

# InVerPsych

## Inanspruchnahme und Versorgungsverläufe von Reha-Leistungen bei psychischen Beeinträchtigungen

- gefördert aus Mitteln der Deutschen Rentenversicherung Bund -

### Abschlussbericht

**Laufzeit:** 1. April 2020 bis 31. August 2023

**Aktenzeichen:** 8011 106 31/31.108.5

#### **Projektbearbeitung:**

Dr. Christian Hetzel (iqpr)  
Prof. Dr. Ernst von Kardorff (BWS)  
Dr. Alexander Meschnig (BWS)  
Dr. Sebastian Klaus (BWS)  
(bis 31.10.2022)  
Yvonne Rafalzik, B.A. (BWS)  
(ab 01.11.2022 bis Projektende)

#### **Studentische Mitarbeiterinnen:**

Yvonne Rafalzik, B.A. (BWS)  
(ab 01.11.2022 wiss. MA für Dr. Klaus)  
Sarah Fenske, B.Sc.  
Lidia Garoscio, B.A.

#### **Praktikantin:**

Heike Kretzschmer

#### **Kontaktdaten:**

Berliner Werkstatt für  
Sozialforschung UG  
(haftungsbeschränkt)

Friedrich-Franz-Str. 36

12103 Berlin

E-Mail: [info@bws-  
institut.de](mailto:info@bws-institut.de)

# Abstract

## ***Hintergrund und Zielsetzung***

Angesichts der Zunahme von ICD-10 F3- und F4-Diagnosen, ihrer häufig langen Verläufe, langandauernder AU-Zeiten, von Chronifizierungsprozessen und der Gefahr vorzeitiger Berentung, wurden in der vorliegenden Studie Reha-Inanspruchnahmeketten, Versorgungsverläufe und der Return to Work (RTW) psychosomatischer Rehabilitanden *quantitativ* auf Basis von RSD-Files (iqpr) und Fragebogendaten (BWS, iqpr) sowie *qualitativ* auf Basis interviewbasierter Fallstudien (BWS) betrachtet. Dabei stand die Frage nach den Zeitpunkten, der Reihenfolge und der Nutzungsformen unterschiedlicher Versorgungsangebote im langfristigen Versicherungs-, Krankheits- und Berufsverlauf im Zentrum. Da in den Prozessdaten der DRV in der *quantitativen* Analyse weder Informationen über vor- und nachgelagerte Versorgung (z.B. ambulante Psychotherapie, Psychiatrie, Selbsthilfe) noch über biografische Veränderungen und Wendepunkte vorliegen, ging es in der *qualitativen* Teilstudie um die Analyse der berichteten „Inanspruchnahmeketten“ aus der subjektiven Sicht der Versicherten im Kontext ihrer gesamten Lebens- und Berufsbiografie. Damit sollten sowohl subjektive Ursachenzuschreibungen für die psychischen Irritationen und dadurch hervorgerufene Beeinträchtigungen ermittelt werden als auch Gründe für (rechtzeitige oder zu späte) Entscheidungen zur Nicht-/Inanspruchnahme ärztlicher, psychotherapeutischer oder auch rehabilitativer Leistungen sichtbar gemacht werden.

## ***Methodisches Vorgehen***

Ausgehend von der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) der Jahre 2010-2018, die vom iqpr Köln analysiert wurde (vgl. Hetzel et al., 2023), konnten 6.000 Versicherte mit einem Fragebogen u.a. zur Inanspruchnahme von Leistungen *vor* und *nach* der Beantragung von medizinischen Reha- und/oder LTA-Maßnahmen angeschrieben werden (Rücklauf N = 1.176 = 19,6 %). Dabei wurden die Versichertenverläufe bis einschließlich 2021 nachverfolgt, so dass auf Basis aktueller Daten nicht nur langfristige Verlaufskurven über den gewählten Zeitraum der analysierten RSD-Daten hinaus, sondern auch die Reihenfolge und die zeitlichen Abstände zwischen einzelnen Behandlungsformen und Lebenssituationen beobachtet werden konnten (Rückfälle, Mehrfachinanspruchnahme, Zeiten von ALO, Krankengeld, etc.). Auf der Grundlage einer Gruppierung der Versicherten nach der Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen RTW in Abhängigkeit von Generischen Daten, Inanspruchnahme-(häufigkeiten), vorhergehenden Behandlungen, LTA-Leistungen, EM-Rentenanträgen wurden aus dem Fragebogenrücklauf 70 Personen nach inhaltlichen Kriterien für episodisch-narrative Interviews ausgewählt.

## ***Ergebnisse***

Auf Grundlage der RSD-Daten konnte eine erste Typologie charakteristischer Inanspruchnahmeketten ermittelt werden. Mit Hilfe statistischer Prognosemodelle wurde die RTW-Wahrscheinlichkeit für jede Gruppe berechnet. Durch die Verknüpfung mit den Fragebogendaten, die zusätzliche Informationen zur Nutzung von Behandlungsangeboten außerhalb der Rentenversicherungsleistungen enthielten, konnte die Modellgüte der Prognosemodelle deutlich verbessert werden. Auf dieser Grundlage war es möglich fünf Hauptgruppen mit unterschiedlichen Inanspruchnahmeprofilen und zentralen Prädiktoren für den RTW zu identifizieren und aus ihnen schließlich Versicherte für die episodisch-narrativen Fallstudien zu gewinnen. Dabei ergab sich in der Analyse eine Ausdifferenzierung weiterer

## Abstract

Subgruppen sowie quer zu den Haupt- und Subgruppen liegende Gruppen mit besonderen Verlaufs- und Risikoprofilen.

Aus der Rekonstruktion der subjektiven Bewältigungs- und „Reha-Strategien“ konnten im Rückblick Anhaltspunkte für frühzeitige, personenzentrierte und situationsangemessene Behandlungsangebote gewonnen werden. Anhand exemplarischer und kontrastierender Fälle wurden wiederkehrende Problemkonstellationen als Herausforderungen für die Versorgung identifiziert. Auf der Basis der Zusammenschau der quantitativen und qualitativen Ergebnisse wurde eine Reihe von Handlungsempfehlungen für die Praxis und für die weitergehende Forschung entwickelt. Die Rekonstruktion der subjektiven Krankheits-, Familien- und Berufsgeschichten lieferte darüber hinaus einen vertieften Einblick in die Dynamik von Genesungs- und Rückkehrprozessen im Kontext von Betrieb, Lebenssituation und der Nutzung von Versorgungsangeboten (Reha, Psychotherapie, Selbsthilfe, etc.).

### ***Empfehlungen***

Hier unterscheiden wir zwischen praxisbezogenen und forschungsstrategischen Empfehlungen. Für die Praxis haben wir konkrete Empfehlungen für folgende Bereiche entwickelt, zur Bahnung von Wegen in die Reha, zum Zugang und psychosomatischen Angeboten, zur Zuweisungssteuerung der Rentenversicherungsträger, zur Beratungsleistungen vor, während und nach der Rehabilitation sowie zur Verbesserung des Zugangs zu Nachsorgeangeboten.

Forschungsstrategisch empfehlen wir eine systematische Datenverknüpfung von Routinedaten der Rentenversicherung mit Daten anderer Träger, die Einführung einer kontinuierlichen Verknüpfung von Routinedaten mit Fragebogenerhebungen, eine Verbesserung der Kontenklärung sowie methodisch eine verstärkten Nutzung systematischer Fallstudienvergleiche, um genauere Erkenntnisse für eine rechtzeitige Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen für einen erfolgreichen und verstetigten Return to Work zu gewinnen.

## Abstract

### ***Background and objectives***

Looking at the increased ICD-10 F3 and F4 diagnoses, the frequently long duration of psychosomatic diseases, long periods of sick leave, chronification processes and the risk of early pension, the present study examined rehabilitation utilization chains and the return to work (RTW) of psychosomatic rehabilitants. The analysis had been carried out quantitatively on the basis of the rehabilitation statistic data files (iqpr) and questionnaire data (BWS, iqpr) and qualitatively on the basis of interview-based case studies (BWS). The focus was on the timing, sequence and forms of use of different care services in the long-term course of insurance, illness and employment. As the routinely collected process data of the German Pension Fund did not contain information on upstream and downstream care (e.g. outpatient psychotherapy, psychiatry, self-help) or on biographical changes and turning points, the qualitative sub-study was concerned with the reported "chains of use" from the subjective perspective of the insured persons in the context of their living conditions and vocational and family biographies. The aim was to identify subjective attributions of causes for the psychological irritations and the resulting impairments as well as the reasons for

## Abstract

(timely or too late) decisions not to make use of medical, psychotherapeutic or rehabilitative services.

### ***Methodological approach***

Based on the rehabilitation statistics database (RSD) for the years 2010 to the end of 2017, which was analysed by iqpr Cologne (Hetzl et al., 2023), 6,000 insured persons were contacted with a questionnaire on, among other things, the use of benefits before and after applying for medical rehabilitation and/or participation in the labour market (response rate  $N = 1.176 = 19.6\%$ ). The insured persons' trajectories were tracked up from 2010 to 2017, including a further period up to 2021, so that not only long-term trajectories beyond the selected period of the analysed RSD data could be observed on the basis of current data, but also the sequence and time intervals between individual forms of treatment and life situations (relapses, multiple claims, periods of unemployment, sickness benefit, etc.). Based on a grouping of the insured persons according to the probability of a successful return to work depending on generic data, utilization (frequency), previous treatments, benefits from vocational rehabilitation, 70 persons were chosen from the questionnaire response for episodic-narrative interviews and case-studies.

### ***Results***

Based on the RSD data, an initial typology of characteristic utilization chains could be determined. Statistical prediction models to calculate the return-to-work- probability for each group had been developed. The quality of the prediction model had significantly been improved by linking with the questionnaire data, which contained additional information on the use of treatment options outside of pension insurance benefits. On this basis, it was possible to identify five main groups with different utilization profiles and central predictors for the RTW and ultimately to recruit insured persons from these groups for the episodic-narrative case studies. The analysis resulted in a differentiation of further subgroups as well as groups with special progression and risk profiles lying across the main and subgroups.

In retrospect, the reconstruction of subjective coping strategies provided clues for early, person-centered and situation-appropriate treatment offers. Using exemplary and contrasting cases, recurring problem constellations were identified as challenges for care. Based on the summary of the quantitative and qualitative results, a series of recommendations for practice and further research were developed. The reconstruction of subjective illness, family and work histories also provided an in-depth insight into the dynamics of recovery and return processes in the context of work, life situation and the use of care services (rehab, psychotherapy, self-help, etc.).

### ***Recommendations***

We differentiate between practice-related and research-strategic recommendations. For practice, we have developed specific recommendations for the following areas: for paving the way to rehabilitation, for access and psychosomatic services, for referral management by pension insurance providers, for counseling services before, during and after rehabilitation, and for improving access to aftercare services.

In terms of research strategy, we recommend systematic linking routine pension insurance data with data from other providers, introducing a continuous link between routine data and questionnaire surveys, improving account clarification and making greater methodological use of systematic case

## Abstract

study comparisons in order to gain more precise insights into the timely use of rehabilitation services for a successful and sustained return to work.

## Vorwort

Der vorliegende Abschlussbericht umfasst den Projektzeitraum vom 1. April 2020 bis zum 31. August 2023.<sup>1</sup> Die Grundidee der Studie besteht in der Analyse von Reha-Inanspruchnahmen über einen längeren Zeitraum auf Basis unterschiedlicher Datenquellen: *prozessproduzierte administrative Daten (RSD-Files)*, *Fragebogendaten* auf Basis einer Stichprobe auf Basis des RSD-Files, *Interviews* auf Basis einer Stichprobe des Fragebogens. Durch die *erweiterte* und *kontextualisierte* Dokumentation der Inanspruchnahme von Leistungen, die *nicht* im RSD-File dokumentiert sind (etwa: psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen), werden Verlaufskurven *institutioneller Krankheitskarrieren* nachvollziehbar gemacht. Besonders die durch die Kombination der Daten ermöglichte *Langzeitperspektive* von 2010 -2022 erlaubt so einen Blick auf Entstehungsprozesse psychischer Beeinträchtigungen und ihre biografische Dynamik. Mit Hilfe dieses Mixed-Method Ansatzes können wir charakteristische Verläufe der Inanspruchnahme von Leistungen des Versorgungssystems rekonstruieren. Die Studie steht damit auch exemplarisch für die Gewinne, die durch eine methodische Verbindung quantitativer Analysen von Routine- und Fragebogendaten mit interpretativen Fallstudien für die Forschung und die Identifikation von Problemen in der konkreten Versorgungspraxis darstellen.

Eine derartige Studie ist auf vielfältige Unterstützung angewiesen. Daher danken wir namentlich den Beiratsmitgliedern Frau Dr. Susanne Bartel, Dr. Ulrich Eggens, Dr. Rainer Kaluscha, Sven Steffes-Holländer, Dr. Marco Streibelt und Frau Nadine Vorsatz, die uns bei der Konzeption des Fragebogens und den inhaltlichen Fragen rund um das Forschungsdesign und die praktische Vorgehensweise mit ihren Anregungen und Kommentaren unterstützt haben. Unser Dank geht ebenfalls an die IT-Abteilung der DRV-Bund, die die Versendung der Fragebögen an die Versicherten ermöglichte und trotz des komplizierten Designs ohne größere Probleme durchführte. Weiterer Dank geht auch an unsere studentischen Hilfskräfte Frau Fenkse und Frau Rafalzik, die uns mit ihren Recherchen, Literaturexzerpten und inhaltlichen Anmerkungen unterstützt haben. Frau Rafalzik hat ab 1. November 2022 die Stelle von Herrn Dr. Klaus im laufenden Projekt übernommen und ist wesentlich für die Erstellung des hier vorliegenden Endberichtes mitverantwortlich. Ebenso danken wir unserer Forschungspraktikantin Lidia Garoscio für ihre engagierte Arbeit und ihre Kooperation.

Last but not least möchten wir allen Rehabilitanden und Experten für ihre Bereitschaft und Zeit zur Teilnahme an unserer Untersuchung danken, die ein Gelingen eines derartigen Projekts erst möglich gemacht haben.

Berlin, 30.11.2023

Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff

Dr. Christian Hetzel

Dr. Alexander Meschnig

Yvonne Rafalzik

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben wir uns entschieden, das generische Maskulinum zu verwenden; es sind jeweils immer alle Geschlechterbezeichnungen (m/w/d) mitzudenken, außer es handelt sich konkret um Männer, Frauen oder Personen mit der Selbstzuordnung als divers, dann wird das entsprechende Geschlecht vermerkt.

# Inhalt

<b>Abstract</b> .....	
<b>Vorwort</b> .....	
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Ausgangspunkt und Idee der Studie</b> .....	<b>4</b>
2.1. Hintergrund .....	4
2.2. Ziele und Fragestellungen .....	5
<b>3. Forschungsstand</b> .....	<b>8</b>
3.1. Common Mental Disorders (CMD) und ihre sozial- und rehabilitationspolitische Bedeutung	8
3.2. Analyse der Versorgungsstruktur und des Zuweisungssystems für psychisch beeinträchtigte Menschen: strukturelle Grundlagen, Zugang und Zielgenauigkeit .....	20
3.3. Inanspruchnahmeketten und Erwartungen .....	35
3.4. Return to Work im Bereich der Rehabilitation.....	41
3.5. Zusammenfassung.....	43
<b>4. Forschungsvorgehen und Studiendesign</b> .....	<b>44</b>
4.1. Ablauf der Studie.....	45
4.2. Analyse der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2010 -2018.....	46
4.3. Fragebogenerhebung und -konstruktion .....	50
4.4. Interviewrekrutierung und Ablauf der qualitativen Erhebung.....	62
4.5. Experteninterviews.....	65
4.6. Datenschutz und Ethikkonzept.....	70
<b>5. Ergebnisse der quantitativen Teilstudie - Analyse der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD)</b> .....	<b>72</b>
5.1. Hauptgruppen .....	72
5.2. Ausgewählte Haupt- und Untergruppen.....	76

## Inhaltsverzeichnis

5.3.	Prognosegruppen .....	79
5.4.	Schlussfolgerungen für das Sample der Fragebogenerhebung.....	84
<b>6.</b>	<b>Ergebnisse der quantitativen Teilstudie – Fragebogen .....</b>	<b>86</b>
6.1.	Stichprobenbeschreibung des Fragebogens .....	86
6.2.	Ausgewählte Parameter .....	90
6.3.	Gruppenbildung für die Analyse des Fragebogenrücklaufs .....	105
<b>7.</b>	<b>Ergebnisse der qualitativen Teilstudie.....</b>	<b>110</b>
7.1.	Überblick Interviewsample.....	110
7.2.	Samplebeschreibung .....	121
7.3.	Analyse und Interpretation der Fallstudien .....	122
7.4.	Hauptgruppen .....	123
7.5.	Quergruppen .....	179
7.6.	Personen mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	246
7.7.	Konstellationen subjektiver Ursachenzuschreibung/Attribution.....	261
7.8.	Die Sicht der Experten- qualitative Analyse .....	265
<b>8.</b>	<b>Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten .....</b>	<b>288</b>
8.1.	Methodologische Reflexion der genutzten Datensorten: Mehrwert.....	288
8.2.	Zielsetzung und Überblick über die drei Datenquellen .....	295
8.3.	Fragebogen-Daten und Linkage zur Deskription .....	296
8.4.	Fragebogen-Daten und Linkage zur RTW-Prognose.....	312
8.5.	Interview-Daten und Linkage .....	320
<b>9.</b>	<b>Synopse der Ergebnisse .....</b>	<b>334</b>
<b>10.</b>	<b>Limitationen .....</b>	<b>344</b>
10.1.	Fragebogenkonstruktion .....	344
10.2.	Mögliche Verzerrungen retrospektiver hermeneutischer Rekonstruktionen.....	346
10.3.	Prognosegruppenmodell .....	347
10.4.	Attributionsgruppen.....	348
10.5.	Poststratifikation .....	349



## Inhaltsverzeichnis

<b>11. Empfehlungen für Praxis und Forschung .....</b>	<b>350</b>
11.1.    Empfehlungen für die Praxis .....	350
11.2.    Empfehlungen für die Forschung .....	355
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>358</b>
<b>12. Anhang .....</b>	<b>374</b>
12.1.    Teilbericht für die erste Projektphase: Auswertung der RSD.....	.
12.2.    Teilbericht über die Auswertung der Linkage-Daten .....	
12.3.    Informationsschreiben für Studienteilnehmer.....	
12.4.    Einwilligungserklärung zur Interviewteilnahme.....	
12.5.    Fragebogen.....	
12.6.    Datenschutzkonzept.....	

## Abkürzungsverzeichnis

ALG	Arbeitslosengeld
ALO	Arbeitslosigkeit
AU	Arbeitsunfähigkeit
BA	Bundesagentur für Arbeit
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BFW	Berufsförderungswerk
BG	Berufsgenossenschaft
BPTK	Bundespsychotherapeutenkammer
BTZ	Berufliches Trainingszentrum
BWS	Berliner Werkstatt für Sozialforschung
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EU-DSGVO	Europäische Datenschutzgrundverordnung
EM-Rente oder EMR	Erwerbsminderungsrente
GdB	Grad der Behinderung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IN	Integrationsmaßnahme
iqpr	Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation
IRENA	Intensivierte Rehabilitationsnachsorge
KG	Krankengeld
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
LMR	Medizinische Rehabilitation
LMRpsych	Psychosomatische Rehabilitation
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PsyRena	Psychosomatische Reha-Nachsorge
Q	Qualifizierungsmaßnahme
RTW	Return To Work

## Abkürzungsverzeichnis

SAW	Stay At Work
sLTA	Sonstige Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
StGB	Strafgesetzbuch
StW	Stufenweise Wiedereingliederung
TK	Techniker Krankenkasse
WHO	World Health Organization
ZAR	Zentrum für ambulante Rehabilitation

### **Zentrale Begriffe des vorliegenden Berichts**

#### **Leistungskette**

Eine Leistungskette ist die mehrfache, aufeinander folgende Inanspruchnahme von Leistungen durch eine Person. Es sind Leistungen in Trägerschaft der DRV (insbesondere Rehabilitation und Rente) und Leistungen anderer Träger (z.B. ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung) zu unterscheiden (Radoschewski et al., 2014a). Darüber hinaus gibt es arbeitsplatzbezogene Leistungen in Verantwortung des Arbeitgebers sowie eigenverantwortliche Interventionen z.B. im Rahmen der Selbsthilfe. In der RSD sind die Leistungen in Trägerschaft der DRV differenziert dokumentiert, alle anderen Leistungen und Interventionen sind aus Sicht der RSD unbeobachtete Heterogenität.

#### **Erwerbsverlauf**

Der Erwerbsverlauf ist aus Sicht der RSD differenziert dokumentiert und basiert auf Meldungen der Arbeitgeber. Beiträge zur DRV werden monatsgenau erfasst und insbesondere nach (1) Erwerbstätigkeit, (2) Krankengeld bzw. Verletztengeld bzw. Übergangsgeld und (3) Arbeitslosengeld differenziert. Unbeobachtet sind Anzahl der AU-Tage und damit auch Zeiten der Lohnfortzahlung und eine Unterscheidung nach Teil- und Vollzeitarbeit.

#### **Leistungs- und Erwerbsverlauf**

In einem erweiterten Verständnis integrieren wir beide Begriffe, weil der Erwerbsverlauf sowohl Ursache als auch Folge von Leistungen ist. Dies definieren wir als Leistungs- und Erwerbsverlauf.

#### **Psychische Erkrankungen und psychische Beeinträchtigungen**

Psychische Erkrankungen sind über die ICD definiert. In der RSD sind Bewilligungs- und Entlassungsdiagnosen verfügbar. Unbeobachtet sind in der RSD insbesondere Chronifizierung, Schweregrad, Dauer, Aktivitäts- und Teilhabestörungen sowie subjektive Gesundheitsdimensionen. Psychische Erkrankungen sind in dieser Arbeit eingegrenzt auf F3- und F4-Diagnosen:

## Abkürzungsverzeichnis

- F3: Diese Gruppe enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitender Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.
- F4: In dieser Gruppe sind neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen zusammenfasst, darunter u.a. phobische, Zwangs-, Anpassungs-, dissoziative sowie somatoforme Störungen.

Vor dem Hintergrund der Diskussionen um gesellschaftliche Teilhabe, haben wir im Text überwiegend die Begriffe psychische Beeinträchtigung benutzt, um damit dafür zu sensibilisieren, dass es mit Blick auf gesellschaftliche Teilhabe und Teilhabe am Arbeitsleben vor allem darauf ankommt, die Folgen der jeweiligen Teilhabebeeinträchtigungen (die quer zu den Diagnosen liegen) für die Aspekte der selbständigen Lebensführung und der Ausführung beruflicher Anforderungen zu betrachten und vor dort ausgehend gemeinsam mit den Rehabilitanden nach geeigneten Wegen der Rückgewinnung von Selbständigkeit und Handlungsfähigkeit zu suchen.

### **Return To Work (RTW)**

Erfolgsgrößen nach Rehabilitation können subjektiver und objektiver Art sein. Auf Basis der RSD definieren wir stabiles RTW als Erfolg. Stabiles RTW meint sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mit einer definierten Mindestdauer und Mindesteinkommen (zur Operationalisierung im Einzelnen siehe Anhang 12.1).

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln (Quelle: Techniker Krankenkasse 2022). .....	10
Abbildung 2 Behandlungsrate in Abhängigkeit zur Erkrankungsdauer und Komorbidität (Quelle: Wittchen und Jacobi 2012, S. 16). .....	14
<i>Abbildung 3 Arbeitsbezogenes Wirkungsmodell psychischer Erkrankungen (Quelle: Follmer &amp; Jones, 2018).</i> .....	37
Abbildung 4 Methodologischer Ablauf des Projekts (Quelle: eigene Darstellung) .....	45
Abbildung 5 Studiendesign (Quelle: eigene Darstellung).....	45
Abbildung 6 Übersicht Studienaufbau der Mixed-Method-Studie (Quelle: eigene Darstellung). .....	46
Abbildung 7: Überblick über Ein- und Ausschlusskriterien. ....	47
Abbildung 8: Die Gruppierungen und die Selektion im schematischen Überblick. ....	48
Abbildung 9: Beispiel-Sequenz. ....	50
Abbildung 10 Datenfluss zur Studie (Quelle: eigene Darstellung). ....	58
Abbildung 11 Rücklauf der Fragebogenerhebung. n= 6000 (Quelle: eigene Darstellung).....	59
Abbildung 12 Selection bias zur Zustimmung zur Teilnahme an der Fragebogenerhebung inkl. Daten-Linkage.....	61
Abbildung 13 Übersicht zur Interviewbereitschaft. n=1.176 (Quelle: eigene Darstellung). ....	62
Abbildung 14 Beispiel Transkription.....	64
<i>Abbildung 15: Die Haupt- und Untergruppen, im Einzelnen.</i> .....	77
Abbildung 16 Muster von Versorgungsverläufen, hier Personen mit mindestens eine Integrationsleistung. ....	78
Abbildung 17: Vier Prognosegruppen je Untergruppe.....	80
Abbildung 18: Prognose des RTW für die Untergruppe „LMRpsych1_ns-“ – cutpoint inkl. Verteilung nach RTW (0=nein, 1=ja), ROC-curve und bootstrap. ....	82
Abbildung 19 Frage 12 des Fragebogens: Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand allgemein beschreiben? (Quelle: eigene Darstellung). ....	91
Abbildung 20 Frage 9 des Fragebogens: Worin sehen Sie die hauptsächlichen Gründe für Ihre psychische Erkrankung? (Quelle: eigene Darstellung). ....	92
Abbildung 21 Frage 14 des Fragebogens: Handelte es sich bei ihrer ersten stationären oder ambulanten Rehabilitation um eine psychosomatische Reha? (Quelle: eigene Darstellung).....	94
Abbildung 22 Frage 15 des Fragebogens: Welche der folgenden Leistungen haben Sie im Jahr vor der ersten Reha genutzt? (Quelle: eigene Darstellung). ....	94

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 23 Frage 16 Wer war entscheidend dafür, dass Sie Ihre erste psychosomatische Reha in Anspruch genommen haben? (Quelle: eigene Darstellung). .....	95
Abbildung 24 Frage 17 des Fragebogens: Kam diese psychosomatische Rehabilitation für Sie im Rückblick zum richtigen Zeitpunkt? (Quelle: eigene Darstellung). .....	96
Abbildung 25 Frage 19: Wie haben Sie den Aufenthalt in der Reha hauptsächlich genutzt? (Quelle: eigene Darstellung). .....	97
Abbildung 26 Frage 24 des Fragebogens: Wenn Sie auf Ihren gesamten Krankheitsverlauf zurückblicken, inwieweit treffen folgende Aussagen auf die von Ihnen insgesamt genutzten Leistungen und erfahrene Unterstützung zu? 24.3. „Die Leistungen habe ich zu richtigen Zeitpunkt erhalten“. 24.4. „Die Reihenfolge der angebotenen Maßnahmen war aufeinander gut abgestimmt (Quelle: eigene Darstellung). .....	99
Abbildung 27 Frage 27. Was hat Ihnen in der Rückschau im gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf gefehlt. (Quelle: eigene Darstellung). .....	99
Abbildung 28 Frage 20 des Fragebogens: Haben Sie irgendwann auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten? (Quelle: eigene Darstellung). .....	102
Abbildung 29 Frage 20.1. Welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurden erhalten? (Quelle: eigene Darstellung). .....	103
Abbildung 30 Frage 28. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? (Quelle: eigene Darstellung). .....	104
Abbildung 31 Gruppenzuordnungen und Kombinationen ohne zeitliche Verläufe auf Basis des RSD-Files für die weitere qualitative Analyse (Quelle: eigene Darstellung). .....	105
Abbildung 32 Quergruppen aus Fragebogen und Interviewmaterial (Zahlenangaben in der Abbildung beziehen sich auf die Interviews und den Fragebogen) (Quelle: eigene Darstellung). .....	108
Abbildung 33 Verlaufsdarstellung Frau Fitlauf (Quelle: eigene Darstellung). .....	124
Abbildung 34 Verlaufsdarstellung Herr Mutmacher (Quelle: eigene Darstellung). .....	127
Abbildung 35 Verlaufsdarstellung Frau Suhl (Quelle: eigene Darstellung). .....	133
Abbildung 36 Verlaufsdarstellung Frau Keller (Quelle: eigene Darstellung). .....	137
Abbildung 37 Verlaufsdarstellung Frau Quelle (Quelle: eigene Darstellung). .....	143
Abbildung 38 Verlaufsdarstellung Frau Horst (Quelle: eigene Darstellung). .....	146
Abbildung 39 Verlaufsdarstellung Frau Meister (Quelle: eigene Darstellung). .....	152
Abbildung 40 Verlaufsdarstellung Frau Angstmann (Quelle: eigene Darstellung). .....	156
Abbildung 41 Verlaufsdarstellung Frau Tosch (Quelle: eigene Darstellung). .....	164
Abbildung 42 Verlaufsdarstellung Herr Kaul (Quelle: eigene Darstellung). .....	168
Abbildung 43 Rehabilitanden aus der EM-Gruppe, n = 13: Zuordnung zu den Hauptgruppen (Quelle: eigene Darstellung). .....	183

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 44 Rehabilitanden aus der Psychiatriegruppe (n = 21, 17 w, 4 m): Status am Ende der Erhebung 2021/22 und Zuordnung zu den Hauptgruppen (Quelle: eigene Darstellung).....	205
Abbildung 45 Verlaufsdarstellung Herr Traut (Quelle: eigene Darstellung). ....	207
Abbildung 46 Verlaufsdarstellung Frau Quarz (Quelle: eigene Darstellung). ....	213
Abbildung 47 Unterschiedliche Krankheitskonstellationen und Leistungsketten. Typologie auf Basis der Fallstudien, n = 70 (Quelle: eigene Darstellung). ....	263
Abbildung 48 Krankheitskonstellationen, Inanspruchnahmen & beobachtete Endpunkte, n = 70 (Quelle: eigene Darstellung).....	264
Abbildung 49 Interviewteilnehmer sortiert nach Attributionsmuster und Berufsstatus zum Zeitpunkt des Interviews 2021/2022 (Quelle: eigene Darstellung).....	264
Abbildung 50: Mengengerüst der Linkage-Daten. ....	296
Abbildung 51: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Fragebogen und RSD sowie Fragestellungen. ....	297
Abbildung 52 Kalender, Frage 23 im Fragebogen. ....	298
Abbildung 53: Selection bias der Fragebogenerhebung. ....	301
Abbildung 54: Flussdiagramm der unterschiedlichen Typen ohne Q/IN (markiert von rechts). ....	324
Abbildung 55: Flussdiagramm der unterschiedlichen Typen mit Q/IN (markiert von rechts). ....	325

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über die verwendeten Variablen.....	47
Tabelle 2 Verteilung der Stichprobe.....	51
Tabelle 3 Verteilung Rückmeldung erste Interviewphase. ....	52
Tabelle 4 Aufteilung Interviews nach Cluster.....	53
Tabelle 5 Übersicht Themenbereiche Fragebogen. ....	54
Tabelle 6 Deskription zum selection bias. ....	60
Tabelle 7 Themenfelder der Expertenbefragung. ....	67
Tabelle 8 Übersicht zu den befragten Experten.....	69
Tabelle 9: Theoretisch gebildete und disjunkte Hauptgruppen und Anzahl der Personen. ....	74
Tabelle 10: Haupt- und Untergruppen. ....	76
Tabelle 11: Prognose des RTW für die Untergruppe „LMRpsych1_ns“ – Kennziffern.....	81
Tabelle 12: Stichprobenkonzept für die Fragebogenerhebung. ....	85
Tabelle 13 Gesamtstichprobenbeschreibung Fragebogen.....	86
Tabelle 14 Frage 29 des Fragebogens: Zum Schluss möchten wir Sie nach Ihrer Zufriedenheit mit Ihrem Leben insgesamt fragen. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben? .....	93
Tabelle 15 Frage 26 des Fragebogens: Alles in allem betrachtet, wie sehr hat Ihnen der gesamte Behandlungs- und Rehabilitations-verlauf bei der Bewältigung Ihrer Erkrankung geholfen?.....	99
Tabelle 16 empirische Verlaufsgruppen und Hauptverlaufsgruppen. ....	106
Tabelle 17 Übersicht zum Interviewsample. n=70 .....	111
Tabelle 18 Übersicht zum Interviewsample mit Verläufen. n=70 .....	115
Tabelle 19 Samplebeschreibung. n=70 .....	121
Tabelle 20 Übersichtstabelle Frau Fitlauf.....	124
Tabelle 21 Übersichtstabelle Herr Mutmacher.....	127
Tabelle 22 Übersichtstabelle Frau Suhl.....	133
Tabelle 23 Übersichtstabelle Frau Keller.....	137
Tabelle 24 Übersichtstabelle Frau Quelle. ....	143
Tabelle 25 Übersichtstabelle Frau Horst. ....	146
Tabelle 26 Übersichtstabelle Frau Meister. ....	152
Tabelle 27 Übersichtstabelle Frau Angstmann. ....	156
Tabelle 28 Übersichtstabelle Frau Tosch.....	164
Tabelle 29 Übersichtstabelle Herr Kaul.....	168
Tabelle 30 Übersicht über zentrale Merkmale des Interviewsamples der EM-Gruppe, n=13.....	182
Tabelle 31 Merkmale der Psychiatriegruppe aus dem Fragebogen (Quelle: iqpr Auswertung). ....	197



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 32 Übersicht über zentrale Merkmale des Interviewsamples der Psychiatriegruppe, n=21.	203
Tabelle 33 Übersichtstabelle Herr Traut.	207
Tabelle 34 Übersichtstabelle Frau Quarz.	213
Tabelle 35 Übersicht Gruppe "Reha vor Klinik".	226
Tabelle 36 Übersicht zu Personen mit ALO-Status.	231
Tabelle 37 Übersicht zu Personen mit LTA.	251
Tabelle 38 Übersicht zu den befragten Experten.	266
Tabelle 39: Zuordnung der Einzelfragen zu übergeordneten Kategorien.	299
Tabelle 40: Deskription ausgewählter Merkmale aus der RSD zum selection bias.	300
Tabelle 41: Grundgesamtheit und ungewichtete Daten aus den Fragebögen.	302
Tabelle 42: Beginn und Ende der Leistungskette für die RSD-Gruppen.	305
Tabelle 43: Vergleich des RTW im Zeitverlauf für die RSD-Gruppen.	307
Tabelle 44: Weitere Leistungen der Personen der RSD-Gruppen.	309
Tabelle 45: Anzahl der Leistungen der Sozialversicherung nach RSD-Gruppen.	310
Tabelle 46: Leistungen 2017-2021 bei Status Erwerbsminderungsrente 2021 (und in 2017 ohne Erwerbsminderungsrente).	311
Tabelle 47: Aggregierte Gruppen für die weiteren Analysen.	312
Tabelle 48: Modellvergleich von Fragebogendaten ungewichtet und gewichtet mit der Grundgesamtheit.	314
Tabelle 49: Bildung in der RSD und im Fragebogen.	315
Tabelle 50: Prognose des RTW in 2021 mit Linkage-Daten für die Gruppe „Mehrere med. Reha, davon mindestens eine psychosomatische Reha“.	317
Tabelle 51: Prognose des RTW in 2021 mit Linkage-Daten für die Gruppe „Mindestens eine Qualifizierungs- oder Integrationsleistung“.	318
Tabelle 52: Gruppen aus den Interviews (zeilenweise) und der Bezug zu den RSD-Gruppen (spaltenweise).	321
Tabelle 53: Identifikation der Verlaufgruppen aus den Interviews in den Fragebögen (sog. Haupttypen).	323
Tabelle 54: Weitere Leistungen der Haupttypen (2017).	326
Tabelle 55: Weitere Leistungen der Personen der Haupttypen (2021).	327
Tabelle 56: Beschreibung der Attributionsgruppen aus den Interviews.	328
Tabelle 57: Prognose der Attributionsgruppen (ermittelt über die Interviews) mittels ausgewählter Angaben aus dem Fragebogen.	330
Tabelle 58: Anwendung der Modellgleichung auf die Grundgesamtheit der Personen mit Fragebogenangaben.	331

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 59: Synopse der verschiedenen Gruppen.....	333
--	-----

# 1. Einleitung

Die Grundidee der Studie bestand darin, aus den Inanspruchnahmeverläufen der untersuchten Stichprobe psychosomatischer Rehabilitanden Hinweise auf förderliche oder hemmende Bedingungen für eine Rückkehr (RTW) und einen nachhaltigen Verbleib in Arbeit in Abhängigkeit der Nutzung unterschiedlicher Maßnahmen (psychosomatische Reha, LTA-Maßnahmen sowie außerhalb der Rentenversicherungsleistungen liegende Angebote, wie Psychotherapie) zu erhalten. Dabei lag ein Fokus auf der zeitlichen Abfolge der Art und Häufigkeit der Inanspruchnahme unterschiedlicher Angebote im Spektrum der gesundheitlichen und beruflichen Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten. Dazu wurde ein komplexes Mixed-Method-Studiendesign entwickelt, das folgende Schritte umfasste:

- (1) auf Grundlage der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) wurden zunächst typische Versorgungs- und Beitragsverläufe von Personen mit psychischen Erkrankungen insbesondere mit F3/F4-Diagnosen identifiziert und bezüglich des Übergangs in Arbeit (Return To Work, RTW) oder Erwerbslosigkeit, Krankengeldbezug oder EM-Rente analysiert.
- (2) Angesichts unbeobachteter Heterogenität aufgrund fehlender Daten in der RSD (etwa zur psychotherapeutischen Versorgung) wurden weitergehende Erkenntnisse über Situationen, Konstellationen und Wege in das Versorgungssystem gewonnen. Dazu wurden zusätzliche Daten nach inhaltlichen Kriterien ausgewählter Personen mittels Interviews und Fragebogen erhoben.
- (3) Die damit erhobenen Daten wurden in einem weiteren Schritt wieder mit der RSD verknüpft und weiterführend analysiert.
- (4) Auf Basis der Befunde aus der Verknüpfung von RSD-File und Fragebogendaten wurden dann Personen nach theoretischen Gesichtspunkten sowie mit einer Korrektur antwortbezogener Verzerrungen im Fragebogenrücklauf für episodisch-narrative Interviews und Fallstudien ausgewählt. Damit wurde eine weitere Vertiefung der Analyse auf lebensweltliche und biografische Konstellationen im Krankheits- und Erwerbsverlauf ermöglicht.
- (5) Schließlich wurden auf dieser Grundlage struktur- und handlungsbezogene Empfehlungen, etwa für das Fallmanagement der DRV, abgeleitet, um an entscheidenden Schnittstellen, etwa beim Übergang von der ärztlichen Primärversorgung in die Rehabilitation, von der betrieblichen Früherkennung in die Rehabilitation oder vom Versorgungssystem in den Arbeitsmarkt, Verbesserungen anzustoßen.

Mit diesem Vorgehen wurden *quantitativ* typische Leistungsketten in den Versorgungsverläufen bei Versicherten mit einer diagnostizierten psychischen Krankheit anhand von Prozessdaten der Rentenversicherung in Verbindung mit ergänzenden Daten aus Fragebögen identifiziert. *Qualitativ* konnten charakteristische Fallkonstellationen ermittelt und hinsichtlich der Bedingungen für einen RTW bzw. für dessen Scheitern herausgearbeitet werden. Auf dieser Grundlage wurden Empfehlungen für eine gezieltere, nachhaltigere und prozessorientierte Zuweisungssteuerung entwickelt.

Inhaltlich gliedert sich der vorliegende Abschlussbericht in einen theoretisch-konzeptionellen und einen empirischen Teil. *Kapitel 2 „Ausgangspunkt und Idee der Studie“* gibt zunächst detaillierte Informationen zum Hintergrund unserer Studie und neben konzeptionellen Überlegungen eine Übersicht der wichtigsten Fragestellungen und Zielsetzungen. Eine Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zu Versorgungsverläufen und Leistungsketten und eine inhaltliche Einordnung der eigenen Studie in diesem Kontext erfolgt in *Kapitel 3*. *Kapitel 4* zeigt das *Forschungsvorgehen und Studiendesign*, welches sowohl eine theoretische Einbettung als auch Anmerkungen zur praktischen Umsetzung der angewandten quantitativen und qualitativen Erhebungs- und Auswertungsmethoden (Fragebogenentwicklung, Stichprobe, Interviewdurchführung etc.) sowie eine tiefere Analyse des RSD-Files im Hinblick auf mögliche Verzerrungen in unserer Stichprobe umfasst.

In den darauffolgenden zentralen Kapiteln der Präsentation der *empirischen Ergebnisse* werden zunächst die Ergebnisse der Analyse des RSD-Files vorgestellt (*Kapitel 5*), anschließend die statistisch relevanten Parameter aus der Fragebogenerhebungen (*Kapitel 6*) sowie die Auswertung der qualitativen Daten aus den Interviews in Form von Fallstudien dargestellt (*Kapitel 7*). Im qualitativen Teil finden sich Überlegungen zur Systematisierung der empirischen Daten (Gruppenbildungen), die Auswertung der Interviews mit den Versicherten und die exemplarische Darstellung von Fällen. Dabei werden zunächst mittels Fallkonstellationen die fünf von uns so bezeichneten „Hauptgruppen“ beschrieben und durch weitere Subgruppen (etwa EM-Rentner und Psychiatrienutzer) ergänzt. Anhand von Fallanalysen und deren systematischen Vergleich wurden typische Konstellationen, charakteristische Merkmale und Verlaufstypen extrahiert. Nach einer Zusammenfassung der Ergebnisse der Experteninterviews (*Kapitel 7.8*) folgt *Kapitel 8*, das sich sowohl theoretisch wie auch empirisch mit der Synthese und Zusammenführung der unterschiedlichen Datenquellen unserer Studie auseinandersetzt und den Mehrwert sowie die Stärken einer Mixed-Method-Studie zeigt. In einer *Synopse* (*Kapitel 9*) werden schließlich die essenziellen Studienergebnisse nochmals konzentriert dargestellt. Danach folgt eine Reflexion der beobachteten Limitationen der Studie (*Kapitel 10*), welche methodenkritisch thematisiert werden. Zum Abschluss werden die aus den Ergebnissen abgeleiteten *Handlungsempfehlungen* für die Praxis formuliert (*Kapitel 11*).

## Einleitung

Ein Literaturverzeichnis und ein ausführlicher Anhang mit dem verwendeten Fragebogen, den Interviewleitfäden (Teilnehmer und Experten) und Tabellen sowie den detaillierten quantitativen Analysen befinden sich am Ende des vorliegenden Abschlussberichts auf einer CD zur Information für interessierte Leser.

## 2. Ausgangspunkt und Idee der Studie

### 2.1. Hintergrund

Für die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ist die Rehabilitation psychischer Erkrankungen ein bedeutsames Handlungsfeld (vgl. DRV-Bund 2014a; vgl. DRV-Bund 2014b). Die Inanspruchnahme von psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationsleistungen nimmt seit Jahren zu und die Leistungen der Rentenversicherung sind ein wichtiges Glied in der Behandlungskette (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019b). In der Regel sind viele Institutionen der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Langzeitversorgung beteiligt. Hinweise aus der Praxis und der wissenschaftlichen Literatur legen jedoch nahe, dass psychisch beeinträchtigte Arbeitnehmer therapeutische und rehabilitative Angebote häufig zu spät oder gar nicht in Anspruch nehmen, die Maßnahmeneffekte weniger nachhaltig sind und sich die Rückkehr in Arbeit (RTW) schwieriger gestaltet als bei vorwiegend somatisch Erkrankten. Problematisch ist, dass bei vielen Versicherten, die wegen einer psychischen Störung einer Rehabilitation bedürfen, die Erkrankung oft schon chronifiziert ist. Diese Situation stellt die medizinische Rehabilitation und die Anbieter von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) vor besondere Herausforderungen, insbesondere, wenn im Vorfeld keine angemessenen ambulanten psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsangebote in Anspruch genommen wurden oder falls Angebote bereits genutzt wurden, diese keine frühzeitige Information und/oder Motivation zur Inanspruchnahme von Reha-Leistungen gegeben oder eine Vermittlung in die Reha im Konsens mit dem Versicherten angestoßen haben. Die Leistungen der DRV zeigen sich zwar als ein wichtiges Glied in der Behandlungskette, dennoch können sie mögliche Defizite an anderer Stelle der Behandlungskette nur zu einem Teil durch ihre Rehabilitationsleistungen kompensieren. Insgesamt scheint der Reha-Erfolg, gemessen am Return to Work bei psychischen Beeinträchtigungen geringer als bei somatischen Erkrankungen zu sein (z.B. Hetzel & Streibelt, 2016; Streibelt et al., 2018; Zander & Lindow, 2015). Dies mag einerseits in der Krankheitsdiagnose und ihrer Spezifik begründet sein (vgl. DRV-Bund 2014a). Andererseits sind im Versorgungssystem Präventions- und Rehabilitationspotenziale vorhanden, die mutmaßlich nicht ausreichend genutzt werden, da es auch zu wenig Wissen über mögliche Interventionen gibt. Es liegen bei psychischen Erkrankungen zwar Evidenzen für einzelne Leistungen vor, aber nicht für komplexe Rehastrategien und das abgestimmte Ineinandergreifen der verschiedenen Leistungen. Eventuell ist dies empirisch darin begründet, dass die *Reha-Statistik-Datenbasis (RSD)* der Deutschen Rentenversicherung nur Angaben zu den Leistungen der DRV inklusive der zugrunde liegenden Diagnosen sowie zu den Beitragsverläufen der Versicherten enthält und damit limitiert ist, besonders was das gesamte genutzte Spektrum von Hilfen von der Psychiatrie bis zur Selbsthilfe angeht. So sind Leistungen anderer Träger insbesondere des ambulanten psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungssystems sowie auch die biografisch

bedeutsamen Veränderungen und Wendepunkte für die Versicherten nicht abgebildet. Des Weiteren lassen die Diagnosen keine eindeutigen Schlüsse auf Erkrankungsdauer, Chronifizierung, Aktivitätseinschränkungen und Teilhabestörungen zu. Diese erhebungsbedingten und inhaltlichen Leerstellen der RSD sollten daher durch unsere Studie ergänzt und aufgefüllt werden, um dadurch zusätzliches Wissen über Versorgungsverläufe von Versicherten zu gewinnen.

### 2.2. Ziele und Fragestellungen

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage nach den Gründen für Nicht-/Inanspruchnahme und ggf. nach Gruppendifferenzen zwischen Nutzern- und Nichtnutzern ebenso an Bedeutung wie systembezogene Fragen nach der Verfügbarkeit, der Zugänglichkeit und der Zielgenauigkeit dieser Angebote. Eine besondere Frage richtete sich zudem auf die Zugangswege und -barrieren, also auf gegebene bzw. nicht gegebene Empfehlungen und Weiterverweisungen innerhalb der Versorgungskette. Hier setzte unsere Studie an und erhob vorhandene Leistungsketten (People Processing) bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sowohl in der Breite auf Basis repräsentativer Prozessdaten der Deutschen Rentenversicherung (Reha-Statistik-Datenbasis<sup>2</sup>) in Verbindung mit ergänzenden Daten aus Fragebogenerhebungen zu der Wahrnehmung des Prozessgeschehens wie der Interventionen, als auch in der Tiefe (berufs-)biografischer Fallkonstellationen auf Basis narrativer Interviews mit ausgewählten Versicherten. Das Zusammenspiel von statistisch gewonnenen typischen Leistungsketten und die qualitativ-inhaltliche Deskription und Interpretation der Verläufe aus Sicht der Rehabilitanden versprach Hinweise für eine gezieltere, nachhaltigere und prozessorientierte Leistungssteuerung für psychisch Beeinträchtigte. Dazu wurde eine Bestandsaufnahme, Identifikation und Beschreibung von Leistungsketten, die Versicherte mit F3- und F4-Hauptdiagnosen durchlaufen, angestrebt.

Konkreter umfasste die Grundidee der Analyse von Reha-Inanspruchnahmen über einen langen Zeitraum auf Basis der unterschiedlichen Datenquellen folgende Aspekte:

- Darstellung *charakteristischer Verläufe* der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen der Rentenversicherung (z.B. Medizinische Rehabilitation, Nachsorge, LTA-Leistungen) über einen Zeitraum von acht Jahren nach Häufigkeit, Dauer, Abständen zwischen Leistungen und dem zuletzt im RSD-File dokumentierten (Erwerbs-)Status (Return to Work, Arbeitslosigkeit, Erwerbsminderungsrenten). Einige der zentralen Fragen waren dabei: gibt es charakteristische Muster der Inanspruchnahme, die mit dem Status nach der letzten Reha korrelieren? Sind

---

<sup>2</sup> Datenbasis ist die RSD der DRV-Bund von 2010 bis 2018. Sie bildet das Rehabilitationsgeschehen in Trägerschaft der DRV-Bund repräsentativ ab. Sie umfasst Routinedaten von jedem Berechtigten, der eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 15, 31 SGB VI oder eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 16 SGB VI erhalten hat, die vor, während und bei Abschluss der Leistung erhoben werden, sowie einige weitere Merkmale aus dem Versicherungskonto, insbesondere zum Beitragsverlauf.

## Ausgangspunkt und Idee der Studie

diese Muster mit spezifischen Merkmalskombinationen (z.B. Alter, Geschlecht, Bildung, Diagnose, etc.) der Rehabilitanden verbunden? Lassen sich daraus Vorhersagewahrscheinlichkeiten für den nach Reha erreichten Status (RTW) gewinnen, die u.a. eine Identifikation von Risikogruppen oder -konstellationen ermöglichen? Inwieweit korrelieren kurze/lange Inanspruchnahmeketten mit dem ex-ante definierten (Miss-)Erfolg von Reha-Maßnahmen?

- *erweiterte* und *kontextualisierte* Dokumentation der Inanspruchnahme von medizinischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen, sozialpädagogischen, sozialstaatlichen, etc., *nicht* im RSD-File dokumentierten Leistungen, die vor, während und nach einer Reha-Leistung der Rentenversicherung (z.B. psychosomatische Reha, LTA-Maßnahme, etc.) von Rehabilitanden/innen genutzt wurden. Mit Hilfe dieser aus der Fragebogenerhebung gewonnenen Zusatzinformationen sollten sich sowohl das umfangreiche *Spektrum* der Nutzung des Gesundheitssystems (z.B. Psychiatrie, Psychotherapie), gesundheitsnaher Dienstleistungen (z.B. Achtsamkeitstraining, Tanztherapie, selbstorganisierte Hilfen wie Selbsthilfegruppen) und sozialstaatlicher Unterstützung bei der Teilhabe am Arbeitsleben (etwa durch Jobcenter und Arbeitsagenturen, aber auch durch innerbetriebliche Maßnahmen wie BEM) erfasst werden als auch die *Zeitpunkte* der Nutzungen vor, während und nach einer Reha-Maßnahme. Auch wenn die Verlaufsdaten auf den Antworten der Befragten beruhen und damit auch (geringen) Verzerrungen (genaue zeitliche Zuordnung; Erinnerungslücken) unterliegen, sollten sie wichtige Hinweise auf charakteristische Verlaufskurven *institutioneller Krankheitskarrieren* geben, die den von den Patienten wie auch den Zuweisern erkannten Behandlungsbedarf spiegelten, Behandlungspfade nachvollziehbar machten und – mit Blick auf den erreichten Status nach der letzten Rehabilitationsmaßnahme (Zeitraum von 2018 – 2021) – auf evtl. Fehlsteuerungen sowie auf zu späte Inanspruchnahme verwiesen aus empirischer Sicht hinsichtlich der jeweiligen Erfolgswahrscheinlichkeit bewertet werden;
- *vertiefte Beschreibung und Einordnung der Krankheitskarrieren* anhand interviewbasierter Fallstudien auf Grundlage der Antworten ausgewählter Studienteilnehmer aus dem Fragebogensample: Rekonstruktion der jeweils subjektiv erzählten Gesamtbiografie – angefangen mit eventuellen Traumata in Kindheit und Jugend, Bildungsweg über Berufswahl und Berufseinstieg bis zum Auftreten der ersten Symptome, dem Eintreten kritischer Lebensereignisse (Arbeitsplatzverlust, Scheidung, Unfälle), erlebte Belastungen in Arbeitswelt und Familie, weitere Erkrankungen (z.B. somatische Komorbidität) bis zum Wiedereinstieg in Arbeit nach der Rehabilitation oder bis zum frühzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsleben in eine Erwerbsminderungsrente. Aus diesen, aus der Perspektive der Rehabilitanden im narrativen Interview generierten Daten, wollten wir nicht nur die Formen der Bewältigung



## Ausgangspunkt und Idee der Studie

psychischer Beschwerden und Beeinträchtigungen nachzeichnen, sondern auch die Entscheidungsprozesse aufzeigen, die zur (Nicht)Inanspruchnahme oder zu einer, aus subjektiver Sicht, zu späten Nutzung von Leistungen des Gesundheitswesens und der Rehabilitation geführt haben. Ferner war das Ziel vielfältige Hinweise auf die unterschiedlichen psychologischen, sozialen und ökonomischen Barrieren zur Nutzung von Angeboten zu identifizieren und somit zusammen mit der Betrachtung der *Lebenslage* (z.B. alleinerziehend, prekäre Beschäftigung) und der *Lebensphase* (z.B. Kinder aus dem Haus, nur wenige Jahre bis zur Altersrente) relevante Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme von Leistungen und die Motivation für eine Rückkehr in Arbeit zu finden. Darüber hinaus wurde angestrebt die möglichen Unterschiede in den Bewältigungsmustern von Männern und Frauen, in Abhängigkeit vom Alter und von der beruflichen Tätigkeit zu untersuchen und auf ihren vermeintlichen Einfluss hin (strukturell nicht repräsentativ) zu diskutieren. Die resultierenden biografisch-verdichteten Beschreibungen der Fallkonstellationen sollten abschließend aus Expertensicht bewertet werden, um Transferpotenziale für die Versorgungspraxis abzuleiten.

Des Weiteren ging es darum, die Rolle der beteiligten (Schlüssel-)Akteure in der ärztlichen und psychotherapeutischen Primärversorgung, wie Haus- und Fachärzte, im betrieblichen Umfeld, wie BEM-Beauftragte und insbesondere Experten für die DRV-Fallsteuerung herauszuarbeiten. Die im Lauf der Studie gewonnenen Ergebnisse sollten dann mit Experten aus dem Bereich der Fallsteuerung diskutiert werden, um Transferpotenziale in die Praxis auszuloten und Empfehlungen zu einer verbesserten und rechtzeitigeren Inanspruchnahme zu entwickeln, ein Aspekt, der nur ansatzweise realisiert werden konnte. Von der Verknüpfung der beschriebenen Herangehensweisen, d.h. die statistische Analyse typischer Leistungsketten und deren qualitativ-inhaltliche Deskription, Verdichtung und Interpretation versprochen wir uns neue Einichten in die Wege in Rehabilitationsleistungen und ggf. vorhandene Barrieren sowie Hinweise auf praxisrelevante Verbesserungen. Ein möglichst vollständiger Überblick über typische Versorgungsverläufe von Versicherten (positiv und negativ) in der und durch die jeweiligen Stationen in der Leistungskette auf Grundlage einer weit über Routinedaten hinausgehenden Datentiefe sollte dabei als Grundlage dienen, Versorgungsstrategien für die Beratung und Begleitung von Versicherten mit psychischen Beeinträchtigungen (auch über den Kontrast zu problematischen Konstellationen, diskontinuierlichen Verläufen und Versorgungsbrüchen) abzuleiten. Weiterhin ging es um die Analyse kritischer Übergänge an den Schnittstellen innerhalb und zwischen dem Gesundheits- und Rehabilitationssystem (träger- und rechtskreisübergreifend) sowie die fallgruppenbezogene Identifizierung relevanter Akteure für eine Optimierung der Vernetzung bei komplexen Problemlagen im Rahmen des Fallmanagements.

### 3. Forschungsstand

Der im Folgenden kurz referierte Stand der Forschung zur Versorgungssituation, zur Zuweisung zur Rehabilitation, zu Inanspruchnahmeketten und zum RTW bei psychischen Beeinträchtigungen dient dazu, diejenigen Problembereiche zu identifizieren, die in der Studie besonders untersucht wurden und um die nachfolgend dargestellten Ergebnisse in den Kontext des bestehenden Wissens einzuordnen.

Fakten zu psychischen Erkrankungen inklusive deren Behandlung sind vielfach beschrieben (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde et al., 2015; Köllner & Bassler, 2021; Muschalla et al., 2018; Stengler et al., 2014) auch die ökonomischen Folgen (vgl. Doran & Kinchin, 2019) sowie der Bezug zur Arbeitswelt (vgl. Stegmann et al., 2021). Psychische Erkrankungen sind inzwischen der häufigste Grund für Erwerbsminderungsrenten (vgl. Hesse et al., 2019). Für Effekte von klinischen und arbeitsplatzbezogenen Interventionen auf das RTW gibt es ein Cochrane-Review (vgl. Nieuwenhuijsen et al., 2020). Demnach sind Kombinationen aus klinischen und arbeitsplatzbezogenen Interventionen am effektivsten. In neueren Studien werden die Effekte von medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen untersucht (vgl. Markus et al., 2021). Da wir uns in unserer Studie auf die in der psychosomatischen Rehabilitation dominierenden psychiatrischen Hauptdiagnosen der ICD-10 also auf das Spektrum der F-3 und F-4 Diagnosen konzentrieren, Abhängigkeitserkrankungen sowie Psychosen als Hauptdiagnosen vernachlässigt haben, folgen zunächst einige Ausführungen zur Zunahme der Diagnosen im Bereich der sogenannten „Common Mental Disorders“.

#### 3.1. Common Mental Disorders (CMD) und ihre sozial- und rehabilitationspolitische Bedeutung

Der Anteil psychischer Erkrankungen an der globalen sowie nationalen Gesamtmorbidität (vgl. Spiessl & Jacobi, 2009; World Health Organization, 2017) und der dokumentierte Anstieg diagnostizierter psychischer Störungen<sup>3</sup> innerhalb der vergangenen Jahrzehnte, haben zu einem verstärkten Interesse der Rehabilitations- und Sozialpolitik an den zugrundeliegenden Ursachen, an präziseren Interventions- und Präventionsmaßnahmen sowie nachhaltigen und effektiven Strategien des Return to Work und Stay at Work geführt. Basierend auf epidemiologischen Studien sind in Deutschland jedes Jahr 17,8 Millionen der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen (vgl.

---

<sup>3</sup> Der Anstieg psychischer Störungen wird kontrovers diskutiert. Handerer et al. (2019) sprechen von einer höheren Bedeutung im gesellschaftlichen und sozialpolitischen Diskurs stellen eine reale Zunahme jedoch in Frage. Effizientere Diagnostikverfahren und eine größere Bereitschaft der betroffenen Personen ihre Erkrankung zu veröffentlichen, sind sicherlich als wichtige Faktoren für die Zunahme diagnostizierter psychischer Störungen zu betrachten (vgl. auch Spiessl und Jacobi (2009)).

Jacobi et al., 2014) , was einen Anteil von 27,8 % ausmacht. In der Europäischen Union wird die Zahl Betroffener auf 164,8 Millionen geschätzt (vgl. Wittchen et al., 2011) . Hervorzuheben sind hier die Common Mental Disorders (CMD). Unter Common Mental Disorders werden vor allem Depressionen und Angststörungen, welche den größten Anteil der psychiatrischen Diagnosen ausmacht, definiert (vgl. National Collaborating Centre for Mental Health, 2011). Diese stimmen grundsätzlich mit der Zielgruppe der vorliegenden Studie, Personen mit einer nach ICD-10 F3 und F4 Diagnose überein. Die World Health Organization (2017) gibt in ihren Schätzungen zur Prävalenz von „Depression and Other Common Mental Disorders“ für Depressionen einen weltweiten Bevölkerungsanteil von 4,5 % und für Angststörungen von 3,6 % an. Laut OECD (2018) sind Ängste und Depressionen die häufigsten psychischen Gesundheitsprobleme in der Europäischen Union. Demnach betreffen Angststörungen ca. 25 Millionen Menschen (5,4 % der EU-Bevölkerung), gefolgt von depressiven Störungen mit 21 Millionen erkrankten Personen, was einen Anteil von 4,5 % ausmacht<sup>4</sup>. Für Deutschland kommt die DEGS1-MH-Studie bezogen auf die Bevölkerungsgruppe der 18-79-Jährigen auf höhere Werte. So sind bei einer 12-Monats-Prävalenz Angststörungen (F4-Diagnosen) mit 15,3 %, somatoforme Störungen mit 3,5 % und alle F3-Diagnosen mit 9,3 % vertreten (vgl. Jacobi et al., 2014). Psychische Erkrankungen korrelieren mit einem niedrigen sozioökonomischen Status<sup>5</sup>, d.h. das Risiko einer Erkrankung nimmt mit höherem Bildungsstand und beruflichem Status sowie besseren Einkommensverhältnissen ab (vgl. Jacobi et al., 2016).

In Industrieländern entfallen je nach Wirtschaftszweig 30 bis 50 % aller krankheitsbedingten Fehlzeiten auf psychische Störungen, zu einem großen Teil auf die CMD (vgl. Nigatu et al., 2016). Dabei stehen depressive Störungen weltweit an zweiter Stelle gesundheitsbedingter Einschränkungen. Unabhängig dieser Zahlen, haben Krankschreibungen wegen CMD im Durchschnitt eine Dauer von sechs bis acht Monaten. Gili et al. (2015) beziffern die Wahrscheinlichkeit einer rezidivierenden Depression, nach erster Episode auf etwa 50 %. Diese Zahl steigt nach einer zweiten depressiven Episode auf 70 % und bei dritter Episode sogar auf 90 %. *Gerade depressive Erkrankungen sind mit einem hohen Rezidiv- und Chronifizierungsrisiko assoziiert*, auch wenn einzelne depressive Episoden gut behandelbar sind und

---

<sup>4</sup> Vor der Covid-19 Pandemie war ca. jede sechste Person von einer psychischen Erkrankung betroffen. Die neusten Daten der OECD lassen eine deutliche Verschlechterung der psychischen Gesundheitslage der europäischen Bevölkerungen erkennen. So verschärfen die Unsicherheiten innerhalb der Pandemie Risikofaktoren, die mit einer schlechten psychischen Gesundheit in Verbindung stehen, und schwächen Schutzfaktoren, was vor allem in den Jahren 2020/21 zu einer signifikanten Zunahme psychischer Probleme führte. Zu Beginn der Pandemie verdoppelte sich die Prävalenz von Angststörungen und Depressionen in einigen europäischen Ländern. In der ersten Jahreshälfte 2022 wurden die mentale Gesundheit und das psychische Wohlbefinden weiterhin durch die anhaltenden Auswirkungen der Pandemie beeinträchtigt, zu denen neue Probleme wie steigende Lebenshaltungskosten und der Krieg Russlands gegen die Ukraine hinzukamen (vgl. OECD (2022)).

<sup>5</sup> Jacobi et al. (2016) setzen dieses Maß aus Bildungsstand, beruflichem Status und Einkommen zusammen.

## Forschungsstand

sich zumeist im Laufe von 12 Wochen<sup>6</sup> zurückbilden (vgl. Köllner, 2016). Das Chronifizierungsrisiko spricht für einen möglichst frühzeitigen Zugang zu einer psychosomatischen Rehabilitation und ggf. weiterführend zu einer LTA-Maßnahme. Die Rückfallquoten bei allen Arbeitnehmern, die nach einer krankheitsbedingten Abwesenheit aufgrund von CMD an ihren Arbeitsplatz zurückkehrten, schwanken zwischen 20 % und 30 %, unabhängig von Art der psychischen Störung und Dauer der Fehlzeiten (vgl. Nielsen et al., 2018).

Im Jahr 2020 wurden 17 % der Arbeitsunfähigkeitstage durch eine psychische Erkrankung verursacht (vgl. BAuA, 2022). Zudem lag die Dauer von Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen durchschnittlich bei 48 Tagen und damit um 5 Tage höher als im Jahr 2019. Laut Techniker Krankenkasse (2022) betrug der Anteil psychischer Erkrankungen am gesamten Krankenstand ihrer Versicherten 2021 21,8 %. Mit 283 Arbeitsunfähigkeitstagen je 100 Versicherungsjahre lagen die Fehlzeiten im Vergleich zum Jahr 2000 um 120 % höher (Abbildung 1).

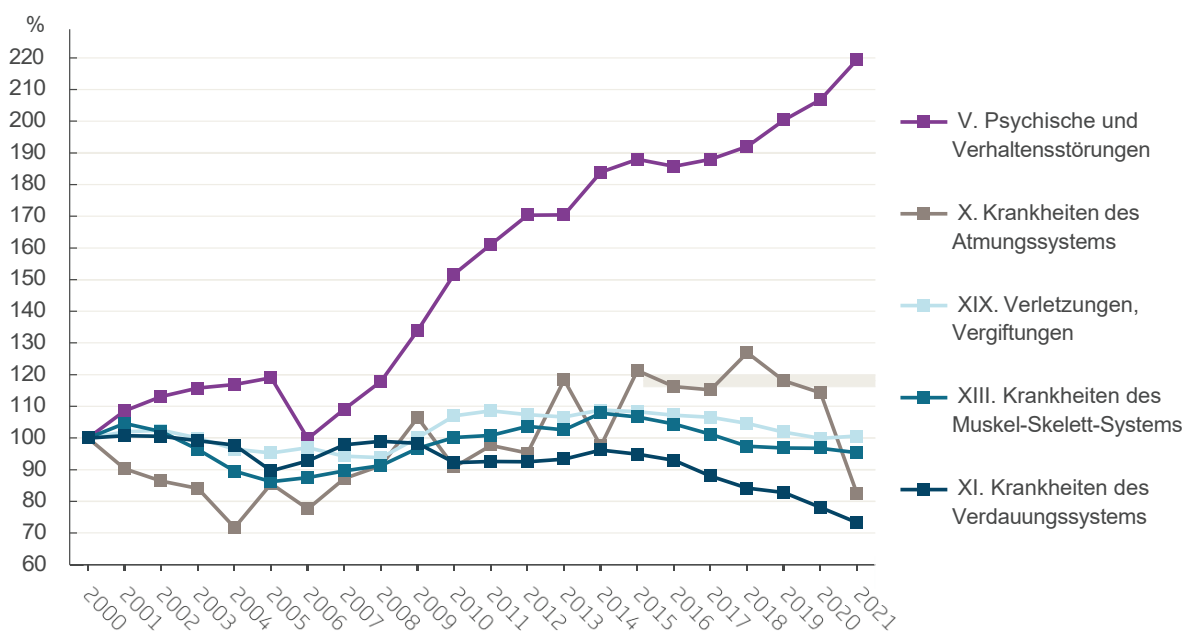


Abbildung 1 Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln (Quelle: Techniker Krankenkasse 2022).

Frauen haben mit durchschnittlich 40,4 AU-Tagen deutlich mehr Fehlzeiten im Bereich psychischer Krankheiten als Männer, die im Durchschnitt 24,2 Tage im Jahr arbeitsunfähig sind (vgl. ebd.). Eine drastische Zunahme an Fehltagen aufgrund von psychischen Belastungen und Störungen, vermeldet auch die Kaufmännische Krankenkasse (KKH). So nahmen die Fehlzeiten vom ersten Halbjahr des

<sup>6</sup> Dennoch dauert jede fünfte Episode mehr als ein Jahr an (vgl. Köllner, 2016).

## Forschungsstand

Jahres 2022 bis zum ersten Halbjahr des aktuellen Jahres um 85 %<sup>7</sup> zu (vgl. Kaufmännische Krankenkasse, 2023). Rezidive depressive Erkrankungen weisen dabei mit 112 Tagen die längsten Fehlzeiten auf. Die Mehrheit (41 %) der psychisch bedingten Krankschreibungen machen jedoch akute Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen, also Erkrankungen aus dem F4-Spektrum, aus (vgl. ebd.). Wie die OECD kommt auch die KKH zu dem Schluss, dass die Verschlechterung der psychischen Gesundheit auf zahlreiche Faktoren wie Nachwirkungen der Covid-19 Pandemie, Inflation und eine allgemein instabilere geopolitische Lage zurückzuführen sind.

Die direkten und indirekten medizinischen Kosten sowie die globalen Verluste an Wirtschaftsleistung stellen eine ökonomische und sozialpolitisch bedeutsame Größe dar und werden sich laut Prognosen in den nächsten 30 Jahren auf bis zu 16 Billionen Dollar weltweit belaufen, mehr als für maligne Erkrankungen, Diabetes und respiratorische Krankheiten zusammen (vgl. Bombana et al., 2022; Corbière et al., 2022). Die Gesamtkosten psychischer Erkrankungen werden für die 28 EU-Länder auf über 600 Milliarden Euro oder auf mehr als vier Prozent des Bruttoinlandsprodukts (*BIP*) geschätzt; für Deutschland beläuft sich die Schätzung auf 4,8% des BIP (147 Mrd.€) (vgl. OECD, 2018). So beziffern aktuelle Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes die durch psychische Erkrankungen verursachten Kosten in Deutschland mit jährlich 44,4 Mrd.€ (13,1% aller direkten Krankheitskosten), neben den direkten Kosten für Herz-Kreislaufkrankungen (46,1 Milliarden Euro) die zweithöchsten, und weisen eine deutliche Steigerung in den letzten 10 Jahren auf<sup>8</sup>. Die jährlichen Ausgaben für Rehabilitationsleistungen belaufen sich auf ca. 2,6 Milliarden Euro (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2018). Daten von 2008 benennen zudem einen geschätzten Produktionsausfall von circa 26 Mrd.€ bzw. einen Ausfall an Bruttowertschöpfung von circa 45 Mrd. € (vgl. Nübling et al., 2014). Ferner wirken sich psychische Erkrankungen negativ auf das Wohlbefinden der betroffenen Menschen aus und haben nicht in Geldgrößen messbare Folgen für die individuelle Produktivität, Rollenerfüllung in der Familie usw., den sogenannten „intangiblen Kosten“.

Psychische Erkrankungen gehören damit zu den bedeutendsten gesundheitsökonomischen Problemen weltweit. Die Relevanz dieser Thematik ist daher nicht überraschend und fordert politische Entscheidungsträger, Arbeitgeber und andere Interessengruppen, die sich mit Return to Work befassen, dazu auf, integrierte sozial- und gesundheitspolitische Strategien zu entwickeln, um die Steuerung nachhaltiger RTW-Prozesse, Interventionsmodelle zur Genesung und Präventionsangebote zur Vorbeugung langandauernder Krankheitsabwesenheit von Arbeitnehmern mit psychischen

---

<sup>7</sup> Von Januar bis Juni 2023 kamen auf 100 KKH-Versicherte 303 Ausfalltage. Im Vorjahreszeitraum betrug die Anzahl 164.

<sup>8</sup> Zum Vergleich: 2008 machten diese Kosten 30,3 Milliarden Euro aus.

Störungen zu optimieren und auszubauen, nicht zuletzt um damit ein krankheits- bzw. beeinträchtigungsbedingtes vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben möglichst weitgehend zu verhindern. Dafür ist die Generierung von wissenschaftlich fundiertem Wissen auf unterschiedlichen Integrationsebenen erforderlich:

- Die Ebene der *Systemgestaltung*: hierzu gehören bspw. die Bedarfsfeststellung, Zugangswege, das Schnittstellenmanagement träger- und rechtskreisübergreifender Angebote.
- *Interventionsformen und ihre Gestaltung*: zum Beispiel shared-decision making, Selbstbestimmung, Personenzentrierung und Zuweisung zu konkreten Maßnahmen.
- *Wirkungsanalyse* Der jeweiligen Maßnahmen mit Blick auf Symptomreduktion, Krankheitsbewältigung und -einsicht, subjektive Lebensqualität und -zufriedenheit Rückkehr in (RTW) und nachhaltiger Teilhabe am Arbeitsleben (SAW).
- *Rahmenbedingungen des Versorgungssystems*: z.B. Passfähigkeit der Angebote zu zielgruppenspezifischen und individuellen Bedarfen und auf Seiten der Leistungsnehmer biografische Hintergründe, Lebenssituation etc.
- *Verlaufsprozesse*: beispielhaft können hier bezogen auf die Rehabilitanden Verlaufskurven der Krankheitsentwicklung und des RTW, Ketten der Nicht-/Inanspruchnahme von Angeboten sowie Case-Management genannt werden, auf der Ebene der Versorgung Prozesse der administrativen Zuweisung und Weitervermittlung.

### **Komorbidität**

Das gemeinsame Auftreten mehrfacher F-Diagnosen, oft in Verbindung mit zusätzlichen somatischen Erkrankungen, stellt Akteure aus der primärärztlichen und akutmedizinischen Versorgung sowie dem fachärztlichen und rehabilitativen System vor besondere Anforderungen und konzeptionelle Herausforderungen zur Gestaltung des individuellen Behandlungsverlaufs. So treten bei depressiven Störungen signifikant häufig weitere psychische Störungen und somatische Erkrankungen auf; etwa 60 % der Personen mit einer depressiven Episode und 80 % der Menschen mit Dysthymie weisen mindestens eine weitere psychische Störung auf (vgl. Wittchen et al., 2010). Zu den häufigsten komorbiden psychischen Erkrankungen bei Depression gehören alle Formen von Angststörungen (generalisierte Angststörung, Panikstörungen, Soziale und Spezifische Phobien usw.), welche sich zumeist vor der ersten Depression manifestieren und oftmals als zugrundeliegende Störungen interpretiert werden, die das Risiko einer Depression deutlich erhöhen (vgl. ebd.). Körperliche Erkrankungen können sowohl einer Depression vorangehen als auch Folge einer rezidivierenden bzw. länger andauernden depressiven Störung sein, ohne dass eindeutige ursächliche Zusammenhänge

identifiziert werden können. Ferner können sich psychische Komorbiditäten als emotionale Folgen der somatischen Erkrankung zeigen, die durch

*„ein gestörtes emotionales Gleichgewicht, Ängste vor dem Wiederauftreten oder Fortschreiten der Erkrankung, Gefühle von Autonomie- und Kontrollverlust sowie von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Depressionen, Probleme durch ein verändertes Körperschema und Selbstkonzept sowie Selbstwert- und Identitätsprobleme“* entstehen (Koch et al., 2011).

Studien belegen, dass die Prävalenz psychischer Symptomatiken in Populationen körperlich erkrankter Menschen hoch ist, und sprechen von einem Anteil von bis zu 50 % der Betroffenen. Bestimmte Faktoren wie eine familiäre Vorbelastung, eine frühe Exposition gegenüber Traumata oder nicht-normativen Lebensereignissen, Substanzmissbrauch oder auch ein unzureichender Zugang zur psychosozialen Versorgung, können das Risiko der Entwicklung komorbider psychischer Erkrankungen zudem erhöhen (vgl. ebd.).

Eine psychische Komorbidität kann sowohl die Symptomatik als auch die Behandlungsergebnisse stark negativ beeinflussen. Treten zwei oder mehr psychische Störungen gleichzeitig auf, führt es nicht selten zu einem komplizierteren Krankheitsverlauf, der die Rekonvaleszenz weitreichend hemmt und der es den Personen erschwert, effektive Bewältigungsstrategien zu etablieren. Behandlungspläne, denen eine differenzierte Diagnostik vorgeschaltet sind, erfordern einen ganzheitlichen Ansatz, der das gesamte Spektrum der psychischen Gesundheit und der subjektiven lebensweltlichen Problemlagen, welche krankheitsübergreifende Fragen (z.B. Probleme am Arbeitsplatz) und/oder andere Indikationen (z.B. psychische Belastung) betreffen, einer Person berücksichtigt (vgl. Bengel, 2016). Weiterhin haben Komorbiditäten einen direkten Einfluss auf die Behandlungsrate. Wittchen und Jacobi (2012) stellen in ihrer DEGS Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland fest, dass mit zunehmender Erkrankungsdauer und in Abhängigkeit zur Komorbidität ein Anstieg der Wahrscheinlichkeit professioneller Interventionen zu beobachten ist (siehe Abbildung 2).

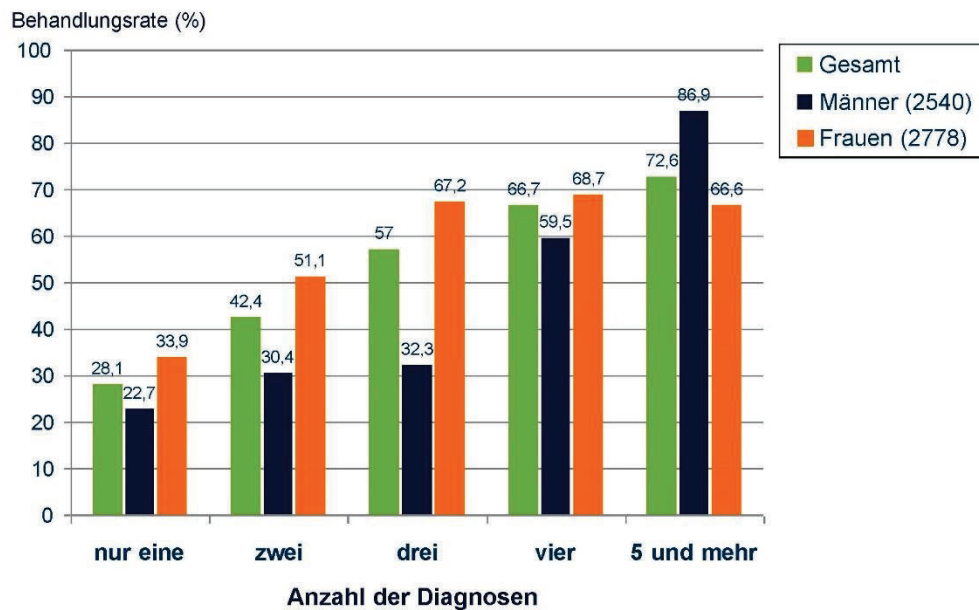


Abbildung 2 Behandlungsrate in Abhängigkeit zur Erkrankungsdauer und Komorbidität (Quelle: Wittchen und Jacobi 2012, S. 16).

Zur Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen zeigt sich ein interdisziplinärer Versorgungsansatz, welcher die Zusammenarbeit unterschiedlicher medizinischen, rehabilitativen und psychotherapeutischen Fachdisziplinen sowie die Gesundheitsbedürfnisse der erkrankten Person fokussiert, als effektivster Weg. Hierbei spielen sowohl die Kombination aus Psychotherapeutischen Interventionen, medikamentösen Therapieansätzen, aber auch die individuellen Verhaltensänderungen und Inanspruchnahmeverhalten der psychisch Erkrankten

### *Psychische Beeinträchtigungen und die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*

Psychische Erkrankungen können *gesamtheitliche Partizipationsstörungen* zur Folge haben, die sich sowohl auf die alltagsweltliche Teilhabe als auch auf die Teilhabe am Arbeitsleben auswirken und diese bedeutend einschränken (vgl. Linden, 2017). Begründet sind diese Auswirkungen in der krankheitsspezifischen Prägung der psychischen Störung selbst, so handelt es sich um eine Langzeiterkrankung, welche mit Chronifizierungsprozessen einhergeht (vgl. Schymainski, 2023). Das von Strauss und Corbin entwickelte Trajektkonzept (Verlaufskurvenkonzept) zeigt, dass chronische Krankheiten zudem durch eine besondere Verlaufsdynamik disponiert sind (vgl. Corbin et al., 2009). Als typisch sehen Schaeffer und Haslbeck (2016):



*„die wechselnde Abfolge von krisenhaften, instabilen und stabilen Phasen, die dem Verlauf die Form einer langfristig nach unten weisenden Kurve geben“* und führen an: *„das meist unkalkulierbare Auf und Ab stellt die Erkrankten auf eine harte Probe und erfordert stets neue (und andere) Anpassungs- und Bewältigungsleistungen. Für die Familie und für das Gesundheitssystem ist die Wechselhaftigkeit chronischer Krankheiten ebenfalls folgenreich, weil die Betreuung und Versorgung fortlaufend an neue Bedingungen anzupassen ist. Im Trajektkonzept gilt das Interesse daher den verlaufsdynamischen Besonderheiten chronischer Krankheit sowie den zur Bewältigung nötigen Aushandlungs- und Interaktionsprozessen“* (S. 245).

Berücksichtigt man die eingangs erwähnten partizipativen Einschränkungen und die damit einhergehenden Beeinträchtigungen, sind die meisten psychischen Störungen laut § 2 und § 26 des neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) als „Behinderungen“ zu verstehen (vgl. Linden et al., 2019). Ein Mensch gilt demnach als behindert, wenn

*„körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen“* vorliegen, die die betroffene Person *„in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“*. (§ 2 SGB IX)<sup>9</sup>

Auch die im Jahr 2009 ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention hält fest:

*„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“*. (UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 1)

Vor diesem Hintergrund müssen sich Behandlungskonzepte psychischer Erkrankungen neben der Symptombehandlung, auch auf Fähigkeits- und Kontextfaktoren konzentrieren, um eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleisten zu können (vgl. Muschalla et al., 2016).

Mit der von der WHO entwickelten International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) wurde ein umfassendes Rahmenwerk etabliert, welches einen bio-psycho-sozialen Ansatz zum Verständnis von Gesundheit, Behinderung und Funktionsfähigkeiten bei verschiedenen Erkrankungsformen, einschließlich psychischer Störungen, bietet und damit soziale sowie subjektive Einflussfaktoren integriert. Als diagnostisches Instrument dient die ICF Forschenden, Akteuren in der

---

<sup>9</sup> vgl. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Das SGB IX wurde durch das Bundesteilhabegesetz, dessen vierte Reformstufe 2023 in Kraft getreten ist, reformiert. Ziel war und ist das Teilhaberecht zu modernisieren und eine effizientere Zugänglichkeit in alle Lebensbereiche für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten (vgl. BAR, BAG BBW, Hochschule Magdeburg-Stendal (2019, S. 12)).

medizinischen und rehabilitativen Versorgung, wie Psychotherapeuten und Klinikern, in der Beurteilung psychischer Störungen und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Hierbei geht es über das naturwissenschaftlich geprägte biomedizinische Modell<sup>10</sup> hinaus, welches Behinderung als hauptsächlich individuelle Eigenschaft des betroffenen Menschen identifiziert und sich ausschließlich auf Funktionsstörungen von Psyche, geistigen Fähigkeiten, den Sinnen, Organen und des Körpers des einzelnen Individuums konzentriert, folglich Krankheit als Störung des Organismus und Abweichung von einer biologischen Norm betrachtet. In ihrem Kern erkennt die ICF an, dass Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit ist, sondern ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. In der Praxis hilft die ICF bei der Festlegung von konkreten Zielen und einer personenzentrierten Behandlungsplanung. Anner et al. (2012) merken an, dass der konzeptionelle Rahmen der ICF zwar zum „modernen“ Denken über die Klassifizierung von Behinderungen passt und medizinische Experten dabei unterstützt, Arbeitsunfähigkeit als ein bio-psycho-soziales Phänomen und nicht nur als biomedizinisches Phänomen zu beschreiben, somit also die Verbindungen zwischen den verschiedenen Komponenten der standardisierten Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit innerhalb des medizinischen Handlungsfeld berücksichtigt, doch sehen sie die ICF durch „*the dynamism of development of disability, definitions for personal factors and, causality and consistency*“ begrenzt (S. 6). Weiterhin bemängeln sie das Fehlen einer dynamischen Zeitperspektive und plädieren, die ICF um Verlaufsbeschreibungen sowie um prognostische Modelle zu ergänzen (vgl. ebd.).

Die medizinische Rehabilitation orientiert sich innerhalb ihrer evaluierten Konzepte und Therapiestandards an den drei, in der ICF formulierten, zentralen Dimensionen Funktion, Aktivität und Teilhabe und fokussiert bspw. Maßnahmen für berufliche Problemlagen und die Vorbereitung und Zuweisung in Nachsorgeangebote (vgl. Bengel, 2016). Auch in unseren Experteninterviews konnten wir feststellen, dass die Akteure der Rehakliniken ihre Therapien und Angebote konzeptionell an der ICF ausrichten; inwieweit eine konsequente ICF-Diagnostik in den Reha-Kliniken vorgenommen wird, geht aus diesen Antworten jedoch nicht hervor. Bei der Zuweisungssteuerung zu Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) kommt in den Reha-Kliniken besonders dem Sozialdienst eine entscheidende Rolle zu; hier nimmt die Beurteilung von beruflich relevanten Teilhabestörungen, wie sie u.a. in den Reha-Kliniken auch von der Ergotherapie festgestellt werden, eine wichtige Rolle ein, die gemeinsam mit den Vorstellungen der Rehabilitanden in Richtung mit einer (neuen) beruflichen Zukunftsperspektive in Einklang gebracht werden sollen.

---

<sup>10</sup> International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH).

### *Arbeitsweltliche Belastungen und Herausforderungen*

Belastungen in der Arbeitswelt sind aus Sicht vieler psychisch erkrankter Personen ein entscheidender Faktor für das Entstehen ihrer individuellen Beeinträchtigungen. Hierzu konnten zahlreiche Studien Belastungsfaktoren identifizieren, die sich tätigkeitsübergreifend für die Arbeitsbedingungen als bedeutsam erweisen, andere arbeitsbedingungsbezogene Faktoren mit beeinflussen und damit eine zentrale Rolle für die Gestaltung der Arbeit einnehmen (vgl. Rothe et al., 2017). Durch Veränderungen in der Arbeitsorganisation (bspw. Arbeitsverdichtung, Erwartung an ständige Erreichbarkeit, Flexibilitätsanforderungen), atypische Arbeitszeiten, destruktive Führung (z.B. fehlende Wertschätzung gegenüber den Beschäftigten) und die Weiterentwicklung von digitalen Technologien und Robotik („Arbeit 4.0“) sowie durch prekäre Arbeitsverhältnisse (wie Befristung; Niedriglohn; Ängste vor Erwerbslosigkeit) kommt es zu Belastungen, die eine direkte Auswirkung auf die psychische Gesundheit und Stabilität der Arbeitnehmer hat (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA], 2020; Kardorff & Ohlbrecht, 2015; Rothe et al., 2017). So spricht Siegrist (2019) von einer Erhöhung des Depressionsrisiko bei Beschäftigten mit Gratifikationskrise um 50-130 %, im Vergleich zu den nicht-belasteten Erwerbstätigen und kommt zu dem Ergebnis, dass eine Überforderung innerhalb der Arbeit, depressive Störungen begünstigt und in einem relevanten Umfang dazu beiträgt, dass diese sich ausbreiten. Im Zeitraum 2012-2018 wurde ein Anstieg des Anteils der Beschäftigten beobachtet, die von emotionaler oder körperlicher Erschöpfung, allgemeiner Müdigkeit, Mattigkeit und Schlafstörungen betroffen sind. Es wird vermutet, dass dieser Anstieg u. a. darauf zurückzuführen ist, dass

*„die aufgabenbezogenen Handlungsspielräume, die es erlauben, die Arbeitsanforderungen besser zu bewältigen, indem die Arbeit beispielsweise selber eingeteilt oder geplant werden kann, seit 2006 leicht rückläufig sind“* (BAuA 2020, S. 12)

Übersichten zur aktuellen Studienlage weisen zudem auf den Einfluss der modernen Arbeitswelt und ihren stetigen und immer schneller werdenden Wandel, auf das Risiko des Auftretens und der Chronifizierung psychischer Beeinträchtigungen hin (vgl. Rothe et al., 2017; Siegrist, 2019). Demnach ist der Strukturwandel hin zu einer Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft mit einer Zunahme an geistigen, aber auch interaktiven Tätigkeiten verbunden, der wachsende kognitive wie auch emotionale Anforderungen zur Folge hat (vgl. BAuA, 2020)

Während es einem großen Teil der Erwerbstätigen gelingt Strategien zur Belastungsbewältigung zu entwickeln, z.B. Abgrenzung oder persönlich erworbene Resilienz und Salutogenese, ist ein wachsender Anteil der Arbeitnehmer nicht mehr im Stande die Beanspruchungen abzufedern. Gründe könnten hier eine erhöhte konstitutionell oder biografisch erworbene Vulnerabilität oder auch eine geringere Fähigkeit zur Abgrenzung sein.

### *Präsentismus*

Das subjektive Gefühl, dass Krankheitssymptome „von alleine verschwinden“, dass „man die Zähne zusammenbeißen“ müsste oder dass Beschäftigte aufgrund der Angst vor negativen Konsequenzen am Arbeitsplatz (bis zu Kündigung) trotz auch großer Beschwerden und Beeinträchtigungen oft mit Hilfe von Schmerzmedikamenten oder Psychopharmaka glauben durchhalten zu müssen – psychologisch oft auch um das Selbstbild aufrechtzuerhalten -, ist verbreitet und auch wie weiter unten gezeigt wird ein Grund zur Chronifizierung. Daher ist Präsentismus auch ein zentrales Thema für die Rehabilitation – verstanden als Sekundärprävention – um durch die Motivation zu einer rechtzeitigen Inanspruchnahme von Reha-Leistungen einer Chronifizierung vorzubeugen.

Studien belegen, dass Präsentismus aufgrund seiner negativen Auswirkungen auf die Gesundheit des Einzelnen und die Produktivität des Unternehmens von erheblicher Bedeutung ist und unter den Beschäftigten zunimmt (vgl. Jia et al., 2022; Skagen & Collins, 2016). Demnach erhöht das Verhalten trotz verminderter Leistungsfähigkeit bzw. trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen, die Risiken für eine Chronifizierung von Erkrankungen und damit langfristiger, krankheitsbedingter Ausfälle, was, laut Studien, eine Zunahme der direkten und indirekten Kosten verursacht, die mittlerweile höher geschätzt werden als die Kosten, die durch Absentismus entstehen (vgl. Kinman, 2019). Walter et al. (2021) stellen in ihrer von 2018 bis 2021 durchgeführten Studie zu den Belastungen und Arbeitsbedingungen Beschäftigter in Deutschland fest, dass etwa die Hälfte der über 10.000 befragten Beschäftigten manchmal, häufig oder sogar sehr häufig krank zur Arbeit gehen und dass selbst schwere Krankheitssymptome für ca. 34 % der Arbeitnehmer kein Grund darstellen nicht zur Arbeit zu gehen. Zudem korreliert Präsentismus mit den quantitativen Anforderungen, d.h. dass Arbeitnehmer, die häufiger trotz Krankheit ihrer Beschäftigung nachgehen auch angeben häufiger Überstunden zu machen und/oder berufliche Aufgaben außerhalb ihrer Arbeitszeit ausführen. Mit etwa 36 % arbeiten weibliche Beschäftigte signifikant häufiger, obwohl ihnen von ärztlicher Seite abgeraten worden ist, als Männer (ca. 27 %) (vgl. ebd.). Gründe und Risikofaktoren für Präsentismus sind mannigfaltig und werden von Baumann et al. (2022) in personenbezogene und arbeitsbedingte Faktoren, die die Entscheidung zum Präsentismusverhalten begünstigen, differenziert. Neben Pflichtgefühl und Rücksicht auf Kollegen<sup>11</sup> sind Arbeitsplatzunsicherheit und befürchtete Nachteile bei längerer

---

<sup>11</sup> In einer Studie von Oster und Mücklich (2019) geben mehr als 80 % der Beschäftigten an, aus Solidarität gegenüber ihren Kolleginnen und Kollegen krank zur Arbeit zu gehen und dass sie es vermeiden wollen, aufgrund ihrer Fehlzeiten den Kollegen zur Last zu fallen. Auch Brosi und Gerpott (2023) beobachten diesen Aspekt und merken an, dass dieses Verhalten möglicherweise von anderen Beschäftigten oder Führungskräften vorgelebt wird. Arbeiten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen wirkt sich, wie Daten zeigen, auf das Verhältnis von Kollegen untereinander und zu Vorgesetzten aus und hat Einfluss auf das

Krankschreibung als Gründe für Präsentismus zu benennen (vgl. Steinke & Badura, 2011). Wie oben bereits beschrieben, ist die Arbeitsverdichtung ein weiterer Risikofaktor, primär bei Personen, die angeben regelmäßig Überstunden zu machen. So befürchten Arbeitnehmer z.B. eine Zunahme von Arbeitsaufgaben bei krankheitsbedingter Abwesenheit (vgl. Baumann et al. 2022). Daneben kann die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit fehlerhaft sein, was eine grundlegende Ursache für Präsentismus ist (vgl. Lohaus et al., 2021).

Krankheit scheint selten Gegenstand der Kommunikation im Arbeitsalltag zu sein und wird erst bei kritischen Situationen im Betrieb, z.B. mit der Arbeitnehmervertretung, thematisiert (vgl. Kardorff, 2018). Bei chronischen Erkrankungen und dem Vorliegen von Schwerbehinderung besteht darüber hinaus das Risiko von Stigmatisierung (vgl. Kardorff, 2017) und von AGG-relevanten Formen der Diskriminierung am Arbeitsplatz (vgl. Pärli & Naguib, 2013). Diese Faktoren verweisen auf die Notwendigkeit präventiver Strategien, die bereits im betrieblichen Umfeld ansetzen (vgl. Stegmann & Schröder, 2018). Eine wesentliche Voraussetzung für die Akzeptanz spezifischer Angebote, ist das Vertrauen der Beschäftigten in eine sichere und wertschätzende Betriebskultur. Die Förderung einer offenen Kommunikation zwischen Mitarbeitenden und Vorgesetzten über Gesundheitsbelange ist daher von entscheidender Bedeutung. Erfreulicherweise konnten wir in unserer qualitativen Studie feststellen, dass Großbetriebe bereits Präventionsangebote etabliert hatten und u.a. Hilfsprogramme für Mitarbeiter (EAPs) anboten. Während vor allem mittlere Unternehmen und Großbetriebe zunehmend die Anforderungen erkannt haben präventiv zu handeln und die Weidereingliederung chronisch erkrankter Beschäftigter etwa mit einem eigenen BEM-Management fördern, bildet dies bei zumeist kleinen Handwerksbetrieben die Ausnahme<sup>12</sup>.

### *Mangelnde Work-Life-Balance als Resultat und als Grund für Präsentismus*

In der vertiefenden verlaufskurvenorientierten Analyse unserer durchgeführten Interviews zeigt sich (vgl. Kapitel 7), dass die Thematik der (nicht gelungenen bzw. belastenden) Work-Life-Balance für viele Befragte ein wichtiges Thema darstellt. Darüber hinaus werden als Quelle der Belastungen häufig Konflikte oder Probleme in der eigenen Familie benannt (z.B. Pflege eines Angehörigen), die aber wiederum nicht den Arbeitsalltag belasten sollen (weder sollen Kollegen belastete werden, noch sollen private Probleme in die Arbeit getragen werden). Hierzu ist auch das Phänomen des „Proxy-

---

Betriebsklima, welches wiederum Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten hat (vgl. Steinke und Badura (2011)).

<sup>12</sup> Dieses Thema wird im Rahmen einer laufenden Studie der BWS „Chronische Erkrankungen im Handwerk – exemplarische Bestandsaufnahme von Reha-Bedarfen, Reha-Zugang und Teilhabesicherung bei Bremer Handwerkswerksbetrieben. Strategien zur Unterstützung der Betriebe (ReHand)“ (gefördert durch DRV Oldenburg-Bremen) untersucht. (siehe <https://bws-institut.de/referenzen/chronische-erkrankungen-im-handwerk-exemplarische-bestandsaufnahme-von-reha-bedarfen-reha-zugang-und-teilhablesicherung-bei-bremer-handwerkswerksbetrieben-strategien-zur-unterstuetzung-der/>)

Präsentismus“ anzuführen. Dabei ist nicht der Beschäftigte selbst von Krankheit oder gesundheitlichen Belastungen betroffen, sondern Personen im familiären bzw. näheren Umfeld. Diese privaten Belastungen wirken sich indirekt auf die Arbeitsleistung des Arbeitnehmers aus. Auch sprechen die interviewten Personen von belastenden biografischen Erfahrungen wie etwa frühe Traumata oder biografische Fehlentscheidungen, bspw. eine falsche Berufswahl, welche sich negativ auf die Leistungsfähigkeit im Beruf auswirken. Somit kann eine erfolgreiche Work-Life-Balance als ein bedeutender Faktor psychischer Gesundheit und Stabilität gedeutet werden.

### 3.2. Analyse der Versorgungsstruktur und des Zuweisungssystems für psychisch beeinträchtigte Menschen: strukturelle Grundlagen, Zugang und Zielgenauigkeit

Ein zentraler Schwerpunkt unserer Studie war die Analyse bedarfsgerechter Versorgung psychisch erkrankter Menschen aus Sicht der Betroffenen selbst, aber auch aus Sicht der Akteure im medizinischen und rehabilitativen Versorgungssystem. Neben der Identifikation von Faktoren unzureichender oder zu später Inanspruchnahme von Leistungen, galt es auch die Zielgenauigkeit der in Anspruch genommenen Angebote zu untersuchen. Darüber hinaus sollten Schnittstellenprobleme aufgezeigt werden, um Möglichkeiten einer verbesserten Kooperation zu benennen, die die Koordinierung geeigneter und notwendiger Leistungen positiv beeinflusst. In unseren Empfehlungen (Kapitel 9) formulieren wir dazu Maßnahmen für eine bedarfsgerechte Gestaltung in den Versorgungsketten.

Für die Rehabilitation psychischer Erkrankungen sind Strukturprobleme inklusive Handlungsempfehlungen seit längerem benannt (vgl. Pörksen, 2004). Die DRV beschreibt die Rehabilitation psychischer Erkrankungen als bedeutsames Handlungsfeld und weist gleichzeitig auf die eingangs skizzierten systemischen Grenzen hin (vgl. Hesse et al., 2019).

Wie in Punkt 3.1 beschrieben, steht die medizinische und rehabilitative Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen angesichts der seit Jahren steigenden Inanspruchnahme von Leistungen unter der Diagnose einer psychischen Erkrankung im Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion. Neben der psychotherapeutischen stationären und ambulanten Versorgung, die durch das Sozialgesetzbuch V geregelt und gesteuert werden, existiert das Leistungsspektrum der DRV<sup>13</sup>, welches von der

---

<sup>13</sup> Das SGB VI bildet die rechtliche Grundlage. Leistungsberechtigt sind nach §§10 und 11 Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit aufgrund chronischer Erkrankung oder Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und bei denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu beitragen, die Erwerbsfähigkeit zu bessern, zu erhalten oder wiederherzustellen. Es gilt ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Die schnelle berufliche Wiedereingliederung ist vorrangig das Ziel. Ferner haben Menschen mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung, bei denen eine seelische

medizinischen Rehabilitation (somatisch und psychosomatisch, ggf. medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation), Nachsorgeangeboten, LTA-Maßnahmen, stufenweise Weideringliederung über berufliche Rehabilitation bis hin zum Fallmanagement nach psychosomatischer Rehabilitation (Kaluscha & Krischak, 2017) reicht. Zusätzlich ist es Menschen mit psychosozialen Bedarfen möglich Beratungsangebote wie z. B. Sozialpsychiatrische Dienste oder die Teilhabe- und Suchtberatungen zu nutzen. Beratungsangebote dieser Art werden zumeist aus öffentlichen Mitteln finanziert und sind kommunal organisiert (vgl. Gühne & Riedel-Heller, 2019).

Die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland ist durch regionale Unterschiede in der Verteilung von Psychotherapeuten und hinsichtlich der Wartezeiten auf einen Therapieplatz geprägt. Weiterhin müssen Patienten teilweise lange Anfahrtswege und Kosten in Kauf nehmen, um auch bei einem geringen Versorgungsangebot eine Behandlung in Anspruch nehmen zu können (vgl. Rommel et al., 2017). Nur 10 bis 40 % der Menschen mit depressiven und/oder Angststörungen nehmen aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen gesundheitsbezogene Hilfen in Anspruch (vgl. Trautmann & Beesdo-Baum, 2017). Da die Mehrheit psychischer Störungen nicht spontan zurückgeht, besteht bei Unterversorgung ein erhöhtes Risiko eines chronischen Verlaufs. Die vorrangig von einer niedrigen Versorgung betroffenen Personengruppen sind ältere Menschen und Personen mit einer chronischen somatischen Erkrankung (vgl. Peters et al., 2013).

Nur etwa ein Drittel der Menschen mit depressiver Symptomatik nutzen psychotherapeutische oder psychiatrische Versorgungsangebote. Bei einem beträchtlichen Anteil der Menschen mit psychischen Erkrankungen, mehrheitlich Personen mit Depressionen, Angst- und Suchterkrankungen, erfolgt die ambulante Versorgung primär durch den Hausarzt (vgl. Gerste & Roick, 2014).

### *Primärärztliches System*

Für eine ressourcenorientierte und effektive psychotherapeutische und rehabilitative Versorgung ist der Aspekt des richtigen Zeitpunktes bei der Bedarfserkennung, Steuerung und der Initiierung von Rehabilitationsleistungen und psychotherapeutischen Maßnahmen von entscheidender Relevanz. Eine gezielte Zuweisungssteuerung in weiterführende Maßnahmen bei psychischen Krisen und Problemlagen ist maßgeblich davon abhängig, inwieweit niedergelassene Hausärzte geeignete Angebote kennen, unterstützen und in diese weitervermitteln (vgl. Mau et al., 2017). Die hausärztliche Versorgung ist ein niedrighschwelliges Angebot, welches durch Wohnortnähe, Langzeitbetreuung und durch die Orientierung an die Bedürfnisse der Patienten gekennzeichnet ist (vgl. Klement et al.,

---

Behinderung nach SGB IX droht oder vorliegt, die Möglichkeit Hilfen zur Rehabilitation und Anspruch zu nehmen.

2015)<sup>14</sup>. Sie liefern durch die ärztlichen Erstdiagnosen und weitere Stellungnahmen entscheidungsrelevante Befunde für nachfolgende Zuweisungsentscheidungen. Auch innerhalb der Experteninterviews mit Sozialmedizinerinnen der regionalen Träger der DRV in der vorliegenden Studie war festzustellen, dass gerade die niedergelassenen Hausärzte und deren medizinische Beurteilung eine relevante Position im Rahmen des sozialmedizinischen Gutachtens für eine weiterführende Vermittlung in die medizinische Rehabilitation innehaben. Studien zeigen jedoch, sowohl aus Sicht der rehabilitativen Versorgungsanbieter als auch aus Sicht der Hausärzte, Zugangsprobleme und -Barrieren aus der ambulanten hausärztlichen Versorgung in die Reha (vgl. Deck et al., 2009; Muschalla et al., 2013). Dazu zählen Informationslücken, mangelnde (kooperative) Handlungsroutinen, wenig ausgearbeitete Konzepte zu den rehabilitationsmedizinischen Aufgaben der ansässigen Ärzte ebenso wie individuelle Vorbehalte gegenüber einer Rehabilitation von Seiten des Behandlers, die als Konsequenz die zu späte Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation im Krankheitsverlauf haben (vgl. Muschalla et al., 2013). Deck et al. (2009) kamen in ihrer quantitativen Studie<sup>15</sup> zum potentiellen Reha-bedarf in der Hausarztpraxis zu den Ergebnissen, dass der bürokratische Aufwand einer Antragsstellung sowie die intransparenten Antrags- und Bewilligungsverfahren von vielen Hausärzten als Hindernis betrachtet wurden. So sahen die niedergelassenen Ärzte die Honorare für den zeitintensiven Aufwand einer Antragsstellung als zu gering an und bemängeln die unterschiedlichen und teilweise komplizierten Antragsformulare der verschiedenen Kostenträger (Krankenkasse und DRV). Bereits existierende Fortbildungsangebote werden von den Hausärzten eher negativ bewertet; sie bieten wenig konkrete Hilfestellungen und Informationen (vgl. Muschalla et al., 2013). Eine vielversprechende Maßnahme zu einer reha-bezogenen Informationsvermittlung könnten Qualitätszirkel darstellen (vgl. Mau et al., 2017).

Die Zuweisung in die psychotherapeutische Versorgung ist von langen Wartezeiten und Mangel an Therapieplätzen geprägt. Im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung durch Hausarztpraxen verweisen Hartmann et al. (2019) auch auf Defizite der korrekten Diagnosestellung innerhalb der primärärztlichen Grundversorgung und merken an, dass dies mittlerweile ein integrales Modul in der allgemeinärztlichen Ausbildung ist. Fortbildungsangebote für Hausärzte zur besseren Diagnostik und Therapie brachten nicht die erhofften Ergebnisse und nur unzureichende Effekte auf den Beschwerdeverlauf der psychisch Erkrankten (vgl. Sikorski et al., 2012). Des Weiteren existieren

---

<sup>14</sup> Dieses Ideal wird allerdings angesichts langer Wartezeiten selbst in der hausärztlichen Praxis und vor allem bei Fachärzten (Neurologen/Psychiater) und vor allem der geringen Versorgungsdichte bei Letzteren in ländlichen Regionen oft nicht erreicht.

<sup>15</sup> Hierbei wurden mittels Checkliste für Hausärzte und einem Patientenfragebogen Daten zum Reha-bedarf von Patienten (N=60) in neun Hausarztpraxen erhoben. Der FB enthielt neben Fragen zur subjektiven Gesundheit, Fragen zu möglichen Teilhabestörungen durch Alltags- und Berufsbelastungen.



patientenseitige Barrieren, wie Angst vor Stigmatisierung und unzulängliche Aufklärung, die eine adäquate Versorgung erschweren (vgl. ebd.).

### *Ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung*

Ambulante Angebote der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung bilden die Grundlage der Versorgung von Personen mit psychischen Störungen. Der Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten ambulanter Angebote hat sich von 2012 bis 2021 erhöht. So stieg die Anzahl der Neurologen und Psychiater sowie der ärztlichen Psychotherapeuten um ca. 11 % und der der psychologischen Psychotherapeuten um etwa 66 % (vgl. Bramesfeld, 2023). Der bestehende Mangel an Therapieplätzen ist auch auf das Defizit zwischen Behandlern und Vertragssitzen für Psychotherapie (Bedarfsplanungsgewichte<sup>16</sup>) zurückzuführen. Den 37.500 ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten stehen 25.000 Vertragssitzen gegenüber, die im Zeitraum von 2012 bis 2021 nur um 14 % zunahmen (vgl. KBV, 2022). In Deutschland ist die psychotherapeutische Versorgung regional ungleich verteilt. Eine geringe Versorgungsdichte zeigt sich insbesondere in Ostdeutschland und Bayern, so kommen bspw. im Kreis Landshut auf 100.000 Einwohner 1,7 Leistungserbringer (vgl. Rommel et al., 2017). Im westlichen Teil Deutschlands ist die Versorgungsdichte besser; hier sind z.B. in der kreisfreien Stadt Heidelberg bis zu 129,7 Leistungserbringer pro 100.000 Einwohner verfügbar. Rommel et al. (2017) merken jedoch an:

*„Die häufig unmittelbare Nähe von weniger gut versorgten Landkreisen und relativ gut versorgten kreisfreien Städten verdeutlicht die Notwendigkeit, die Mitversorgung über Kreisgrenzen hinweg angemessen zu berücksichtigen. Dabei verringern sich die regionalen Versorgungsunterschiede deutlich. So zeigt sich besonders am Beispiel der Psychotherapeutinnen und -therapeuten, dass die Versorgung in Landkreisen mit einer sehr geringen Versorgungsdichte aufgrund der Mitversorgung durch andere Landkreise meist tatsächlich besser ist. In Landkreisen und Städten mit vergleichsweise sehr guter Versorgung ist das Angebot dagegen aufgrund der Mitversorgung, die insbesondere für das Umland geleistet wird, im Ergebnis geringer“ (S. 10).*

Pro Quartal nehmen etwa 2,4 Millionen psychisch erkrankte Personen, die gesetzlich versichert sind, Angebote von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde in ambulanten

---

<sup>16</sup> „Die Einheit der Bedarfsplanung ist nicht die Anzahl der Ärzte bzw. Psychotherapeuten nach Köpfen, sondern nach Bedarfsplanungsgewicht. Mit diesem Gewicht wird der Teilnahmeumfang jedes individuellen Arztes/Psychotherapeuten berücksichtigt, wobei dieser in 0,25 Schritten zwischen 0 (keine bedarfsplanungsrelevante vertragsärztliche Tätigkeit) und 1 (Vollzeiteilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung) liegen kann. Ausgewiesen wird die durchschnittliche Anzahl der Einwohner je Vollzeit-Bedarfsplanungsgewicht differenziert nach Arztgruppe. Dieses Ist-Verhältnis wird in der Bedarfsplanung mit der Soll-Verhältniszahl Ärzte zu Einwohnern in einem Planungsbereich abgeglichen und so der Versorgungsgrad bestimmt“ (siehe <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17015.php>)

Praxen und ca. 1,6 Millionen Menschen psychotherapeutische Leistungen in Praxen niedergelassener Psychotherapeuten in Anspruch (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2023). Die häufigsten Behandlungsdiagnosen für ambulante Richtlinien-Psychotherapie sind mit 70 % affektive Störungen sowie Neurotische, Belastungs- und somatoforme mit ca. 82 % (vgl. ebd.). Eine systematische Erfassung der Wartezeiten für ambulante Psychotherapie ist nicht implementiert, dennoch konnten Befragungen von Akteuren der psychotherapeutischen Versorgung und Patienten Wartezeiten zwischen 2,7 und 20 Wochen auf einen freien Behandlungsplatz ermitteln (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer, 2018; Zok, 2014). Dem Evaluationsbericht 2021 der Terminservicestellen zur fristgerechten Vermittlung in ambulante Angebote ist eine ausreichende Quote zu entnehmen, so wurden Betroffene innerhalb von vier bzw. zwei Wochen in eine psychotherapeutische Sprechstunde bzw. zur psychotherapeutischen Akutbehandlung weitervermittelt (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2023). Dies ist auch der Novellierung der Psychotherapeutenrichtlinie 2017<sup>17</sup> zu verdanken, die zum Ziel hatte die bedarfsgerechte Nutzung psychotherapeutischer und psychiatrischer Angebote zu verbessern und den zügigen niedrigschwelligen Erstkontakt zur fachärztlichen Versorgung zu gewährleisten (vgl. Rommel et al., 2017). Diese vereinfachte:

*„mit Elementen wie der psychotherapeutischen Sprechstunde oder der Akutbehandlung im Krisenfall“ den frühen Zugang zu psychotherapeutischen Maßnahmen „im Sinne eines gestuften Vorgehens (stepped care)“. „Dadurch wird eine Anpassung der Maßnahmen an den individuellen Bedarf ermöglicht und lange Wartezeiten, die das Risiko einer Chronifizierung psychischer Störung erhöhen, können reduziert werden“ (Rommel et al., 2017, S. 19).*

Ferner nehmen pro Jahr ca. 2 Millionen Menschen das ambulante Angebot der etwa 500 Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in Anspruch (vgl. Koch-Stoecker et al., 2016), die oftmals den vollstationären und teilstationären psychiatrischen Kliniken angegliedert sind. Diese sind mit ihren in der Regel multidisziplinären Angeboten ein wichtiger Bestandteil in der ambulanten Versorgung der Personen mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen, besonders in Regionen bei denen eine Unterversorgung psychiatrischer oder neurologischer Praxen gegeben ist (vgl. Bramesfeld, 2023).

Dowrick et al. (2010) identifizieren in ihrer durchgeführten Review, Gruppen, für die der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung besonders problematisch ist. Demnach sind ethnische Minderheiten, Sinnes und körperlich-motorisch beeinträchtigte Personen und Angehörige niedriger sozialer Schichten von Zugangsschwierigkeiten betroffen. Weiterhin beschreiben sie einen

---

<sup>17</sup> Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017)

Zusammenhang zwischen der Nicht-Inanspruchnahme und demografischer Faktoren wie Alter und Geschlecht sowie dem Wohnort. Studien belegen, dass multidisziplinäre Angebote, d.h. auch Hilfen, welche über die einzelnen Behandlungssektoren und Leistungserbringer hinausgehen, zu einer zuverlässigeren Versorgung führen und stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken vermieden werden konnten (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019). Die im Jahr 2021 in Kraft getretene „Richtlinie über die koordinierte Versorgung für schwer psychisch Erkrankte“ (KSVPsych-RL)<sup>18</sup> orientiert sich an diesen Ergebnissen und hat zum Ziel, eine berufsgruppenübergreifende Koordination der ambulant gesteuerten Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen als Regelleistung nach SGB V zu implementieren (vgl. Bramesfeld, 2023). Akteure der Netzwerkverbunde kommen hierbei aus dem psychotherapeutischen Bereich, der Psychiatrie und Neurologie, der Sozio- und Ergotherapie, häuslichen psychiatrischen Krankenpflege sowie psychiatrischen Kliniken.

### *Änderungen innerhalb der Psychotherapieausbildung*

Zur Modernisierung der Psychotherapieausbildung wurde im November 2019 ein neues Psychotherapeutengesetz (PsychThg) erlassen, was mit der Approbationsordnung von 2020 konkretisiert wurde. Seit 2020 wird der Studiengang „Psychotherapie“ Bachelor und Master angeboten, bei welchem nach universitärem Abschluss eine Approbationsprüfung anschließt, um darauffolgend eine fünfjährige Weiterbildung im Richtlinienverfahren zu absolvieren (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer, 2021). Diese ermöglicht die Behandlung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen und die Qualifizierung zur Therapie im Bereich der Neuropsychologie (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022c). Die Ausbildung als Psychotherapeut in Weiterbildung (PIW) erfolgt mindestens über zwei Jahre in psychosomatischen oder psychiatrischen (Reha)Kliniken sowie im ambulanten Bereich, die ebenso mindestens zwei Jahre beansprucht. Im Rehabericht der DRV 2022 wird weiter erläutert, dass:

*„Nach Abschluss der Weiterbildung kann ein Eintrag in das Register der kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen und eine Zulassung für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beantragt werden. [...] Die juristischen Neuregelungen ziehen Veränderungen mit sich: Da mit dem Erhalt der Approbation die staatliche Zulassung zur Berufsausübung eines akademischen Heilberufes verbunden ist, analog zur ärztlichen Weiterbildung, wird die künftige Arbeit in tariflicher Höhe vergütet ähnlich wie bei Assistenzärztinnen und -ärzten“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022c, S. 20).*

---

<sup>18</sup> Siehe <https://www.g-ba.de/richtlinien/126/>

Begründet ist die Änderung des PsychThg in der notwendigen Angleichung der Qualifikation von Psychotherapeuten, die durch die Einführung des universitären Systems (Bachelor/Master) Unklarheiten aufwarf. Ferner wurden die ehemaligen Ausbildungsbedingungen vorgebracht, die dazu führten, dass angehende Psychotherapeuten für ihre praktische Tätigkeit zumeist nur eine sehr geringe Vergütung erhielten, welche eine Finanzierung der Lebenshaltungskosten stark erschwerten. Da es aktuell Ungewissheit zu den Zuständigkeiten der Ausbildungsfinanzierung gibt, und damit Verzögerung in den Weiterbildungsprozesses nach sich zieht, stellt sich die Frage, inwieweit dies Einfluss auf die zukünftige Versorgung der Menschen mit psychotherapeutischen Bedarfen haben wird und die teilweise bestehende Unterversorgung somit weiter verschärft. Dabei handelt es sich bei der Psychotherapie, wie sich in den Interviews mit Rehabilitanden/innen zeigte, um einen sehr wichtigen und hilfreichen Bestandteil im Gesamtkontext für Stabilisierung, Selbstklärung und Symptomreduktion.

### *Psychiatrische und psychosomatische Akut- und Tageskliniken*

Wenn die ambulante Versorgung der Menschen mit psychischen Störungen nicht mehr ausreicht bzw. eine schwere psychische Krise auftritt, bedarf es einer stationären, teilstationären, stationsäquivalenten<sup>19</sup>, psychiatrischen oder psychosomatischen Maßnahme. Im Jahr 2022 wurden ca. 811.000 Patienten vollstationär in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern behandelt, wovon fast 662.000 dem Bereich der Allgemeinpsychiatrie und etwa 75.000 Behandlungen der Psychosomatik zu zuordnen sind<sup>20</sup>. Knapp 18 % der Behandlungen umfassten affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen. Der geschlechterabhängige Anteil der Inanspruchnahme war fast gleich (51 % Männer vs. 49 % Frauen). Die Dauer der Behandlung belief sich im Durchschnitt auf 29 Tage. Bei ca. der Hälfte der Patienten geschah die Einweisung in die Klinik aufgrund eines psychiatrischen Notfalls, 42 % wurden von ihrem behandelnden Mediziner eingewiesen und 9 % der psychisch erkrankten Personen wurden aus einer anderen Klinik verlegt (vgl. Statista, 2023). Die vollstationäre Behandlung wurde von 70 % der Personen regelhaft abgeschlossen, 11 % der Patienten verließen das Krankenhaus gegen ärztlichen Rat (vgl. ebd.). In Deutschland existieren 402 Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie 260 Kliniken für psychotherapeutische

---

<sup>19</sup> Innerhalb der stationsäquivalenten Leistung (StäB) nach § 115d SGB V werden Menschen mit der Indikation einer vollstationären Versorgung von einem multidisziplinären Team der Klinik zu Hause aufgesucht und versorgt (vgl. Bramesfeld (2023)).

<sup>20</sup> „Die PEPP-Statistik wurde erstmals für das Jahr 2018 veröffentlicht. Nachgewiesen werden Behandlungen in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern nach § 17 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Einbezogen sind Fachkrankenhäuser und selbstständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, [...] sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ vgl. Statista (2023).

## Forschungsstand

Medizin/Psychosomatik (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2023).

Als ein wichtiges Bindeglied zwischen ambulanten Angeboten und der vollstationären Versorgung fungieren die Tageskliniken, deren Bedeutung, gerade auch für eine wohnortnahe Versorgung, wesentlich ist (vgl. Bramesfeld, 2023). Die Anzahl der Tagesklinikplätzen insgesamt in Deutschland nahm in Jahren von 2000 bis 2015 deutlich (70 %) zu und belief sich 2015 auf ca. 14.000 Plätze (vgl. ebd.); aktuell stehen etwa 16.700 tages- und nachtklinische Behandlungsplätze zur Verfügung. 2021 wurden ca. 135.000 Inanspruchnahme verzeichnet (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2023)

In einer von Alsdorf und Kollegen durchgeführten Längsschnittstudie zur Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, identifizierte das Forscherteam die zentral gewonnenen Botschaften, welche die Patienten während ihres stationären Aufenthaltes erarbeiten bzw. gewinnen konnten (vgl. BAuA, 2018). Die Mehrzahl der Patienten benannten hierzu einheitlich das Erkennen von Abgrenzungsproblematiken und das Erreichen einer richtungsweisen Krankheitseinsicht bzw. Selbstakzeptanz (vgl. Alsdorf et al., 2017). Zudem beobachteten sie:

*„Therapeuten in diesen psychosomatischen Akutkliniken stehen angesichts von denjenigen Patienten, die ihrer subjektiven Krankheitstheorie zu Folge in der Arbeit eine Ursache ihrer Krise sehen, vor einem Trilemma: Ihnen stehen kaum Diagnosen mit Arbeitsbezug jenseits der Zusatzdiagnosen zur Verfügung und es werden selten Ätiologien benannt, in denen Erwerbsarbeit als pathogener oder salutogener Ort Erwähnung findet“ (BAuA, 2018, S. 19).*

Demnach haben behandelnde Therapeuten kaum Einflussmöglichkeiten auf den arbeitsweltlichen Kontext der Patienten, was durchaus zu Problemen in der Zuweisungssteuerung und damit auch innerhalb der Zuständigkeiten der verschiedenen Kostenträger führen kann.

Das vermeintlich idealtypische Modell einer Leistungs- bzw. Behandlungskette in der Somatik, sieht nach initialem Krankenhausaufenthalt eine Anschlussheilbehandlung (AHB), also eine medizinische Rehabilitation, vor. In der Psychosomatik trifft dies teilweise nicht zu (vgl. Maylath, 2011). So kommt es nicht selten vor, dass Patienten erst ihren Weg in die psychosomatische Reha finden, obwohl eine akute psychische Krise besteht, die von den Akteuren der Rehaklinik nicht vollständig aufgefangen werden kann. Dies hat zur Folge, dass die betroffenen Personen nach ihrer Rehabilitation im Falle andauernder Beschwerden zur Zweitbehandlung in die Klinik kommen. Scheidt et al. (2015) merken zu dieser Zuweisungsproblematik an:

*„Kriterien der Zuweisung zur Krankenhausbehandlung oder zur Rehabilitation, sei es aufgrund von Diagnosen und Schweregraden, sei es wegen der unterschiedlichen Behandlungsangebote oder der*

*Behandlungsdichte, sind kaum konsentiert und vor allem für die in der klinischen Praxis relevanten Zuweiser, zumeist Ärzte in der Primärmedizin, nicht transparent. Es ist deswegen auch nicht überraschend, dass die Zuweisungsprozesse an der Schnittstelle zwischen diesen beiden großen Versorgungsbereichen der psychosomatischen Medizin weitgehend ein Forschungsdesiderat darstellen“ (S. 75).*

Auch in unserer qualitativen Studie begegnete uns dieses Phänomen (siehe Kapitel 7.5.3 „Reha vor Klinik“). Personen dieser Quergruppe zeigten gehäuft eine geringe Selbstwirksamkeit und waren starken psychischen Belastungen ausgesetzt.

### ***Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation***

Im Jahr 2021 wurden 1.367.400 Anträge auf eine medizinische Reha gestellt, von denen 971.861 bewilligt wurden und 891.176 als abgeschlossene Leistungen registriert wurden (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022c). In der ambulanten und stationären psychosomatischen Rehabilitation befanden sich im selben Jahr insgesamt 158.781 Personen, davon 97.253 Frauen und 61.528 Männer mit psychischen Störungen ohne Sucht (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022b). Die meisten medizinischen Rehabilitationen werden derzeit aufgrund orthopädischer Erkrankungen absolviert. Ihr Anteil liegt für Frauen und Männer etwa gleich bei 37 %. Den Leistungen für orthopädische Erkrankungen folgen Maßnahmen zur Behandlung psychischer Störungen mit ca. 22 % bei Frauen und knapp 14 % für Männer (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022c). Bei der stationären medizinischen Rehabilitation ist der Anteil der Frauen in der psychosomatischen Indikation (25 %) deutlich höher als bei Männern (15 %) (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022b). 2021 nahmen 9 % der Frauen und 15 % der Männer eine ambulante psychosomatische/psychotherapeutischen Rehabilitation in Anspruch. Die durchschnittliche Behandlungsdauer im Bereich der Psychosomatik/Psychotherapie bei Betrachtung beider Geschlechter liegt bei 37 Tagen (stationär) und 38 Tagen (ambulant) (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022c).

Damit der gesetzliche Anspruch auf Behandlung und Rehabilitation ausgelöst und wirksam werden kann, muss – bei Rehabilitationsleistungen auf Antrag – *administrativ* die Zuerkennung einer krankheitswertigen Störung auf der Basis der Internationalen Klassifikation von Krankheiten ICD-10 durch ein sozialmedizinisches Gutachten gegeben sein. In einer älteren Studie von Härter et al. (2007) konnte festgestellt werden, dass insgesamt jeder fünfte Rehabilitand in der somatischen Rehabilitation die Kriterien einer aktuellen psychischen Störung erfüllt. Bei 7,6% der Rehabilitanden in somatischer Reha lag mehr als eine psychische Störung vor (vgl. Köllner, 2016). Die Rehabilitation dient den

erkrankten Menschen, die die psychische Krise als orientierungslose und hoch emotionale Phase wahrnehmen, als Hilfestellung, um Probleme ihrer Lebensführung und ihrer Lebenskonstellationen aus einer distanzierten Perspektive heraus zu betrachten und damit neu ordnen zu können. Erfahrene Kliniker und Akteure in den rehabilitativen Einrichtungen können dabei hilfreich sein, Lebensprobleme und chronifizierte Symptomatiken (z.B. Gedankenflucht, Vertrauensverlust in die eigenen Fähigkeiten, Angst vor der Angst, usw.) voneinander zu trennen und Bewältigungsstrategien gemeinsam mit den Rehabilitanden zu erarbeiten und zu etablieren. Hierzu trägt auch die Nutzung von Z-Diagnosen bei<sup>21</sup>, die es ermöglicht, innerhalb des Raums zwischen „Krankheit“ und „gesunden Leidenszuständen“, eine für Patienten bedeutsame klinische Situation zu beschreiben, ohne gleich eine medizinische „Überversorgung“ zu induzieren und die Betroffenen durch eine Pathologisierung zu schädigen. Im klinischen und medizinischen Alltag spielen diese Diagnosen nur eine eher untergeordnete Rolle; so plädieren Gensichen und Linden (2013) für eine verstärkte Aufmerksamkeit für derartige Situationen, bei denen Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung im Mittelpunkt stehen, wie dies bei sehr vielen unserer Interviews der Fall war.

Wirksamkeitsstudien und Statistiken zum Return to Work der DRV belegen die Effektivität und Nachhaltigkeit der stationären psychosomatischen Rehabilitation (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022c). So zeigen Auswertungen des Sozialmedizinischen Zwei-Jahres-Verlaufs nach medizinischer Rehabilitation in 2018 für psychosomatische Indikation, dass 69 % der ehemaligen Rehabilitanden in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung sind, von denen allerdings nur 33 % durchgängig beschäftigt waren. 13 % befanden sich in der Erwerbsminderungsrente<sup>22</sup>.

Untersuchungen bezüglich der Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Depressive Störungen“ bei Rehabilitationen der DRV im Jahr 2020<sup>23</sup> zeigten,

*„die in den evidenzbasierten Therapiemodulen der Reha- Therapiestandards „Depressive Störungen“ festgelegten Mindestanforderungen wurden für fast alle Therapiebereiche erfüllt. In den Therapiemodulen „Gruppenpsychotherapie“ (ETM 02), „Bewegungstherapie“ (ETM 05) und „Gesundheitsbildung und Psychoedukation“ (ETM 06) wurden die Mindestanforderungen laut Reha-Therapiestandards nicht erreicht“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022c, S. 58).*

---

<sup>21</sup> Zum Beispiel Z-73 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“

<sup>22</sup> Seit Jahren werden stark ansteigende EM-Berentungsraten aufgrund psychischer Störungen beobachtet. Mit 43 % aller neu bewilligten Erwerbsminderungsrenten machen sie den größten Anteil aus (vgl. Hesse et al. (2019)). Siehe auch unsere Studie „Wege psychischer Kranker in die EM-Rente und Rückkehrperspektiven aus der EM-Rente in Arbeit“ (WEMRE) <https://bws-institut.de/referenzen/wege-psychisch-krank-in-die-em-rente-und-rueckkehrperspektiven/>

<sup>23</sup> „Insgesamt wurden 63.286 Rehabilitationen aus 195 Fachabteilungen ausgewertet, die im Jahr 2020 eine Rehabilitation mit einer entsprechenden Diagnose beendet haben und deren Behandlungsdauer zwischen 21 und 63 Tagen lag.“ (Deutsche Rentenversicherung Bund (2022c, S. 58))

## Forschungsstand

Risikofaktoren für ausbleibenden Behandlungserfolg und einen erfolgreichen RTW werden teilweise in Motivationsdefiziten und negativen Erwartungen seitens der Rehabilitanden sowie sozialmedizinischen Problemlagen verortet (vgl. Bülau et al., 2016; Henn et al., 2021).

Die durch Rehabilitation oder andere Therapie, bspw. ambulante Psychotherapie erreichte Symptommfreiheit ist allein kein Garant für einen erfolgreichen RTW. Hier zeigen sich Faktoren wie die Dauer der vorausgegangenen Erwerbslosigkeit, positive Rehabilitationserwartung, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, aber auch die individuelle Lebenssituation als wichtige Kriterien. Probleme diesbezüglich können in der Rehabilitation selbst eruiert werden, einer Lösung bedarf es aber weitestgehend in der Lebenswelt des Rehabilitanden. Vielen Rehabilitanden gelingt es die aufgegriffenen Themen oder das Erlernte bei der Rückkehr in Arbeit, ob bei dem alten Arbeitgeber oder innerhalb eines neuen Beschäftigungsverhältnisses anzusprechen bzw. umzusetzen (z.B. stärkere Achtsamkeit und Stressmanagement, aber Reduzierung der Arbeitszeiten reduzierter Arbeitszeiten. Eine wichtige Hilfestellung leisten hierbei die Sozialdienste der Rehabilitationskliniken. In den Experteninterviews der vorliegenden Studie, wurden zahlreiche Unterstützungsangebote und -maßnahmen von den Sozialarbeitern geschildert, dazu zählen Hilfe bei der Formulierung von Kündigungsschreiben, Kontaktaufnahme und Aushandlungen zu/mit Arbeitgebern, Ermittlung und Beantragung von LTA-Leistungen usw.

### *Nachsorge*

Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung nach § 17 Sozialgesetzbuch SGB VI gelten als effizientes Instrument der gelungenen beruflichen Wiedereingliederung. Im Jahr 2021 führte die DRV fast 188.400 dieser Maßnahmen durch (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022b). Studien belegen eine positive Wirksamkeit von Nachsorgeleistungen in Form von Gesprächsgruppen. In einer von Kubiak und Kollegen durchgeführten Untersuchung, welche den Einfluss von wahlweise persönlichen oder telefonischen Nachsorgegesprächen auf die sozialmedizinische Entwicklung bei Rehabilitanden der Psychosomatik beobachteten, zeigten Teilnehmende der Nachsorgegruppe 3 bis 9 Monate nach Reha-Ende eine günstigere sozialmedizinische Entwicklung als Personen aus der Kontrollgruppe (vgl. Kubiak et al., 2015).

Gerade für die äußerst vulnerable Gruppe der Personen mit CMD wird die Notwendigkeit einer adäquaten Nachsorgeversorgung und eines differenzierten Übergangsmangement anhand der Zahlen von Koopmans et al. (2011) ersichtlich. So erleben 20 bis 30% der Beschäftigten mit rezidivierendem Verlauf, erneute Arbeitsunfähigkeit aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigungen. Eine aktive Unterstützung durch einen Disability Manager gilt als fördernder RTW-Indikator (vgl. Anema et al., 2006). Damit dies nicht eine isolierte Hilfestellung bleibt, plädieren Vogel und Kollegen für die Entwicklung von übergreifenden Koordinierungsformen, um den RTW nach der Rückkehr aus



langen AU-Zeiten, aus Behandlung, Rehabilitation oder Qualifizierung systematisch zu unterstützen (vgl. Vogel et al., 2017). Das kann bei besonders schwer betroffenen Menschen auch im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung geschehen (vgl. Gühne & Riedel-Heller, 2015), für Personen mit CMDs geht es der oben beschriebenen Rückkehrquoten von 70- 80 % in der Regel eher um abgestufte Hilfestellungen für spezielle in der Maßnahme identifizierte Teilnehmer beim Übergang und der Stabilisierung durch Disability Manager, Reha-Berater von Integrationsfachdiensten oder anderen Anbietern.

### *Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben*

2021 gingen bei der Deutschen Rentenversicherung rund 366.000 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ein, wovon etwa 252.000 Leistungen bewilligt<sup>24</sup> und fast 127.000 Leistungen abgeschlossen wurden (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022c). Männer nahmen dabei in einem deutlich größeren Umfang LTA in Anspruch, d.h. in 2021 waren nur etwa ein Drittel in LTA-Maßnahmen Frauen. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation sind die Personen Frauen und Männer jünger als im Bereich der medizinischen Rehabilitation (med. 52,4 vs. LTA 48,7 Jahre). Der Altersdurchschnitt war bei beiden Geschlechtern etwa gleich, wobei Frauen durchschnittlich ein Jahr jünger als die männlichen Inanspruchnehmer waren (48,2 vs. 49,3 Jahre) (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022b). Ca. 20 % der abgeschlossenen Leistungen, waren berufliche Bildungsleistungen (Qualifizierungen, Aus- und Weiterbildungen oder Integrationsmaßnahmen) (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022c). Wie auch im Bereich der medizinischen Rehabilitationsleistungen ist die Nutzung einer bestimmten Form der LTA vom Alter der inanspruchnehmenden Personen abhängig. So sind zum Beispiel die Teilnehmenden der vorangehend genannten Bildungsleistungen, nach § 49 Abs. 3 Nr. 4 und 5 SGB IX, im Durchschnitt jünger als LTA-Rehabilitanden insgesamt. Die Nutzung einer bestimmten LTA-Form durch die jeweiligen Versicherten hängt, wie die Nutzung medizinischer Reha-Leistungen, mit dem Alter zusammen. Beispielsweise sind Frauen und Männer, die berufliche Bildungsleistungen in Anspruch nehmen, im Schnitt etwas jünger als LTA Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden insgesamt. In den Altersgruppen ab 50 Jahren überwiegen die Leistungen zum Erhalt oder Erwerb eines Arbeitsplatzes<sup>25</sup>, die mit großem Abstand am häufigsten gewährten Leistungen höheren Altersgruppen sind vor allem Leistungen zum Erhalt oder Erwerb eines Arbeitsplatzes (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022b) .

Allgemein zielt berufliche Rehabilitation auf Förderung der Chancen behinderter und gesundheitlich beeinträchtigter Personen zur Eingliederung auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt (vgl. Kardorff et al.,

---

<sup>24</sup> Die Bundesagentur für Arbeit bewilligte im Jahr 2020 ca. 100.000 Leistungen (Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2021)

<sup>25</sup> Wird neben SGB IX auch über das Sozialgesetzbuch III geregelt.

2013). Darüber hinaus zum Erhalt des durch Krankheit oder Behinderung bedrohten Arbeitsplatzes und zum Wiedereinstieg in eine Beschäftigung nach krankheits- oder unfallbedingten Phasen der Erwerbslosigkeit sowie der (Sekundär-)Prävention von arbeitsbedingten Unfällen, Berufskrankheiten und beruflich bedingten Erkrankungen. Berufliche Rehabilitation soll einen Beitrag zur Befähigung und Empowerment beeinträchtigter Personen unter Wahrung ihrer Wunsch- und Wahlrechte (Selbstbestimmung) leisten, damit sie ihren Lebensunterhalt möglichst weitgehend selbständig durch eigene Erwerbsarbeit, möglichst ohne Inanspruchnahme von staatlichen oder parastaatlichen Transferleistungen sichern, sich beruflich weiterentwickeln und den veränderten Bedingungen des Arbeitsmarkts gerecht werden können (vgl. Kardorff et al., 2013). Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen ein breites Spektrum von Einzelleistungen und reichen von qualifizierenden Leistungen bis zu Sachleistungen<sup>26</sup>. Neben den bereits erwähnten, bietet die folgende Aufzählung einen groben Überblick über weitere LTA-Leistungen (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018):

- Berufsvorbereitung, diese werden einer beruflicher Bildungsleistungen vorgeschaltet, um vorhandene Wissenslücken und/oder Defizite in Vorkenntnissen oder im Lern- oder Sozialverhalten zu beheben und die Chancen einer erfolgreich durchgeführten Bildungsleistung zu erhöhen.
- Leistungen zur Anpassung bzw. Integration
- Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) nach § 39 ff. SGB IX.
- Gründungszuschuss bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (§ 93 SGB III oder § 49 SGB IX)
- Eingliederungszuschüsse<sup>27</sup> an Arbeitgeber
- Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen eines persönlichen Budgets
- Ergänzende Leistungen wie das Übergangsgeld nach § 64 SGB IX

Die idealtypischen Zugangswege verlaufen entweder über die örtlichen Arbeitsagenturen bzw. Job-Center oder die Reha-Teams bei der Arbeitsagentur für arbeitssuchende Rehabilitanden, über die Reha-Fachberatung der DRV-Träger für anspruchsberechtigte Arbeitnehmer etwa nach einer Anschlussheilbehandlung oder für anerkannte Schwerbehinderte über die jeweiligen

---

<sup>26</sup> Aufgeführt in §§ 49 ff SGB IX

<sup>27</sup> Rechtliche Grundlage für den Eingliederungszuschuss ist § 16 Absatz 2, SGB II beziehungsweise §§ 88 bis 92 SGB III oder auch § 34 SGB IX

Integrationsfachdienste oder das Integrationsamt. Neben der Überprüfung der jeweiligen Anspruchsberechtigung wird vor Ort im persönlichen Beratungsgespräch mit den Teilnehmern nach einer geeigneten Integrations- oder Bildungsmaßnahme gesucht, die den Wünschen, der mitgebrachten Qualifikation, der Leistungsbeeinträchtigung, den vorhandenen Angeboten und der Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt möglichst weitgehend entspricht (vgl. Kardorff et al., 2013).

Zur Arbeit der Reha-Fachberater kommen Mohnberg et al. (2014) zu folgenden Ergebnissen:

*„Entscheidungen von Reha-Fachberatern können in einem Spannungsfeld stehen. Dabei geht es darum, die individuelle Lebenssituation des Versicherten, ihre gesundheitliche Situation, ihre Vorstellungen und Neigungen, die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit im Hinblick auf die Bewältigung der LTA, wie auch die Aussicht auf langfristige Integrationschancen durch eine Leistung sowie deren faktische Realisierbarkeit auszutarieren. Reha-Assessments, Arbeitserprobungen und Berufsfindungen, aber auch ausreichend Zeit für Information und Entscheidungsfindung werden als wichtige Elemente für die gemeinsame Erarbeitung von Alternativen bei divergierenden Einschätzungen angesehen“ (S. 91).*

Die Aufgaben der Reha-Fachberater innerhalb der medizinischen Reha, fallen mittlerweile in das Aufgabengebiet der Sozialarbeiter. Diese sorgen für die Zuweisung in die bedarfsgerechten LTA-Maßnahmen und kontaktieren Anbieter der beruflichen Teilhabeleistungen (vgl. Kapitel 7.8).

Aktuell werden die Effekte von medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (MBOR) bei psychischen Erkrankungen untersucht (Markus et al., 2021). Hierbei wird das für Menschen mit einem hohen Risiko für eine misslingende Rückkehr ins Arbeitsleben, auf seine Wirksamkeit hin überprüft. Die Effizienz dieser Programme wurde nur in wenigen Studien mit sehr spezifischen Interventionsansätzen geprüft, d.h. es gibt keine eindeutigen Belege für den positiven Effekt von arbeitsbezogener medizinischer Rehabilitation in der Versorgungspraxis auf den RTW (vgl. ebd.). Die Auswertung der Studie liegt im Augenblick noch nicht vor, jedoch können wir aus unseren Experteninterviews entnehmen, dass ein Fokus im Sinne des MBOR, nicht unbedingt durch MBOR-Gruppen, in der psychosomatischen Rehabilitation durchaus sinnvoll ist (vgl. auch Kapitel 7.8 ).

### *Personenbezogene subjektive Zugangsbarrieren für psychisch Erkrankte*

Es zeigen sich eine Reihe von personenbezogenen Barrieren bezüglich des Zugangs zur psychotherapeutischen und rehabilitativen Versorgung. Hierzu gehören bspw. neben Stigmatisierungsängsten, Desinformationen, auch eigene kulturelle sowie gesellschaftliche Überzeugungen über das Wesen psychischer Störungen. Als häufigste Gründe für das Zögern, sich an den niedergelassenen Hausarzt zu wenden, werden Scham, Hilflosigkeit, der Glaube, dass die psychischen Probleme „sich von selbst auflösen“, Angst vor eventuellen beruflichen und privaten

Folgen sowie die Einstellung, dass man „damit selbst fertig werden muss“ (vgl. Meltzer et al., 2000). Selbst wenn Menschen mit Angststörungen und Depressionen ihren Hausarzt aufsuchen, bleibt ihre Erkrankung oftmals unerkannt, was zum Teil auch daran liegt, dass viele ihre psychischen Probleme nicht öffentlich machen und die Symptome verstecken. (vgl. Hartmann et al. 2019). Das gilt obwohl insgesamt von einer größeren Veröffentlichungsbereitschaft von psychischen Krankheiten, einer größeren Akzeptanz psychischer Störungen, etwa von Depressionen, nicht aber von Schizophrenien) und geringeren Vorbehalten etwa gegenüber psychotherapeutischer Behandlung ausgegangen werden kann (vgl. Schomerus et al., 2023).

### *Der Entlassungsberichte als (ambivalentes) Steuerungselement in der Inanspruchnahmekette*

Der sozialmedizinische Entlassungsbericht aus der medizinischen Rehabilitation hat mit der Weitergabe von Informationen, der Feststellung von Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit und ihren unmittelbaren Konsequenzen auf Alltag und Beruf sowie deren Bewertung, eine zentrale Funktion in der Zuweisungssteuerung in und Vernetzung mit anderen medizinischen und/oder rehabilitativen Maßnahmen. Er erhält damit die Funktion eines sozialmedizinischen Gutachtens (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022a; Worringen et al., 2016). Anhand einer Analyse von 42 zufällig ausgewählten Entlassungsberichten aus 10 (somatischen) Rehabilitationskliniken kommen Hütte und Muschalla (2019, S. 95) zu folgender Einschätzung: *„In Bezug auf die sozialmedizinische Nutzbarkeit erscheint vor allem eine weitere Optimierung nachvollziehbarer Verbindungen zwischen psychischem Befund, Fähigkeitsbeeinträchtigungen und beruflichen Anforderungen von Bedeutung“*.

Auch wenn diese Studie nur an somatischen Reha-Kliniken durchgeführt wurde, dürfte das Plädoyer der Studie auch auf psychosomatische Kliniken übertragbar sein, zumal eine konsequente Anwendung von ICF basierten und arbeitsplatzbezogenen Formen der Fähigkeiten und der Fähigkeitseinschränkungen ein erklärtes Ziel ist. Wie auch in anderen unserer Studien stellten wir auch hier fest, dass Rehabilitanden häufig die Einstufung als „arbeitsfähig“ schwer nachvollziehen können, teilweise komplett konträre Meinungen zur Einschätzung der Rehakliniken haben, sich als weiterhin stark belastet sehen und die Arbeitsfähigkeit bezweifeln. Auch hier war der gegenseitige Fall zu beobachten, d.h. Rehabilitanden, die entgegen ihrer eigenen Einschätzung als arbeitsunfähig beurteilt wurden und dies aus dem Bericht für sie nicht verständlich bzw. aus ihrer Klinikerfahrung heraus nicht als schlüssig empfunden wurde, was zum Teil einen Aushandlungsprozess mit den Ärzten zufolge hatte (vgl. Kapitel 5). Vorwegnehmend lässt sich zumindest auf Basis der Interviews zeigen, dass Entlassungsberichte für die Rehabilitanden eine große soziale Bedeutung für die zukünftige Arbeitsteilhabe besitzen, zugleich aber oft schon im Vorfeld mit dem behandelnden Arzt auch ausgehandelt werden.

In der primärärztlichen Versorgung bemängeln die Hausärzte, die oft sehr ausführlichen Entlassungsberichte. Pohontsch und Deck (2010) stellten fest, dass nur ein kleiner Teil der Hausärzte die Berichte vollumfänglich gelesen haben und somit das Risiko bestand, dass wertvolle Informationen (z. B. Gründe von Therapieumstellungen) verloren gingen.

### 3.3. Inanspruchnahmeketten und Erwartungen

Insgesamt scheint der Reha-Erfolg bei psychischen Erkrankungen geringer als bei somatischen Erkrankungen zu sein. Dies mag einerseits in der Krankheitsdiagnose und ihrer Spezifik begründet sein, andererseits sind im Versorgungssystem Präventions- und Rehabilitationspotenziale vorhanden, die möglicherweise nicht ausreichend genutzt oder nicht mit arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen kombiniert werden. Bezogen auf das Versorgungssystem ist ein Mangel an sektorenübergreifenden Kooperationen festzustellen, was mit Zeitverlusten, Umwegen und belastenden Antragsverfahren einhergeht. In der Empirie werden überwiegend isolierte Leistungen untersucht, vorangehende Leistungen werden entweder gar nicht oder nur sehr grob berücksichtigt. Eigene quantitative (vgl. Hetzel & Streibelt, 2016) und qualitative (vgl. Klaus et al., 2017; Klaus et al., 2018) Analysen zum Erfolg von Bildungsleistungen deuten auf die Notwendigkeit hin, vorangehende Leistungen in den Analysen zu berücksichtigen. Vor allem die von uns angestrebte Zusammenführung von statistisch gewonnenen typischen Leistungsketten, RSD Daten mit rentenrelevanten Informationen, Fragebogendaten zur Verfeinerung und Lückenschließung des RSD-Files (anhand von Leistungen der Krankenkassen und eigens organisierte Inanspruchnahmen der Teilnehmenden, z.B. Selbsthilfegruppen von kirchlichen Trägern, selbstbezahlte Programme zur Stressbewältigung) und die qualitativ-inhaltliche Deskription und Interpretation der Verläufe aus Sicht der Rehabilitanden sollten Hinweise für eine gezieltere, nachhaltigere und prozessorientierte Leistungssteuerung für psychisch Beeinträchtigte erbringen.

Laut Definition ist eine Leistungskette die mehrfache, aufeinander folgende Inanspruchnahme von Leistungen durch eine Person (vgl. Radoschewski et al., 2014b). In der RSD sind die Leistungen in Trägerschaft der DRV differenziert dokumentiert, alle anderen Leistungen und Interventionen sind aus Sicht der RSD unbeobachtete Heterogenität. Auf Basis einer Stichprobe der RSD wurden hierbei Leistungsketten von Rehabilitationsmaßnahmen in Trägerschaft der DRV systematisch beschrieben<sup>28</sup> (vgl. ebd.). Folgende Untergruppen konnten dabei gebildet werden:

---

<sup>28</sup> Zielsetzung der qualitativen Untersuchungsphase des Projektes "Leistungsketten und Leistungsallokation in der Rehabilitation der Rentenversicherung" (LEIKA) war es, „über unterschiedliche Datenquellen systematisch weitere Informationen über die Entstehung und Steuerung von Leistungsabfolgen in der Rehabilitation zu gewinnen“. Eine zentrale Fragestellung war, welche Aspekte und Prozesse für die Entscheidungsfindung und Inanspruchnahmesteuerung eine essenzielle Rolle spielen. Neben formalen

## Forschungsstand

- Personen mit ausschließlich abgeschlossenen medizinischen Rehabilitationsleistungen
- Personen mit Datenblöcken zu LTA aber ausschließlich abgeschlossenen medizinischen Rehabilitationsleistungen in den Datensätzen
- Personen mit ausschließlich abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Personen mit abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und medizinischen Rehabilitationsleistungen

Anschließend wurden für diese Untergruppen weitere Inanspruchnahmeketten artikuliert. Empirische Methoden zur Typisierung wurden nicht eingesetzt. Zudem wurden aus der inhaltlichen Aktenanalyse drei charakteristische Schwerpunkte der Inanspruchnahmen extrahiert:

1. Leistungsketten mit Schwerpunkt Stabilisierung und Training,
2. Leistungsketten mit Schwerpunkt berufliche Orientierung, Erprobung und Qualifizierung,
3. Leistungsketten mit Schwerpunkt berufliche Integration.

Daneben wurden Leistungsketten mit einem diskontinuierlichen Verlauf herausgearbeitet. Diese gründen z. B. in unvorhergesehene Ereignisse (wie etwa Manifestierung akuter Krisen, familiäre und partnerschaftliche Problematiken, Unvereinbarkeit mit der Lebenssituation der Personen, negative Motivationslagen), die zu Abbrüchen und/oder einer Neuausrichtung der Leistungen führen. Die Autoren sehen Leistungsketten in der Rehabilitation als versorgungsseitige Antwort auf Verläufe chronischer Erkrankung und damit einhergehende Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. Radoschewski et al., 2014b). Es spiegeln sich die komplexen Interaktionen zwischen Gesundheitsproblem sowie personalen Faktoren und Faktoren der Umwelt im zeitlichen Verlauf wider.

Es gibt verschiedene Modelle zu Folgen von psychischen Erkrankungen und Interaktionen mit Lebensbereichen. Exemplarisch sei nachfolgend ein Modell aufgeführt, das explizit den Bezug zur Arbeit herstellt (vgl. Follmer & Jones, 2018). Denn in der RSD ist nur ein Bruchteil dieses Wirkungsmodells abgebildet. Dies führt dazu, dass Erfolgsanalysen allein auf Basis der RSD angesichts des komplexen Wirkungsgefüges zwangsläufig beschränkt bleiben müssen.

---

Dokumentenanalysen und inhaltlichen Aktenanalysen wurden leitfadengestützte Experteninterviews mit Reha-Fachberatern bei drei DRV-Trägern durchgeführt (vgl. Mohnberg et al. (2014)).

## Model of Mental Illness and Work-Related Experiences

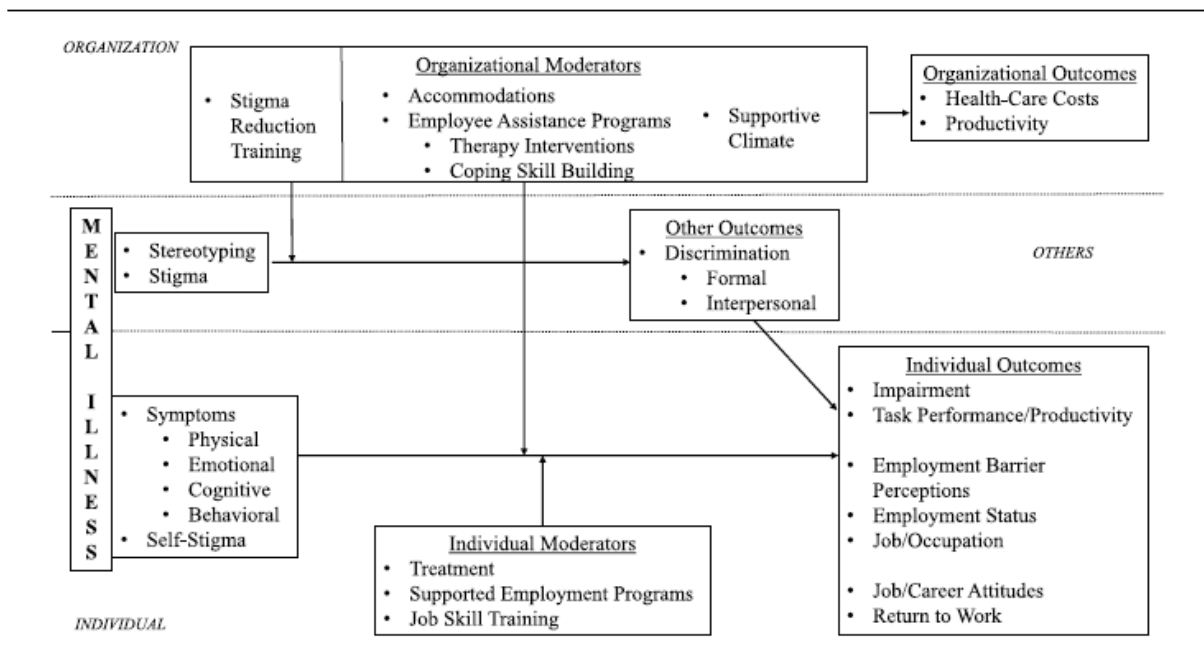


Abbildung 3 Arbeitsbezogenes Wirkungsmodell psychischer Erkrankungen (Quelle: Follmer & Jones, 2018).

Eine Übersicht über die aktuellen empirischen Datenlage zur Thematik der trägerübergreifenden bzw. versorgungsübergreifenden Inanspruchnahmeketten zeigt ein überschaubares Bild. Der Forschungsschwerpunkt liegt vornehmlich im Bereich der rehabilitativen Maßnahmen und konzentriert sich dabei, wie bereits beschrieben, eher auf Einzelmaßnahmen und bezieht vor- bzw. nachgeschaltete (Reha)-Leistungen nur im geringen Maße mit ein. Laut Analysen des Längsschnittdatensatzes "SUF Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf zwischen 2002 bis 2009" des Forschungsdatenzentrums der DRV, erhielten ca. 40 % der Rehabilitanden mehr als eine LTA-Maßnahme (vgl. Mohnberg et al., 2014; Radoschewski et al., 2013). Mohnberg et al. befürworten daher eine Abkehr des Fokus auf einzeln erbrachte Leistungen, hin zur Untersuchung (komplexer) Versorgungsprozesse, „den zu Grunde liegenden Bedarfslagen und Fragen der bedarfsgerechten Steuerung der Leistungen im Verlaufe individueller Reha-Prozesse“ (Mohnberg et al., 2014, S. 90).

Eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme für psychisch erkrankte Menschen und damit eine positive Wirkung der Versorgungsleistungen kann nur dann gewährleistet werden, wenn eine Fehlversorgung sowie die Unter- und Überversorgung gezielt verhindert werden. Dazu ist eine breite Informationsvermittlung über präventive, intervenierende und (medizinisch und beruflich) rehabilitative Angebote bedeutsam, um mögliche Vorurteile der Betroffenen abzubauen, aber auch, um den Personen Werkzeuge bzw. Wissen zur, für sie, optimalen Nutzung anzureichen. Mit Berücksichtigung dieses Aspektes und in Zusammenhang mit reibungslosen Inanspruchnahmen,

müssen auch die subjektiven Erwartungen der Menschen mit psychischen Erkrankungen, aber auch die Erwartungen der Kostenträger und Behandler, einbezogen werden.

### *Übereinstimmungen und Diskrepanzen in den Erwartungen der Rehabilitanden und Experten innerhalb des Reha-Geschehens*

Die herausstechende Bedeutung von Behandlungsmotivation und Rehabilitationserwartung für den Erfolg der Rehabilitation und die Rückkehr in Arbeit ist vielfach dokumentiert (vgl. Nübling et al., 2006). Dass Kostenträger, Behandler und Rehabilitanden in ihren Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme nicht deckungsgleich sind überrascht dabei nicht. Überraschend sind da-für die Ergebnisse etwa von Deck (2011), die – indikationsübergreifend (Psychosomatik, Onkologie, Orthopädie, Pneumologie) kaum Differenzen in den Erwartungen zu Beginn der Reha festgestellt hat: bei den psychosomatischen Rehabilitanden stehen „erholen“ und „Leistungsfähigkeit erhöhen“ mit fast 90 % Zustimmung, gefolgt von „gesünder leben“ ca. 78 % und „Stress abbauen“ und „Freizeit nehmen“ mit jeweils fast 72% ganz vorne, „EM-Rentenantrag“ mit ca. 10% an letzten Stelle. Der letztgenannte Anteil konnte in unseren Experteninterviews mit Akteuren der Rehakliniken so nicht bestätigt werden; es wurde von einem häufigen direkten „Rentenbegehren“ gesprochen (vgl. Kapitel 7.8.2). Zudem ging aus Fokusgruppen einer anderen Studie mit Experten aus dem „Reha-Prozess“ einer anderen Studie hervor, dass Rehabilitanden zum Teil ihren Rentenwunsch nicht offen kommunizieren und dass das wiederum einen negativen Einfluss auf mögliche Veränderungsprozesse mit sich bringt (vgl. Schury et al., 2019), was wiederum Auswirkungen auf Folgeleistungen haben kann.

Schury et al. (2019) kommen zu dem Schluss, dass aktive Mitarbeit oftmals auf unzureichende Informationen und Vorbereitung, Vorbehalte gegenüber der Zuweisung in die psychosomatische Rehabilitation oder passive Kur- und Erholungserwartungen zurückzuführen ist. Nach den Ergebnisse von Deck (2011) beantworten nur ca. 30 % der psychosomatischen Rehabilitanden die Frage nach einer adäquaten Informationsvermittlung, über konkrete Behandlungsmaßnahmen einer Reha positiv. Dies verweist auf ein Vorbereitungs- und Kommunikationsdefizit (vgl. Köllner, 2016).

Mit Blick auf die Zeit nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation verweist Köllner darauf dass „[...] es häufig sinnvoll [ist], die Ziele mit den nachbehandelnden Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten abzustimmen, um die Rehabilitation in einen sinnvollen Gesamtbehandlungsplan einzubetten“ (Köllner, 2016, S. 402). Dazu wäre die Implementierung eines Übergangsmangement als durchaus sinnvoll zu erachten.

Zwerenz et al. sprechen sich für die niedrigschwellige Nutzung multimodaler internetbasierter Technologien aus, die Personen in ihrer Vorbereitung zur stationären psychosomatischen Rehabilitation unterstützen können und erwarten durch den Einsatz von audiovisuellen Medien, eine



gesteigerte Motivation und die Initiierung von Lernprozessen und zudem ein erhöhtes Interesse seitens der zukünftigen Rehabilitanden. Auch Schury et al. (2019) konnten positive Effekte auf den Rehabilitationsverlauf mit vorher initiierten internetbasierten Vorbereitungsmaßnahmen nachweisen. Ferner zeigten die befragten Rehabilitanden besonderes Interesse an der Informationsvermittlung berufsbezogener Angebote und Maßnahmen zur Selbsthilfe (vgl. ebd.)

### *Erwartungshaltungen im Klinikgeschehen*

Alsdorf und Kollegen identifizierten in ihrem Forschungsprojekt „Erwerbsarbeit und psychische Erkrankung. Therapeutische und betriebliche Bewältigung“ vier unterschiedliche Erwartungshaltungstypen und Nutzungstypen bei Menschen mit psychischen Störungen, die eine vollstationäre Klinik zur Behandlung aufsuchten (vgl. BAuA, 2018). Hierbei handelte es sich um „Erholung“, „Reparatur“, „Selbstfindung“ und „Krankheitseinsicht“. Mit unterschiedlichen Rollenerwartungen traten diese an ihre Therapeuten heran:

*„der Erholungstyp« die eines »Refreshers«, der Typ »Reparatur« folgte einer instrumentellen Logik mit entsprechender Rollenerwartung eines »Tuners«, die Typen »Selbstfindung« und »Krankheitseinsicht« folgten einem reflexiven Fokus, Rollenerwartungen an den Therapeuten waren »Adviser« oder »Explorer«“ (BAuA, 2018, S. 19).*

In den Ergebnissen des qualitativen Untersuchungsteils wird in diesem Kontext insbesondere auf die Gruppe der „Wiederholter“ eingegangen werden, also auch Rehabilitanden, die in ihrem dokumentierten Versicherungsverlauf mehrfach eine Rehabilitation in Anspruch genommen haben und bei denen weniger eine Reparaturvorstellung vorherrschte als vielmehr die Rehabilitation zum „Durchhalten“ bis zur Altersrente zu nutzen, also auch ein instrumentelles und funktionales Verständnis, das aber dem Ziel der Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit trotz weiter bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen dient.

### *Schnittstellenprobleme*

Wie in diesem Kapitel schon mehrmals beschrieben, existiert ein weitreichendes Problem innerhalb der Zuweisungsstrukturen im medizinischen Versorgungssystem. Diese Schnittstellenprobleme sind bereits seit längerem bekannt (Brandt 1989; Barth et al. 1989; Schliffke 1999; Petermann et al. 1994; Krischke et al. 1997; Deck et al. 2000). Versuche der Optimierung und Problembewältigung sind wenig vorhanden (vgl. Pohontsch & Deck, 2010). Maßgeblichen Faktoren sind Kommunikations- und Informationsdefizite sowie institutionenspezifische Einstellungen und Vorurteile. Pohontsch und Deck (2010) benennen das Problem anhand der Schnittstelle zwischen primärärztlicher Versorgung und Rehakliniken:

*„Die niedergelassenen Ärzte werden von den Reha-Klinikern immer noch nicht zwingend als Ansprechpartner (des Rehabilitanden) für die Nachsorge angesehen. Die Nachsorge für die Zeit nach der Rehabilitation wird von den Reha-Klinikern verordnet bzw. im Fall der ambulanten psychosomatischen Weiterbehandlung angebahnt und der niedergelassene Arzt lediglich informiert, aber nicht eingebunden“ (S. 42).*

Auch nach einem Klinikaufenthalt zeigen sich Schnittstellenprobleme. Personen mit psychischen Erkrankungen benötigen häufig einen strukturierten Alltag, besonders wenn die Rückkehr in Arbeit noch nicht möglich ist. Eine Nachbetreuung durch die psychiatrischen Kliniken findet in der Regel nicht statt und nicht jede Klinik verfügt über einen fest integrierten Sozialdienst (vgl. Alsdorf et al., 2017). Alsdorf und Kollegen führten zur Frage nach dem Einbezug des Betrieblichen Eingliederungsmanagement für den Übergang in Arbeit Expertengespräche<sup>29</sup> und Patientenbefragungen, nach Abschluss des Klinikaufenthalt, durch. Die Mehrheit hatte keinen Kontakt zu einem BEM (vgl. Alsdorf et al., 2017). Die Ursachen sind vielfältig: ein von vorneherein angestrebter Arbeitgeberwechsel oder Erwerbsunfähigkeitsrente, persönliche Gespräche und Lösungen mit Vorgesetzten, Angst vor Stigmatisierung und Angst der Karriere zu schaden (vgl. Voswinkel, 2017). Des Weiteren kristallisierte sich innerhalb der Befragungen Alsdorfs und Kollegen heraus, dass unter „Wiedereingliederung“ eine durch die Krankenkassen finanzierte Arbeitszeitverkürzung verstanden wurde, die möglicherweise den Übergang erleichtert, jedoch keine Veränderung bezüglich etwaiger arbeitsweltlicher Belastungen bewirkt (vgl. Alsdorf et al., 2017). Selbst institutionalisierte Kooperationen der Betriebe mit (Reha)kliniken sind noch kein Garant für eine erfolgreiche Wiedereingliederung. BEM-Beteiligte verweisen auf die geringe Bereitschaft der Ärzte Kontakt zu den Betrieben aufzunehmen, dadurch besitzen sie nur geringe Kenntnisse zu der individuellen Arbeitssituation der betroffenen Beschäftigten (vgl. Voswinkel, 2017). Alsdorf und Kollegen halten fest

*„Alle Beteiligten an der Wiedereingliederung tendieren aus ihrer jeweiligen Handlungslogik dazu, den Fall zu individualisieren: Den BEM-Beteiligten geht es darum, den einzelnen Beschäftigten zu reintegrieren und für ihn eine Lösung zu finden. Der Betroffene selbst teilt natürlich diese Orientierung. Und auch die Ärzte/Therapeuten behandeln die Patienten im Hinblick auf ihre individuelle Problematik. Auf diese Weise geraten die strukturellen und eventuell kollektiven Belastungen der Arbeitssituation leicht aus dem Blickfeld. Zugleich sind BEM – orientiert am Einzelfall – und Gefährdungsbeurteilung – orientiert am Arbeitsplatz – in den Organisationen in der Regel institutionell nicht integriert und unterliegen unterschiedlichen Logiken: In der*

---

<sup>29</sup> Akteure verschiedener Organisationen unterschiedlicher Branchenzugehörigkeit.

*Gefährdungsbeurteilung gilt ein Arbeitsplatz nur dann als belastend, wenn mehrere - wenn nicht alle - Beschäftigten hiervon gefährdet werden“ (BAuA, 2018, 21f).*

### 3.4. Return to Work im Bereich der Rehabilitation

Fast 46.700 Rehabilitanden erhielten 2021 durch die Stufenweise Wiedereingliederung (§ 44 SGB IX; § 74 SGB V) Unterstützung bei ihrer Rückkehr in Arbeit (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022c).

Der Return to work (RTW) nach Rehabilitation ist aus Sicht der DRV die zentrale Erfolgsgröße. Erfolgsfaktoren des RTW sind ein bedeutsamer Gegenstand der Forschung (Bülau et al., 2016; Streibelt & Egner, 2013; Svärd et al., 2021; Vries et al., 2018), darüber hinaus Barrieren der Inanspruchnahme (Schury et al., 2019), die Sicht von Arbeitgebern (Burgess et al., 2019) und Abhängigkeiten zu Rentenüberlegungen (Henn et al., 2021).

Insgesamt scheint der RTW bei psychischen Erkrankungen geringer als bei somatischen Erkrankungen zu sein. Dies mag einerseits in der Krankheitsdiagnose und ihrer Spezifik begründet sein. Andererseits sind im Versorgungssystem Präventions- und Rehabilitationspotenziale vorhanden, die möglicherweise nicht ausreichend genutzt oder nicht mit arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen kombiniert werden. In der Empirie werden überwiegend isolierte Leistungen untersucht, vorangehende Leistungen werden entweder gar nicht oder nur sehr grob berücksichtigt, z.B. (Nübling et al., 2013; Steffanowski, 2007). Eigene quantitative (Hetzl & Streibelt, 2016) und qualitative (Klaus et al. 2017; Klaus et al. 2018; Meschnig et al., 2019) Analysen zum Erfolg von Bildungsleistungen deuten auf die Notwendigkeit hin, vorangehende Leistungen in den Analysen zu berücksichtigen.

Auch wenn der Mehrzahl der Rehabilitanden, die eine psychosomatische Rehabilitation in Anspruch genommen hatten, der Übergang von der Rehabilitation in die Arbeit gelingt und sich von außen betrachtet unspektakulär vollzieht, handelt es sich um eine kritische Passage, die einer Reihe von besonders vulnerablen Rehabilitanden nur schwer oder gar nicht gelingt. Die beim Übergang zu bewältigenden sozialen und psychischen Herausforderungen – wie etwa (die Angst vor) Stigmatisierung psychischer Krankheit – sowie die Barrieren, die überwunden werden müssen, zeigen sich bei denjenigen Rehabilitanden, die den Übergang nicht schaffen und einen Rückfall erleiden, wieder krankgeschrieben werden oder ihren Arbeitsplatz verlieren wie in einem Mikroskop. Inzwischen hat die Forschung zum RTW eine Vielzahl von fördernden und hemmenden persönlichen Voraussetzungen sowie von strukturellen Gelingensbedingungen und Barrieren für den RTW identifiziert, die im Folgenden ausschnitthaft dargestellt werden. Nicht zuletzt aus Gründen der Sicherung des Rehabilitationserfolges wurden auf dieser Basis inzwischen eine Reihe rechtlicher Instrumente (z.B. Stufenweise Wiedereingliederung, Unterstützte Beschäftigung), Verfahrensweisen

(Case-Management) und innovativer Modelle entwickelt, die Rehabilitanden beim RTW und einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung unterstützen. Zugleich zeigt der exemplarische Blick in den Forschungsstand, dass insbesondere RTW-Verläufe zu wenig in ihrer Bedeutung für die Bedarfsfeststellung wie auch für die Entwicklung von Empfehlungen untersucht sind.

### *Stufenweise Wiedereingliederung (STW) für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen*

Die stufenweise Wiedereingliederung (SGB IX, §§ 44 74 SGB V) auch als „Hamburger Modell“ bekannt, ist eine bislang vor allem bei somatischen Erkrankungen bewährte Maßnahme, um nach einer medizinischen Rehabilitation bzw. einer Anschlussheilbehandlung schrittweise die Leistungsfähigkeit bis zur erreichbaren zeitlichen Belastung zu erproben, ein Gefühl für die eigenen Leistungsgrenzen zu gewinnen und das in der Rehabilitation Erlernte zu festigen. Die STW dient dabei sowohl den Behandlern als auch den Rehabilitanden dazu, eine realistische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Realbedingungen zu gewinnen und für viele Rehabilitanden ist sie bedeutsam, um wieder Selbstvertrauen etwa nach einem Herzinfarkt zu gewinnen. Inzwischen wird die STW auch im Bereich der Psychosomatik angewandt, wobei sie sich besonders für Rehabilitanden mit einer kritischen Rückkehrprognose zu eignen scheint:

*“In conclusion, our study demonstrates the effectiveness of GRTW following a clinical rehabilitation intervention among patients with CMDs concerning full RTW and time of sick leave in the 15-month follow-up. However, the results also indicate that the possibility of GRTW should be particularly considered for patients with a critical subjective prognosis of their RTW after rehabilitation. For CMD patients with a positive RTW expectation, no additional GRTW employment effects were observed”*  
(Streibelt et al., 2018, S. 187)

In Studien die die Wirksamkeit kognitiver Verhaltens- und Problemlösungsmaßnahmen zur Erleichterung der Rückkehr an den Arbeitsplatz von Arbeitnehmern mit krankheitsbedingter Abwesenheit aufgrund einer CMD untersucht haben, wurde der Prävention wiederkehrender krankheitsbedingter Abwesenheit bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die DRV hat ihr Angebot der Präventionsmaßnahmen<sup>30</sup> kontinuierlich gesteigert. Ca. 15.000 Personen haben diese Angebote in Anspruch genommen (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022b). Die mehrmonatige, teils alltags und berufsbegleitende Präventionsleistung ist kostenlos, unterstützt die Versicherten bspw. bei der Stressbewältigung und wird in Zusammenarbeit mit 200 Präventionseinrichtungen angeboten. Dabei gilt der Grundsatz: „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022b, S. 16).

---

<sup>30</sup> Präventionsleistungen für alle Indikationen sind seit 2017 Pflichtleistungen der DRV.

### 3.5. Zusammenfassung

Insgesamt hat der hier thematisch ausgewählte und exemplarisch erhobene Forschungsstand einige Problembereiche und offene Fragen benannt, die im Projekt InVerPsych aufgegriffen werden: das betrifft zum Einen die dargestellte Relevanz und den Umfang des mit häufigen und langen AU-Zeiten, oft zu später Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation und vorzeitiger Aussteuerung aus dem Arbeitsmarkt in eine Erwerbsminderungsrente einhergehenden und zunehmenden Diagnostizierung von Common Mental Disorders (FICD-10, F-3 und F-4), die den Hintergrund der Studie bilden. Zweitens werden in unserer Untersuchung nicht im RSD-File erfasste Inanspruchnahmen des primär- und fachärztlichen Systems, von Psychotherapie und psychiatrischer Versorgung durch eine Fragebogenstichprobe zusätzlich zum Versicherungsverlauf und zur Inanspruchnahme medizinischer und beruflicher Rehabilitationsleistungen dargestellt. In episodisch-narrativen Interviews wurde die subjektiv erzählte Vorgeschichte, Attributionen, das Auftreten erster Symptome, die Wege in die Krise und die Bewältigungsstrategien rekonstruiert. Dabei wurden auch die im Forschungsstand erwähnten Phänomene des Präsentismus und die Gründe hierfür beleuchtet, vor allem aber die Übergänge und Schnittstellen im Versorgungssystem, wobei sowohl systemische (u.a. Bearbeitungszeiten; komplizierte Antragstellung, etc.) als auch personale und situative Aspekte betrachtet werden. Wir konnten dabei besonders den Übergang von der Reha-Klinik in weiterführende Angebote rekonstruieren, aber auch Zugangswege nachzeichnen. Während bei den Übergängen von Reha-Klinik weitergehende Empfehlungen entwickelt werden konnten, stellt sich dies mit Blick auf den Zugang in Reha-Angebote aus dem primärärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgungssystem heraus wesentlich schwieriger dar, da hier auch grundsätzliche organisatorische und rechtskreis- und trägerübergreifende Problemstellungen bestehen. Damit greift die Studie bis dato vorhandene Forschungslücken auf.

## 4. Forschungsvorgehen und Studiendesign

Die vorliegende Studie war als Mixed-Method-Design angelegt (Kelle, 2019). Zunächst wurden repräsentative Prozessdaten der Rentenversicherung analysiert, auf deren Basis eine Stichprobe für die Fragebogenerhebung ausgewählt wurde. In einem zweiten Schritt wurden die Ergebnisse der RSD-Daten mit den Daten der Fragebogenerhebung verknüpft. Auf Basis der Analyse der Fragebogendaten wurde eine Stichprobe für die qualitativen Fallstudien (episodisch-narrative Interviews) ausgewählt. Nach anschließenden qualitativen Erhebungsverfahren wurden die Ergebnisse abschließend zusammengeführt (Kuckartz, 2014; vgl. Kap. 8).

Zu Beginn wurden Leistungsketten der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen auf Basis der aktuellen RSD ermittelt<sup>31</sup>. Die Analysestichprobe waren Personen mit F3- oder F4-Diagnosen bei der letzten abgeschlossenen Reha-Leistung zwischen 01.01.2017 und 31.12.2017<sup>32</sup>. Es war davon auszugehen, dass insbesondere bei psychischen Erkrankungen längere Leistungsketten vorliegen, die über den beschriebenen Zeitraum hinausgehen. Für diese Personen wurden die Reha- und Rentenleistungen sowie die Beitragsverläufe mittels Sequenzdaten- und Clusteranalysen untersucht. Ziel war die Identifikation von Gruppen, die innerhalb homogener und im Vergleich heterogener in Bezug auf die erhaltenen Leistungen waren (= empirische Cluster, typische Leistungskonstellationen). Die RSD wurde als Datenbasis gewählt, da seitens der DRV eine Identifizierung von Einzelpersonen möglich und so eine personenbezogene Verbindung zu der Fragebogenerhebung sowie zu den potenziellen Gesprächspartnern möglich war<sup>33</sup>. Überdies wurden für weiterführende Analysen z.B. zum RTW-Erfolg regionale Kontextfaktoren wie regionale Arbeitslosigkeit, psychotherapeutische Versorgung, ländlicher Raum berücksichtigt. Dies war dann möglich, wenn in der Analysestichprobe der Wohnort der Versicherten auf Ebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte als ergänzendes Merkmal zur Verfügung gestellt wurde und darüber Regionalstatistiken (z.B. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Bundesagentur für Arbeit) angespielt wurden.

---

<sup>31</sup> In der RSD sind Daten zu Reha- und Rentenleistungen in einem achtjährigen Zeitfenster und Beitragsverläufe in einem elfjährigen Zeitfenster verfügbar.

<sup>32</sup> Nach Auskunft stehen zum Projektbeginn (1.4.2020) Leistungs- und Beitragsverläufe bis zum 31.12.2018 zur Verfügung. Nach unserer Arbeitsdefinition ist eine Leistungskette beendet, wenn danach mindestens ein Jahr lang keine weitere Leistung wegen derselben Diagnose in Anspruch genommen wird. Das bedeutet für die empirische Analyse, dass die letzte Leistung spätestens am 31.12.2017 beendet sein muss. Hier ist eine Fallzahlab-schätzung nur sehr vage möglich. In 2016 haben etwa 151.000 Menschen eine medizinische Rehabilitation aufgrund psychischer Erkrankungen (ohne Sucht) erhalten (DRV Bund 2018, S. 28) und ca. 7.500 Bildungsleistungen wegen psychischer Erkrankungen (inkl. Sucht) bewilligt (DRV Bund 2018, S. 57).

<sup>33</sup> Auf Basis des „Scientific Use File. Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2008 bis 2015 (SUFSDLV15B)“ wäre diese Zuordnung durch die DRV nicht möglich.

### 4.1. Ablauf der Studie

In Abbildung 4 werden die methodischen Schritte im Studienablauf dargestellt.



Abbildung 4 Methodologischer Ablauf des Projekts (Quelle: eigene Darstellung)

Zusätzlich zeigt die nachfolgende Abbildung 5 anhand einer Zeitachse die im Studienverlauf durchgeführten Tätigkeiten:

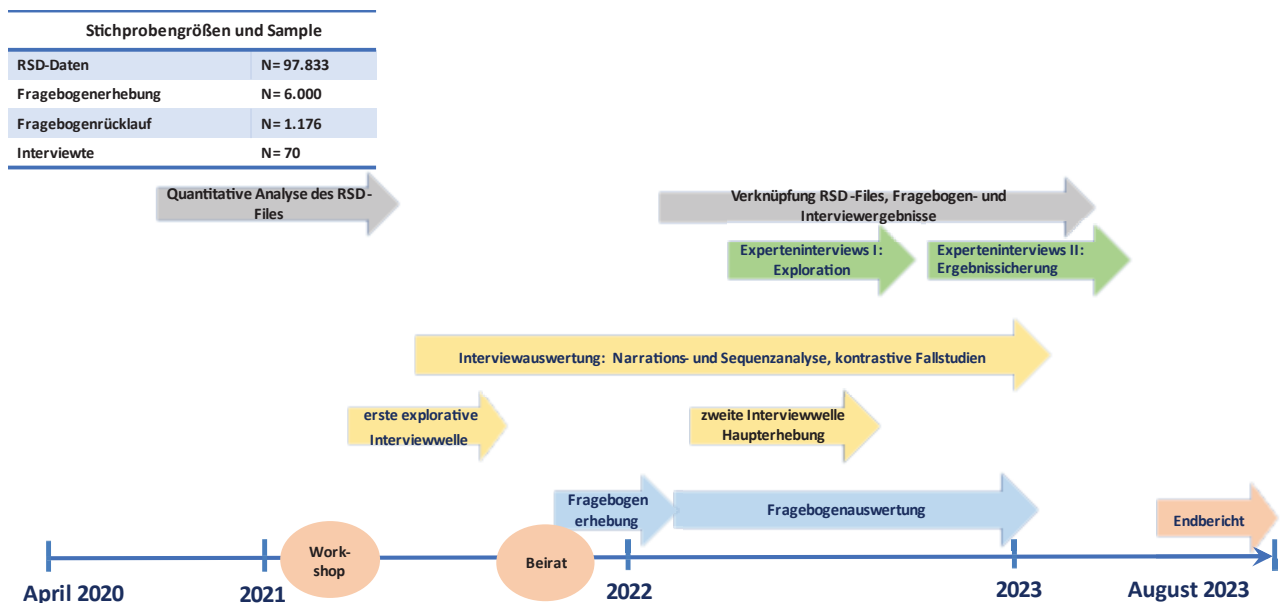


Abbildung 5 Studiendesign (Quelle: eigene Darstellung)

Bei unserer Untersuchung ist besonders die *Langzeitperspektive* hervorzuheben. Ergänzend zu der quantitativen, einen Zeitraum von acht Jahren umfassenden Analyse des RSD-Files konnte mit der Fragebogenerhebung und den Interviews sowohl der Verlauf vor der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung erfasst werden als auch der Zeitraum von 2018 - 2021, der für die Fragebogenstichprobe den weiteren Versicherungsverlauf und die weitere (Krankheits- und Arbeits-)Karriere nach 2018 bis 2021 erfasst werden. Abbildung 6 gibt eine inhaltliche

Übersicht über das unterschiedliche Datenmaterial und dessen Bearbeitung in der vorliegenden Studie.

<b>RSD-FILE</b> 2010 - 2018	Versichertenverläufe und genutzte Reha-Leistungen (N= 97.833 Personen) - Einschlusskriterien für den weiteren Studienverlauf: Personen mit F3/F4 Hauptdiagnosen; Ausschluss von <i>WfBM und RPK</i> und Suchterkrankungen	Administrative Daten
Explorative Vorstudie zur Entwicklung und zum Pretest des Fragebogens unter Einbeziehung von Betroffenen und Experten; Festlegung der aus dem RSD anzuspieldenden Stichprobe für den Fragebogen		
<b>Fragebogen</b> N = 6000 Rücklauf: N = 1.176 (19,6%)	+ Inanspruchnahme von Angeboten <i>vor</i> und <i>nach</i> med. Reha und LTA (z.B. Psychotherapie; Psychiatrie, Selbsthilfe, etc.); + <b>Zeitraum: 2019– 2021</b> : Wie ist es weitergegangen: aktueller Status (in Arbeit, ALO, EMR)? Attribution der Symptome, Erwartungen, Perspektiven	Subjektive Daten (Reaktion auf vorgegebene Items)
<b>Interviews</b> (N = 70)	+ (Berufs-)Biografie und Krankheitsgeschichte - Symptome, Präsentismus, Krisen, Kritische Lebensereignisse ALO - Muster der Krankheits und Situationsbewältigung, Attribution - Bedeutung von Arbeit im Verlauf der Biografie - Soziale Unterstützung (Familie/soziale Einbindung; Betrieb) - Zukunftsperspektiven	subjektive Daten (Deutung durch die Befragten, Subjektive Relevanz)

Abbildung 6 Übersicht Studienaufbau der Mixed-Method-Studie (Quelle: eigene Darstellung).

#### 4.2. Analyse der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2010 -2018

Datenbasis ist die RSD der DRV Bund von 2010 bis 2018. Sie bildet das Rehabilitations- und Rentengeschehen in Trägerschaft der DRV Bund repräsentativ ab. Sie umfasst Routinedaten von jedem Berechtigten, der eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 15, 31 SGB VI oder eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 16 SGB VI erhalten hat, die vor, während und bei Abschluss der Leistung erhoben werden, sowie das Rentengeschehen und einige weitere Merkmale aus dem Versicherungskonto insbesondere zum Beitragsverlauf.

Die zu analysierende Grundgesamtheit sind Personen mit Reha- und/oder Rentenleistungen in Trägerschaft der DRV Bund mit mindestens einer der folgenden Eigenschaften:

- Personen mit F3/F4-Haupt- oder Nebendiagnose bei medizinischer Rehabilitation, die zwischen 1.1.2017 und 31.12.2017 beendet wurde,
- Personen mit F3/F4-Haupt- oder Nebendiagnose bei LTA, die zwischen 1.1.2017 und 31.12.2017 beendet wurde,



## Forschungsvorgehen und Studiendesign

- Personen mit F3/F4-Haupt- oder Nebendiagnose bei Erwerbsminderungsrente, die zwischen 1.1.2017 und 31.12.2017 neu bewilligt wurde oder läuft.

Für diese so ausgewählten Personen steht der Leistungs- und Erwerbsverlauf vom 01.01.2010 bis 31.12.2018 zur Verfügung. Im Überblick sind in Abbildung 7 die Ein- und Ausschlusskriterien und in Tabelle 1 die verwendeten Variablen dargestellt.

**Grundgesamtheit** Menschen mit F3/F4-Diagnosen bei LMR/LTA/EMR in 2017, plus Versorgungs- und Beitragsverlauf 2010-18

### Einschlüsse

P mit LTA-Ende 2017  
P mit LMR-Ende 2017  
P mit EMR laufend in/ab 2017

P mit Beginn Altersrente 2018+

RSD: 2010-2016

2017

2018

### Ausschlüsse:

- P mit Tod bis 2019
- P mit Geburtsjahr 1949 oder vorher
- E mit Ende 2009-\*
- E mit sonstigen Renten Beginn 2019
- E mit RT-Tod und RT-sonst.
- E mit unvollst. Leistungsdaten (UMDT)

P mit Beginn Altersrente 2017-

P mit LTA-Ende 2018+  
P mit LMR-Ende 2018+  
P mit EMR-Beginn 2018+

\*Beginn 2009- (bei Ende 2010+) wird auf 01.01.2010 gesetzt  
Untersuchungss Stichprobe: n=97 833 Personen, n=174 457 Episoden zu Leistungen

Abbildung 7: Überblick über Ein- und Ausschlusskriterien.

Tabelle 1: Überblick über die verwendeten Variablen.

<b>Zielgröße: stabiles RTW in 2018 ja/nein</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Armutsgrenze: Tageseinkommen <math>\geq</math> 19000 € / 365 Tage &amp; mindestens 6 Monate Beitrag &amp; mindestens Nov/Dez Beitrag</li> </ul>
<b>Soziodemografie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter, Geschlecht, Bildung, Staatsangehörigkeit</li> <li>• Zuzahlung 17<sup>^</sup></li> <li>• Familienstand 17<sup>^^</sup></li> </ul>
<b>Erwerbsbiografie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monatsgrößen: beschäftigt, Arbeitslosen-, Krankengeld<sup>o</sup>, nicht beschäftigt</li> <li>• Jahresgrößen (Beschäftigungstage, Jahresentgelt, Tage mit ALG/KG)</li> <li>• Berufliche Stellung und Erwerbsstatus bei Antragsstellung 17<sup>^^</sup></li> <li>• Erwerbsstatus 3 Monate vor Beginn der jüngsten med. Reha oder LTA</li> </ul>
<b>Reha- und Rentenbiografie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EMR-Antrag nicht bewilligt</li> <li>• Monate mit LMR, LTA, Rente (jeweils nach Art differenziert)</li> <li>• Diagnosen: SMI (Depression, bipolare Störung, PTBS), Angststörungen, somatoformer Schmerz, Sucht (=mind. 1 Entwöhnungsbehandlung)</li> <li>• Negatives Leistungsvermögen (Psyche) 17<sup>^</sup></li> <li>• Stufenweise Wiedereingliederung im Anschluss an LMR 17<sup>^</sup></li> </ul>

## Forschungsvorgehen und Studiendesign

<b>Kontext</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundesgebiet</li> <li>• Arbeitsmarktregion (Arbeitslosenquote, Anteil der Fachkräfte an der Arbeitslosenquote, BIP je Einwohner, Tertiarisierungsgrad, Ärztedichte)</li> </ul>
<b>Allg. Diskontinuität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entropy</li> </ul>
<b>Hinweis auf unbeobachtete Heterogenität*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „lange“ Dauer zwischen Beginn der ersten Sozialleistung (KG/ALG) und der darauf folgenden DRV-Leistung (LMR, LTA, EMR bewilligt)</li> <li>• „lange“ Dauer KG und ALG außerhalb von DRV-Leistungen (Frühphase 10-13, Spätphase 14-17)</li> </ul>

Anmerkung:

^nur wenn LMR

^^ nur wenn LTA oder LMR

° je nach Situation auch Übergangs- oder Verletztengeld

\* mögliche Leistungen anderer Träger, mögl. Fehl-/Unterversorgung, mögl. Ansatz für Fallsteuerung

Ziel ist es, auf Basis dieser Daten typische Versorgungs- und Beitragsverläufe von Personen mit psychischen Erkrankungen zu identifizieren. Dazu soll ein retrospektiver Blick, d.h. vom Ende einer Leistungskette, eingenommen werden. Analysiert werden Personen mit auf die psychische Erkrankung bezogenen Leistungen in 2017, die aber in 2018 leistungsfrei sind (weil hier von einem zumindest temporären Ende der Leistungskette auszugehen ist). Für diese Personen sollen dann die Versorgungs- und Beitragsverläufe ab 2020 identifiziert werden.

In Abbildung 8 ist dargestellt, wie die Gruppierungen schrittweise verfeinert werden. Die feinste Gruppierung ist die Basis für die Auswahl der Personen der ersten Interviewelle sowie für das Sample der Fragebogenerhebung.

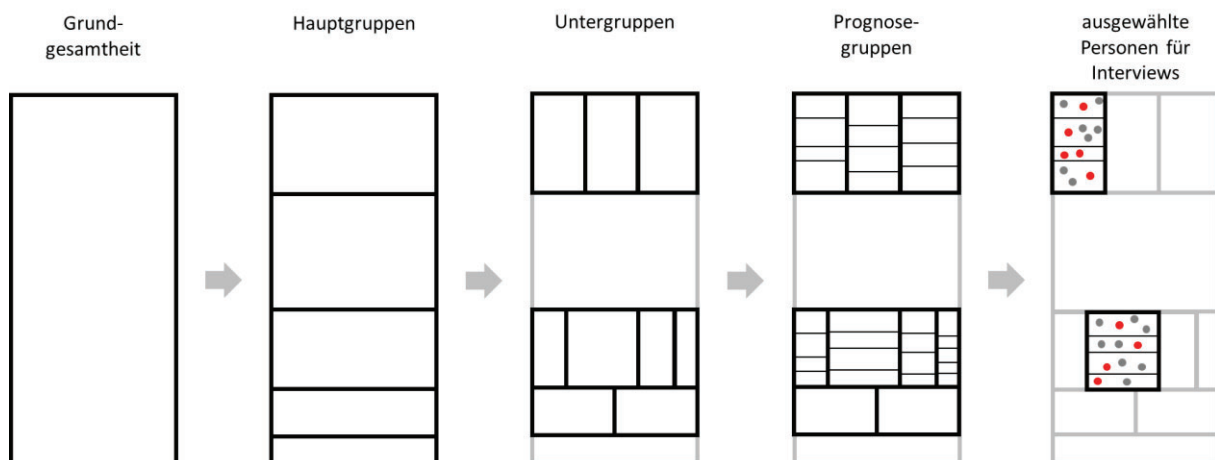


Abbildung 8: Die Gruppierungen und die Selektion im schematischen Überblick.

Im ersten Schritt werden anhand theoretischer Überlegungen der Autoren und unter Beteiligung von Experten Hauptgruppen von Personen gebildet, die innerhalb der Gruppe ein relativ ähnliches Ende der Leistungskette haben und zwischen den Gruppen möglichst verschieden sind. Wesentliche Kriterien dazu sind insbesondere die Leistungsart und zugrunde liegende Diagnosen.

Im zweiten Schritt werden inhaltlich und erkenntnismäßig interessante Hauptgruppen ausgewählt und weiter differenziert. Die so gewonnenen Gruppen werden als Untergruppen bezeichnet und bezüglich Struktur und Wiedereingliederungserfolg charakterisiert.

Im dritten Schritt werden für die Personen innerhalb einer Untergruppe des statistisch prognostizierten RTW mit dem tatsächlichen RTW verglichen. So entstehen für jede Untergruppe vier Prognosegruppen, und zwar zwei Gruppen mit wahren und zwei mit falschen Vorhersagen. Aus den Prognosegruppen werden anschließend einzelne Personen ausgewählt und für ein mögliches Interview angeschrieben<sup>34</sup>. Für Untergruppen, bei denen das RTW nicht oder weniger bedeutsam ist (z.B. Altersrente, Erwerbsminderungsrente) entfallen diese Analysen. Im Rahmen der Interviews und Fragebogenerhebung werden Fragen, die aufgrund fehlender Angaben nicht mit der RSD zu beantworten sind, thematisiert (z.B. Inanspruchnahme von Leistungen, die nicht in Trägerschaft der DRV sind). Darüber wird geklärt, warum die statistischen Modelle teilweise falsche Prognosen liefern.

Methodisch haben wir Sequenzmusteranalysen eingesetzt. Folgende Statuszustände werden dabei verwendet und in den Grafiken farblich dargestellt:

- LMR normal
- LMR psychsom
- LMR sonst
- LMR Nachsorge
- Qualifizierung
- Integration
- LTA sonst
- EMR nicht bewilligt
- EMR bewilligt
- kein Beitrag
- Arbeitslosengeld
- Krankengeld
- beschäftigt

Beispiel in Abbildung 9: Diese Person hat von Beginn 2010 bis Ende 2012 gearbeitet mit einer Unterbrechung durch Krankengeldbezug. Im Jahr 2013 war die Person arbeitslos. In der Zeit fand auch eine medizinische Reha inkl. eine Nachsorgeleistung statt. Anfang 2014 wurde eine sonstige LTA (hier

---

<sup>34</sup> Alternative Kriterien für die Auswahl von Personen aus den Untergruppen sind u.a. (stratifizierte) Zufallsziehung von Personen einer Untergruppe oder Repräsentanten einer Untergruppe, die auf Basis von Ähnlichkeitsmaßen empirisch identifiziert werden.

durch Rückgriff auf die Rohdaten: Leistung an Arbeitgeber als Eingliederungszuschuss) genutzt. Nach einer Phase der Beschäftigung folgte eine längere Phase mit Sozialleistungsbezug usw.

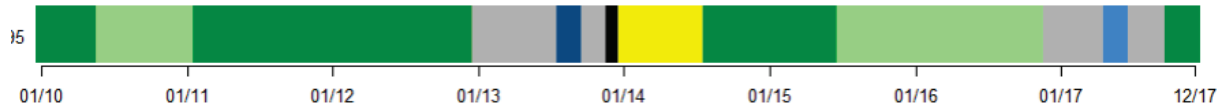


Abbildung 9: Beispiel-Sequenz.

Für Einzelheiten zur Methodik sei auf den Anhang „Teilbericht für die erste Projektphase: Auswertungen der RSD“ verwiesen (vgl. Anhang 12.1).

### 4.3. Fragebogenerhebung und -konstruktion

Im ersten Quartal 2021 wurden innerhalb der Projektgruppe (iqpr und BWS) die ersten Ergebnisse der RSD-Auswertung diskutiert und vom iqpr ein Prognosemodell für den Return to Work (RTW) entwickelt. Diese Prognosegruppen wurden gebildet, um von dort ausgehend retrospektiv Merkmalsbündel (Indikatoren) zu identifizieren, die gezieltere Zuweisungsmaßnahmen und Hilfestellungen ermöglichen sollen.

Vor diesem Hintergrund wurden theoretische Überlegungen zur Fragebogenkonstruktion diskutiert. Insbesondere die vermutete Heterogenität der Verläufe innerhalb der „theoretischen Gruppen“ und deren Cluster des Prognosemodells führte zur Überlegung, mit welchen konkreten, aber möglichst geschlossenen Fragestellungen, die vermutete Heterogenität ausdifferenziert und damit für die Präzisierung des Prognosemodells genutzt werden könnte. Neben der Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer, aber auch rehabilitativer Angebote unterschiedlicher Sozialversicherungsträger sollte der Fragebogen auch Erkenntnisse über Bewertungen der einzelnen Leistungen, Leistungsabfolgen sowie Zugangs- und Entscheidungswege in die jeweiligen genutzten Leistungen (z.B. erster Zugang zur ambulanten Psychotherapie, Empfehlungen zur Rehabilitation) ermöglichen. Mit der Anspielung der Fragebogenerhebung an die RSD-Daten sollte die vermutete Heterogenität aufgeklärt, sowie die Güte der Vorhersage des RTW bzw. dessen Stabilität durch die Erfassung des Status der Befragten nach 2017 (RTW, ALO, EM-Rente) erhöht werden.

Um über theoretische Annahmen hinausgehend Items für den Fragebogen zu gewinnen, die konkret an die Lebenssituation der Zielgruppe anknüpfen, wurde in einer Vorstudie ein explorativer Feldzugang über Interviews mit Rehabilitanden und Rehabilitandinnen aus dem RSD-File gewählt.

Das oben genannte Vorgehen bei der Projektumsetzung wurde auch in einem online Workshop Ende März 2021 gemeinsam mit Experten aus dem Bereich der Rehabilitationsforschung begrüßt. Die vier auf Basis des RSD-Files ausgewählten *Prognosegruppen* teilten sich in:

- true positiv (tp) = durch das Modell richtig vorhergesagter Return to Work (RTW) in 2018.
- true negativ (tn) = durch das Modell richtig vorhergesagter gescheiterter RTW in 2018.
- false positive (fp) = durch das Modell für 2018 nicht vorhergesagter RTW, der aber gelungen ist.
- false negativ (fn) = durch das Modell für 2018 vorhergesagt RTW, der aber nicht eingetreten ist.

Die Konstruktion des Modells wurde von den Teilnehmern des Workshops als nachvollziehbar und anwendbar eingeschätzt (vgl. Kapitel 5).

#### 4.3.1. Qualitative Vorstudie zur Konstruktion von Fragebogenitems

Bei der Stichprobenziehung der Vorstudie wurde schließlich darauf geachtet, dass Teilnehmer aus jeweils allen vier Clustern des Prognosemodells für die Interviews angeschrieben wurden. Die Stichprobe umfasste insgesamt 263 Versicherte, von denen 242 von der DRV Bund mit der Bitte um Teilnahme kontaktiert wurden; 21 Versicherte der gezogenen Stichprobe konnten aus unterschiedlichen Gründen nicht erreicht werden. Folgende Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Verteilung der Versicherten nach Gruppen und Clustern:

Tabelle 2 Verteilung der Stichprobe.

	Summe	davon tp	fn	fp	tn	Selektion
<b>IN_alle</b>	322	113	39	48	122	
<b>IN_filter1</b>	54	18	7	9	20	Bundesland, siehe Text
<b>IN_aufstock (=angeschrieben)</b>	<b>63</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	Selektive Aufstockung, siehe Text
<b>ImrPsych1p_alle</b>	12434	6562	1551	1313	3008	
<b>ImrPsych1p_filter1</b>	562	359	61	79	63	Bundesland, Alter, Bildung siehe Text
<b>ImrPsych1p_filter2 (=angeschrieben)</b>	<b>200</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	stratifiziert bei tp
<b>Summe „angeschrieben“</b>	<b>263</b>	<b>69</b>	<b>65</b>	<b>59</b>	<b>70</b>	

Die Auswahl der Versicherten für die erste Interviewerhebung erfolgte zunächst geografisch begrenzt. Vornehmlich wurden Versicherte in Berlin (BE) und Brandenburg (BB) angeschrieben; bei den Integrationsmaßnahmen (IN) wurde die Region auf Mecklenburg-Vorpommern (MV), Sachsen (SN) und Sachsen-Anhalt (ST) hinzugezogen, da in der präferierten Zielregion nicht hinreichend Versicherte vertreten waren. In der Gruppe „LMRpsych1plus“ wurde zudem das Alter der Personen zwischen 31 und 61 Jahren eingegrenzt. Zudem konnten in dieser Gruppe Personen im Cluster „tp“ (true positiv) gezielt ausgewählt werden. So fanden sich unter den ausgewählten 50 Versicherten je hälftig Personen, die entweder knapp an der Grenze zum Cluster „fp“ (false positive) lagen, oder die sich ganz zentral im Cluster „tp“ befanden und damit als Erfolgsfälle gewertet werden konnten. Ziel dieses Vorgehens war ein kontrastiver Vergleich zwischen den Personengruppen, deren Verläufe als typisch für einen gelungenen sowie vorhergesagten RTW gelten konnten, deren Verläufe keinen RTW prognostizierten, denen aber ein RTW in 2018 gelang und der Personengruppe, deren Verläufe sich zwischen den zuvor beschriebenen – und entsprechend des Prognosemodells womöglich typischen – Verläufe bewegten.

Von den insgesamt 242 angeschriebenen Versicherten stimmten 30 Personen schriftlich einer Teilnahme an einem Interview zu (Rücklaufquote ca. 12%). Davon konnten neun Personen der Gruppe „IN“ zugerechnet werden, 21 Personen der Gruppe „LMRpsych1plus“. Die folgende Tabelle 3 gibt einen Überblick der Verteilung der Rückmeldungen nach Clustern.

*Tabelle 3 Verteilung Rückmeldung erste Interviewphase.*

	Summe	tp	fn	fp	tn	Region	Alter
<b>IN_</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	BE, BB, SN	31 bis 61
<b>LMRpsych1plus</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	BE, BB	36 bis 56
<b>alle</b>	<b>30</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>8</b>		

Aus dem Rücklauf der Angeschriebenen wurden zeitnah Interviewpartner nach inhaltlichen Kriterien ausgewählt und angeschrieben. Dabei wurden verschiedene Variablen aus dem RSD berücksichtigt, z.B. Alter, Geschlecht, Anzahl der Rehabilitationen, Familienstand, Krankengeldbezüge und Erwerbsbiografie. Bei der Auswahl der teilnahmebereiten Versicherten wurde zudem darauf geachtet, dass möglichst alle Cluster berücksichtigt und gleichzeitig eine möglichst große Variationsbreite abgedeckt wird. Frauen sind, wie dies bei Fragebogenerhebungen zu Gesundheitsthemen häufig der Fall ist, auch in unserem Sample deutlich überrepräsentiert (16 Frauen, 4 Männer). Trotz der schriftlichen Einwilligung zur Teilnahme haben die von uns angeschriebenen Männer zu einem großen Teil nicht geantwortet oder lehnten eine Interviewteilnahme nachträglich ab. Die Aufteilung der

interviewten Personen nach Clustern ist Tabelle 4 zu entnehmen; ebenso wie beim gesamten Rücklauf ist das Cluster „fn“ (false negative) nur sehr gering besetzt.

Tabelle 4 Aufteilung Interviews nach Cluster.

	Summe	tp	fn	fp	tn	Region	Alter
<b>IN_Int</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	BE, BB, SN	31 bis 61
<b>LMRpsych1plus_Int</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	BE, BB	36 bis 56
<b>alle</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>6</b>		

Die ausgewählten Versicherten wurden schließlich mit Hilfe episodisch-narrativer Interviews zu ihrer Biografie mit dem Schwerpunkt auf der Erwerbs- und Krankheitsgeschichte sowie zur Inanspruchnahme von Leistungen befragt. Zu Beginn des Interviews wurde eine narrative Einstiegsfrage gestellt, die sich auf die konkrete medizinische, psychosomatische oder berufliche Rehabilitationsleistung im Jahr 2017 bezieht. Die Eingangsfrage lautete: „*Wie ist es bei Ihnen ganz persönlich seit Ihrer letzten Rehabilitation weitergegangen?*“. Ergänzt wurde das Interview von einem Leitfaden, der Themenkomplexe umfasste, die nach den ersten narrativen Ausführungen im weiteren Verlauf jeweils an die vorhergehenden Aussagen im Interview thematisch anschlossen. Zu diesen Themenkomplexen gehörten insbesondere:

- subjektives Krankheitserleben (Dauer und Auswirkungen der Krankheitsgeschichte von den ersten Symptomen bis zur Wiedereingliederung in Arbeit bzw. anhaltenden Arbeitslosigkeit)
- subjektive Ursachenzuschreibung für die Krankheits- und Erwerbsverläufe (biografische Brüche, berufliche Veränderungen, familiäre Einflüsse)
- Inanspruchnahmen medizinisch-therapeutischer und rehabilitativer Angebote (Entscheidungsprozesse, Unterstützungen/Empfehlungen, Motivation, Erwartungen etc.)
- Soziale Kontexte (Einbindung, Unterstützung und Verantwortung im beruflichen wie im privaten Leben)
- Stellenwert von Erwerbsarbeit (auch unterliegend biografischer Veränderungsprozesse; von der Berufsausbildung bis zum gelungenen bzw. misslungenem RTW)
- Erste Reha-Inanspruchnahme: hier wurde im Interview eine erzählgenerierende Frage verwendet, die mit leichten Variationen lautete: Können sie mir bitte erzählen, wie es zu Ihrer ersten Rehabilitationsmaßnahme gekommen ist?

Die Interviews wurden anschließend für die Fragebogenkonstruktion aufgearbeitet. Dabei konnten in einem ersten Schritt fünf verschiedene charakteristische Leistungsketten abstrahiert werden, die auf

ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten in Abhängigkeit zu differenten Konstellationen hinweisen<sup>35</sup>.

- *Zeitnahe und kurze Inanspruchnahmen,*
- *späte Inanspruchnahmen,*
- *Reha als Einstieg,*
- *Wiederholte Rehabilitationsmaßnahmen,*
- *Zeitnahe und lange Inanspruchnahmen.*

Weiter konnten in den Interviews die Themenkomplexe für den Fragebogen auf ihre Relevanz bei den Versicherten geprüft und thematische Leerstellen systematisch geschlossen werden. Die Abfolge der in Anspruch genommenen Leistungen, sowie deren zeitliche Einordnung seitens der Versicherten, wurde vor allem in Bezug auf die Abfolge der Leistungen gut erinnert. In der Verknüpfung mit den vorhandenen RSD-Daten erwarteten wir so ein recht präzises Abbild über die Inanspruchnahme der Leistungen.

#### 4.3.2. *Bereiche und Kategorien des Fragebogens*

In den Fragebogen (Anhang 12.5) wurden schließlich 30 Fragen aufgenommen, die acht Bereichen zugeordnet wurden<sup>36</sup>. Die folgende Tabelle 5 zeigt einen Überblick zu den Themen:

*Tabelle 5 Übersicht Themenbereiche Fragebogen.*

THEMENBEREICHE	UNTERKATEGORIEN
<b>BEREICH I</b> <b>Persönliche Angaben</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter und Geschlecht</li> <li>• Aktuelle Lebenssituation (Haushalt)</li> <li>• Studien- oder Berufsabschluss</li> <li>• Aktuelle berufliche Situation</li> <li>• Möglicher aktueller Leistungsbezug</li> <li>• Zufriedenheit Haushaltseinkommen</li> </ul>
<b>BEREICH II</b> <b>Gesundheitlicher Verlauf und Angaben zur Krankheitsgeschichte insbesondere mit Blick auf die ersten Symptome und Ursachenattributionen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attribution der Erkrankung</li> <li>• Zeitpunkt der ersten schweren psychischen Beschwerden mit Inanspruchnahme</li> <li>• Zeitpunkt erste Krise/Zusammenbruch</li> <li>• Zeitpunkt letzter berufl. Veränderung</li> </ul>

<sup>35</sup> Die Weiterentwicklungen der charakteristischen Leistungsketten bzw. Inanspruchnahmeverläufe, werden in Kapitel 7 „Qualitative Ergebnisse“ ausführlich diskutiert.

<sup>36</sup> Vgl. Fragebogen im Anhang 12.5.



## Forschungsvorgehen und Studiendesign

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derzeitiger Gesundheitszustand (subjektiv)</li> </ul>
<b>BEREICH III</b> <b>Angaben zur ersten (psychosomatischen) Rehabilitationsmaßnahme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitpunkt</li> <li>• Art (psychosomatisch)</li> <li>• Leistungsanspruchnahme Vorjahr</li> </ul>
<b>BEREICH IV</b> <b>Einschätzung und Bewertung erste psych. Rehabilitation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidend für Inanspruchnahme</li> <li>• Zeitpunkt und Bewertung</li> <li>• Subjektive Nutzung</li> </ul>
<b>BEREICH V</b> <b>Angaben zu in Anspruch genommenen LTA-Leistungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzungsform</li> <li>• Zeitpunkt</li> <li>• Nachfrage BA und BG</li> </ul>
<b>BEREICH VI</b> <b>Gesamter Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf in der Rückschau mit Bewertung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzungsdauer</li> <li>• Zeitpunkte</li> <li>• Bewertung</li> <li>• Erwartungen</li> </ul>
<b>BEREICH VII</b> <b>Subjektive Zukunftseinschätzung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zukunftsvorstellung</li> <li>• Lebenszufriedenheit</li> </ul>
<b>BEREICH VIII</b> <b>Bewertung und Zustimmung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewertung des Fragebogens</li> <li>• Verknüpfung mit RSD-File</li> </ul>

Im **Bereich I** werden *persönliche Angaben* der Teilnehmenden erhoben, um eine Einschätzung zu der aktuellen Lebens- und Wohnsituation, der beruflichen Qualifikation, der aktuellen beruflichen Situation sowie dem derzeitigen möglichen Leistungsbezug (erwerbstätig, erwerbslos, in Umschulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, [EM]-Rente) zu gewinnen<sup>37</sup>. Diese Angaben liefern Aussagen zu den soziodemografischen Charakteristika der Stichprobe und ermöglichen einen Vergleich mit den „typischen“ Rehabilitanden in Maßnahmen der Rentenversicherung. Die Daten zur Lebenssituation geben Hinweise auf den Grad der sozialen Einbindung in Verbindung mit den Antworten auf die zur sozialen Unterstützung. Die Daten zur Arbeitssituation lassen sich mit dem Krankheitsverlauf verknüpfen.

**Bereich II** beschäftigt sich mit *Angaben zum gesundheitlichen Verlauf zur Krankheitsgeschichte insbesondere mit Blick auf die ersten Symptome und Ursachenattributionen*, um einen Eindruck über den Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Befragten zu erhalten. Hierzu wurde nach

<sup>37</sup> Die Ergebnisse befinden sich in Kapitel 6.1 „Stichprobenbeschreibung des Fragebogens“.

den konkreten Zeitpunkten erster Krisen und Beschwerden sowie der Inanspruchnahme erster Behandlungen/Leistungen gefragt. Ziel dieses Fragenkomplexes war eine zeitliche Einordnung über den Beginn der Inanspruchnahme gesundheitlicher Angebote bis zur ersten Reha-Maßnahme zu gewinnen und ggf. auch Hinweise zu Zeiten des Präsentismus zu erhalten.

**Bereich III** erfragt Daten zur *ersten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme* und differenziert nach somatischen und psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen. Informationen zum Krankengeldbezug sollten dazu dienen, den Umfang der Beeinträchtigungen der beruflichen Leistungsfähigkeit zu gewinnen.

**Bereich IV** umfasst die *Erfahrungen, Einschätzungen und die Bewertung der ersten psychosomatischen Reha*. Hier interessieren die Unterstützung innerhalb der Antragsstellung, die subjektive Einschätzung des Antrittszeitpunkts der Reha und die individuelle Nutzung des Reha-Aufenthalts. Es war davon auszugehen, dass Personen, die den Zeitpunkt der erhaltenden Rehabilitationsleistung als subjektiv „zu früh“ oder „zu spät“ wahrgenommen haben, einen möglicherweise komplexeren Verlauf aufweisen.

Der **Bereich V** beinhaltet Fragen zu *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*. Hierbei ist die Art der LTA sowie der Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Interesse. Ferner wurde der Leistungserhalt durch andere Träger wie die Bundesagentur für Arbeit (BA) und den Berufsgenossenschaften (BG) erfragt.

**Bereich VI** befasst sich mit Fragen zum Themenfeld *gesamter Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf in der Rückschau mit Bewertung*. Die Teilnehmenden sollten hier ihren Inanspruchnahmeverlauf zeitlich einzuordnen. Dabei wurde in die Abschnitte: bis 2009, von 2010 bis 2013, von 2014 bis 2017 und ab 2018 differenziert. Daneben erfolgten Einschätzungen zu dem konkreten Leistungserhalt<sup>38</sup> und eine Bewertung der Unterstützung und Beratung der Leistungsanbieter (DRV, BA, BG, KK) sowie der subjektiv wahrgenommen Hilfestellung des gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsverlaufs zur Bewältigung der psychischen Erkrankung. Abschließend konnten die Teilnehmer fehlende Möglichkeiten innerhalb der Inanspruchnahmen benennen.

**Bereich VII** dient der Erhebung der subjektiven Erwartungen und Einschätzungen der *Lebenssituation*. Dazu wurden die aktuelle Lebenszufriedenheit und die Zukunftserwartungen im beruflichen Bereich abgefragt.

---

<sup>38</sup> z.B. Frage 24 „die Leistungen habe ich zum richtigen Zeitpunkt erhalten“ (Antwortmöglichkeiten: trifft zu, trifft eher zu, trifft eher nicht zu, trifft gar nicht zu).

Im abschließenden **Bereich VIII** wurden die Befragten um die Bewertung des Fragebogens gebeten. Des Weiteren erfolgte die Einwilligung der Teilnehmenden zur Verknüpfung der Fragebogendaten mit dem RSD-File.

Neben Multiple-Choice-Fragen wurden auch offene Fragen zu Inanspruchnahmen im Behandlungs- und Rehabilitationssystem und zu Defiziten in den Behandlungs- und Inanspruchnahmeketten gestellt<sup>39</sup>.

### 4.3.3. *Pretest des Fragebogens auf Verständlichkeit und Vollständigkeit*

Um die Akzeptanz, Verständlichkeit und inhaltliche Relevanz des Fragebogens zu überprüfen sowie übersehene Aspekte und ggf. missverständliche Fragestellungen zu erfassen, wurde der eigentlichen Fragebogenerhebung ein Pretest vorgeschaltet. Dabei wurde der Fragebogen im Juli 2021 von fünf medizinischen Rehabilitanden der Psychosomatik im Zentrum für ambulante Rehabilitation (ZAR) sowie sechs Interviewteilnehmenden der qualitativen Vorstudie getestet. Den erstgenannten Teilnehmenden wurden das Projekt und die Relevanz des Fragebogens vorgestellt und anschließend erhielten die Rehabilitanden ausreichend Zeit, um den Fragebogen selbstständig auszufüllen. Den zweitgenannten Personen wurde der Fragebogen zugeschickt, nachdem sie im Interview einem Pretest zugestimmt hatten. Schwerpunktgemäß sollte sich auf folgende Punkte konzentriert werden:

- Gesamtaufbau des Fragebogens
- Nachvollziehbarkeit der Reihenfolge der Fragen
- Vollständigkeit der Antwortmöglichkeiten
- Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Fragenformulierung
- Redundanzen oder fehlende Themen von Interesse
- Sonstige Änderungswünsche

Nach Einschätzungen der Rehabilitanden zum Fragebogen wurden vom Forschungsteam Änderungs- bzw. Ergänzungsvorschläge aufgenommen und umgesetzt (z.B. Anpassung und Ergänzung der Fragen und Antwortalternativen, Reihung der Fragen, Änderung von Formulierungen und mehr Platz bei Freitexten).

Die bis hier gewonnenen Ergebnisse der Fragebogenentwicklung wurden abschließend im wissenschaftlichen Beirat am 28. Oktober 2021 diskutiert. Hier wurde für die Fragebogenerhebung die Entscheidung getroffen, dass LTA-Gruppen nahezu vollständig erhoben werden sollen, außer Personen mit sonstiger LTA-Maßnahme und einer medizinischen Reha (keine psychosomatische Reha). Zudem

---

<sup>39</sup> Vorstellung der Ergebnisse der Bereiche II bis VII des Fragebogens in Kapitel 6.2 „ausgewählte Parameter“.

wurden Personen mit Entwöhnungsbehandlung, sowie Menschen mit allein einer LMR ausgeschlossen.

#### 4.3.4. Zugang zum Feld, Durchführung und Rücklauf der Haupterhebung

Mitte November 2021 wurde schließlich mit dem Versand der Studienunterlagen (Fragebogen, Projektinformation sowie zwei Einwilligungserklärungen zum Fragebogen und der weiteren Teilnahme an Einzelinterviews) seitens der DRV-Bund begonnen. Die Auswahl der Versicherten wurde im Vorfeld von der Forschergruppe (iqpr und BWS) anhand der vorliegenden Daten aus dem RSD-File bestimmt und, wie oben beschrieben, im wissenschaftlichen Beirat diskutiert. Die theoretischen Gruppen wurden auf der Basis der Ergebnisse aus den Interviews weiter differenziert, so etwa wurde die Gruppe der sonstigen LTA in die drei Subgruppen unterteilt:

- sonstige LTA ohne medizinische/psychosomatische Rehabilitation,
- sonstige LTA plus medizinische, aber nicht psychosomatische Rehabilitation und
- sonstige LTA plus psychosomatische aber ohne medizinische Rehabilitation.

Die Übermittlung der Auswahl der Versicherten an die DRV-Bund erfolgte mittels einer anonymisierten Studien-ID. Abbildung 10 zeigt den Datenfluss.

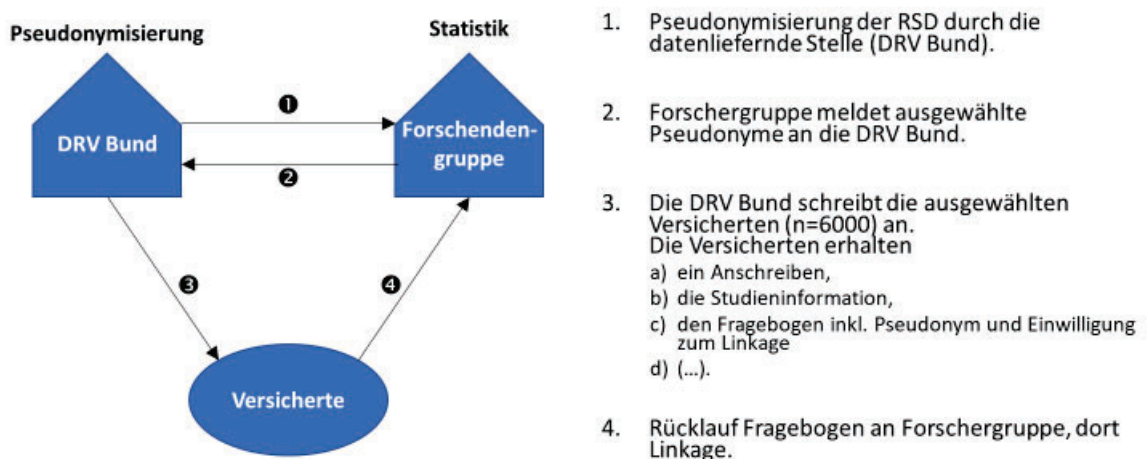


Abbildung 10 Datenfluss zur Studie (Quelle: eigene Darstellung).

Bis zur Beendigung der Erhebung Ende Januar 2022 konnte ein Rücklauf von 1.176 Fragebögen verzeichnet werden. Somit betrug der Rücklauf 19,6 % (siehe Abbildung 11), davon stimmten 98,8% (n=1.162) dem Daten-Linkage zu. Die Teilnahme an der Erhebung und die Einwilligung zum Daten-Linkage sind also nahezu identisch. Die Rücklaufquote kann als befriedigend gewertet werden (z.B. Spanier et al., 2015); daher haben wir auf eine Erinnerung und ein nochmaliges Nachfassen verzichtet, da die anvisierte Anzahl von 1000 Rückläufen erreicht wurden. Analysen zum selection bias finden sich in Kap. 8.3.1).

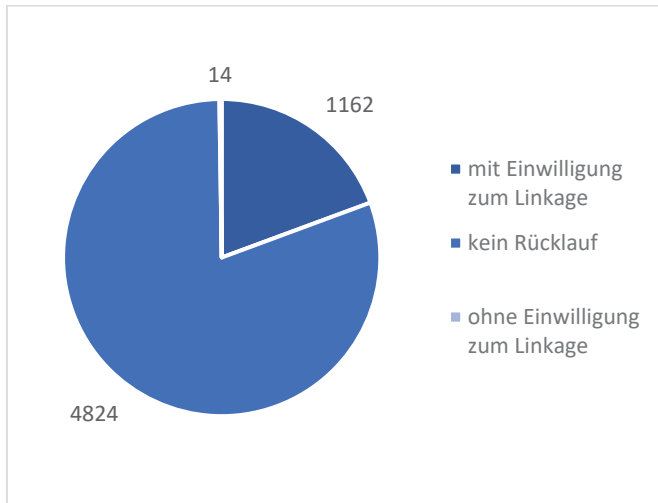


Abbildung 11 Rücklauf der Fragebogenerhebung. n= 6000 (Quelle: eigene Darstellung).

Bei der Fragebogenstichprobe war mit einem Bias zu rechnen. Da die Identifizierung der angeschriebenen Population über die RSD möglich war, konnte der selection bias untersucht werden. Um dessen Größenordnung abschätzen zu können, wurden die Personen, die dem Linkage zugestimmt hatten, mit den nicht antwortenden Personen (non-responder) verglichen (siehe Tabelle 6).

## Forschungsvorgehen und Studiendesign

Tabelle 6 Deskription zum selection bias.

		Zustimmung	
		ja (n=1162)	nein (n=4838)
		%	%
<b>Geschlecht (Ref.=Frauen)</b>	Mann	23,7	25,2
<b>Alter (Ref.=unter 39 Jahre)</b>	39-48	18,1	22,5
	49-58	49,5	43,6
	59-63	24,6	22,9
<b>Bildung (Ref.=keine Berufsausbildung)</b>	mit B-	57,7	57
	Hochschule	27,2	22,5
	unbekannt	11,9	16,2
	andere	2,2	3,9
<b>Somatoformer Schmerz (Ref.=nein)</b>	ja	11,5	13,8
<b>Depression (Ref.=nein)</b>	ja	3,9	4,5
<b>PTBS (Ref.=nein)</b>	ja	4,1	4,4
<b>Angststörung (Ref.=nein)</b>	ja	12,1	13,2
		<b>M (SD)</b>	<b>M (SD)</b>
<b>Tage mit Arbeitslosengeld im Mittel 2014-17 (* /10)</b>		1,39 (3,06)	2,06 (3,63)
<b>Tage mit Arbeitslosengeld 2018 (* /10)</b>		3,62 (9,05)	4,14 (9,36)
<b>Entgelt aus Beschäftigung im Mittel 2014-17 (* /10.000)</b>		0,29 (0,19)	0,24 (0,17)
<b>Entgelt aus Beschäftigung 2018 (* /10.000)</b>		0,28 (0,21)	0,23 (0,20)

Im Modell zeigte sich, dass insbesondere Frauen, ältere Personen, Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit und Menschen mit „positiver“ bewerteten Erwerbsverläufen (z.B. gelungener RTW nach medizinischer oder beruflicher Reha; geringere Zeiten der Erwerbslosigkeit) an der Fragebogenerhebung teilnahmen und dem Daten-Linkage zustimmten.

Die Verteilung der F-Diagnosen stimmte annähernd überein. Größere Differenzen wurden mit Blick auf höhere Berufsabschlüsse ersichtlich. So zeigte sich in unserer Fragebogenstichprobe, dass 27,2 % einen Hochschulabschluss hatten, während in der RSD 22,5 % diesen vorweisen konnten. Mit 57,7 % zu 57 % waren Personen mit einer Berufsausbildung fast gleich repräsentiert. Ein Bildungs-bias, der allgemein

bei schriftlichen Befragungen zu beobachten ist, war hier nur sehr gering ausgeprägt. Die folgende Abbildung 12 bietet einen Überblick über die einzelnen Merkmale des selection bias:

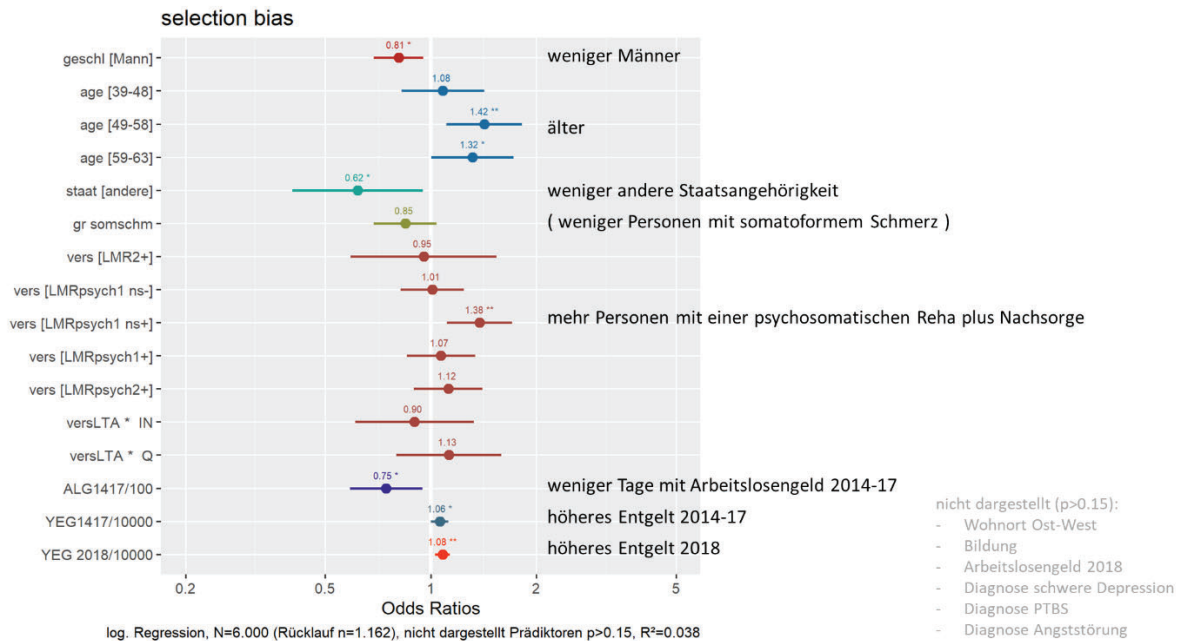


Abbildung 12 Selection bias zur Zustimmung zur Teilnahme an der Fragebogenerhebung inkl. Daten-Linkage

Technisch wäre eine statistische Anpassung an Randverteilungen möglich gewesen. Wir haben davon abgesehen, weil:

- die Modellgüte sehr gering ist und damit unbeobachtete Heterogenität besteht.
- methodische Gegenargumente vorliegen<sup>40</sup> und für unsere Fragestellung eine Näherung an Repräsentativität ausreichte.

Eine weitere Verzerrung verdeutlichte sich in der Inanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen. Gerade Menschen mit einer psychosomatischen Rehabilitation plus Nachsorgeleistung sind in unserer Fragebogenstichprobe im Vergleich zu den RSD-Daten der DRV stärker vertreten. Hier können wir vermuten, dass der kurze und von uns als vorteilhaft bewertete Inanspruchnahmeverlauf sowie die Möglichkeit der weiteren Bearbeitung der gesundheitlichen Situation oder Beeinträchtigung durch die Nutzung von Nachsorgeangeboten, das Vertrauen in die DRV und damit die Bereitschaft zur Teilnahme an entsprechenden Forschungsprojekten positiv beeinflusst.

#### 4.3.5. Erfassung der Fragebögen und Vorbereitung für die Auswertung

Die Fragebogen wurden von iqpr digitalisiert. Dabei wurden umfassende Prüfungen der Datenqualität vorgenommen, insbesondere stichprobenartige Sichtkontrolle und manuelle Prüfung der Einlesefehler. Die Daten wurden final in einer Microsoft Excel Datei sowie als SPSS-Datensatz erfasst. Die Einwilligungserklärungen zur Bereitschaft an der Teilnahme zum Interview wurden vom iqpr an die BWS postalisch versendet. In Vorbereitung auf die Auswertung wurden fehlerhaft übertragene Textdaten händisch korrigiert und die Fragen 16 und 19 des Fragebogens von Einfachantwortfragen zu Mehrfachantwortfragen konvertiert. Dieses Vorgehen war notwendig, da sehr viele Teilnehmer die beiden genannten Fragen, trotz der Bitte um eine Einfachantwort, mehrfach angekreuzt haben.

#### 4.3.6. Fragebogenauswertung

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte mit IBM SPSS Statistics 27 bzw. MAXQDA 2022 für die Auswertung der offenen Fragen. Zur Beschreibung der soziodemografischen Merkmale der Stichprobe wurden absolute und relative Häufigkeiten ermittelt. Für metrische Variablen wurden zusätzlich Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Nach der Verlinkung von RSD und Fragebögen mit Einwilligung zum Linkage wurden zudem Gewichtungen vorgenommen (Poststratifizierung, siehe Kap. 8.3.2).

### 4.4. Interviewrekrutierung und Ablauf der qualitativen Erhebung

Bis zum Ende der Fragebogenerhebung konnte ein Rücklauf von 1.176 Fragebögen verzeichnet werden. Die Einwilligungserklärungen zur Bereitschaft an der Teilnahme zum Interview wurden vom IQPR an die BWS postalisch versendet. Von den 1.176 Teilnehmern der Fragebogenerhebung erklärten sich 678 Personen zu einer Interviewteilnahme bereit, das sind 57,7 Prozent der Gesamtstichprobe (Abbildung 13).

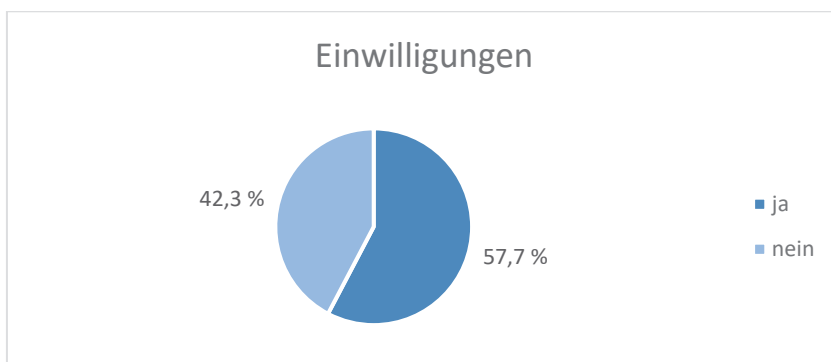


Abbildung 13 Übersicht zur Interviewbereitschaft. n=1.176 (Quelle: eigene Darstellung).



### 4.4.1. *Auswahl*

Parallel zur Aufbereitung der Fragebögen wurden die Vorbereitungen für die weitere Interviewbefragung getroffen, die in der ersten Hälfte des Jahres 2022 stattfand. Mit der zeitlichen Staffelung wurde das Ziel verfolgt, parallel zur beginnenden qualitativen und quantitativen Auswertung immer wieder zielgerichtet neue Versicherte zu interviewen, um im Auswertungsprozess aufkommende neue (Teil-)Fragen empirisch beantworten zu können (nach dem Prinzip des „theoretical sampling“) (Glaser & Strauss, 1998). Hierbei wurde nach einer möglichst großen Variation von Teilnehmermerkmalen und Leistungsketten- bzw. Behandlungsverlaufsvariationen zur Exploration sowie minimalen Kontrasten zur theoretischen Sättigung (ebd.) der vorgefundenen Varianten gesucht. Bis Juni 2022 wurden so 50 weitere Interviewteilnehmende ausgewählt und befragt. Eine theoretische Sättigung des gesamten Interviewsamples; d.h. dass bei einer gewissen Anzahl an Teilnehmer keine signifikanten neuen Variationen an Lebenskonstellationen mehr gefunden werden können, konnte ansatzweise erreicht werden.

### 4.4.2. *Ablauf der Interviews*

Die Kontaktaufnahme zu den Teilnehmern erfolgte schriftlich über E-Mail und wenn nötig telefonisch. Den Ort und ggf. das Medium des Interviews (Face-to-Face, Online) konnten die Teilnehmer frei wählen. So war es möglich, das Interview über eine datenschutzrechtliche gesicherte Videomeetingplattform, per Telefon oder in Präsenz abzuhalten. Erhebungsorte waren entweder das Büro des BWS-Instituts, das eigene Zuhause der Teilnehmer oder aber ein ruhiger ungestörter Ort, den die Teilnehmenden selbst benannt hatten.

Die Befragung der ausgewählten Teilnehmer erfolgte mit einem episodisch-narrativen Interview (Flick, 2011), um es den Befragten zu ermöglichen ihren biografischen Werdegang und den individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf, aktuell wie auch prospektiv möglichst frei zu rekonstruieren.

Von den 70 Interviewten der vorgezogenen qualitativen Erhebung und der Haupterhebung waren 61 weiblich und 9 männlich. 42 Personen wiesen eine Hauptdiagnose aus dem F3-Spektrum, 16 eine F4-Diagnose und 8 Teilnehmer eine Hauptdiagnose aus dem Bereich Muskuloskelettale Erkrankungen mit F3 oder F4-Nebendiagnose auf, bei einer Person lag nach ICD 11 eine Sehstörung vor (siehe auch Kapitel 7.1).

Das Interview wurde mit einem Erzählstimulus eröffnet: „Wie ist es nach der letzten rehabilitativen Maßnahme bei Ihnen weitergegangen?“; weitergehend wurde offen gefragt: „Wie war ihr individueller Weg in die Rehabilitationsmaßnahme?“. Nach Abschluss der Selbsterzählung wurden biografische Leerstellen und thematisch relevante Aspekte gezielt abgefragt; die Interviewdauer betrug in der Regel zwischen 45 und 120 Minuten. Die Dauer der Interviews gestaltete sich dabei sehr unterschiedlich, da

manche Teilnehmer starken Redebedarf hatten oder aber auf einen langen und facettenreichen Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf zurückblickten, während andere Personen eine kurze Leistungs- und Behandlungskette vorwiesen. Die letzten episodisch- narrativen Interviews fanden im Juli 2022 statt.

#### 4.4.3. Datenauswertung

Für die Datenauswertung wurden die Audioaufzeichnungen der Interviews nach den Transkriptionsregeln nach Rosenthal (2014) von einem Transkriptionsdienstleister – der eine Datenschutzvereinbarung unterzeichnet hatte - transkribiert. Nachstehend findet sich ein Beispiel für eine Transkription, „I“ steht dabei für Interviewer/in, „B“ für die befragten Personen:

631 B: nicht (?) da bin ich dann bei der Hausärztin **raus** (.)  
632 I: mhm (.)  
633 B: nicht (?) aber ich denk mal die wird von der Psychologin auch nach wie vor  
634 immer noch die Berichte kriegen und das alles=aber ich **selber** bin jetzt gar  
635 nicht mehr vorstellig geworden bei ihr (.)  
636 I: mhm (.)  
637 B: weiterhin (.)  
638 I: mhm (.)  
639 B: ne (?)  
640 I: (1) und ähm Sie ham auch schon davon gesprochen, Sie warten jetzt auf die  
641 Bewilligung einer erneuten Reha (.) (1) was denken Sie oder wie möchten Sie  
642 eigentlich dass es danach weitergeht (.) nach der Reha, also möchten Sie  
643 wieder in Ihren Beruf einsteigen auch (?) (1) oder-

Abbildung 14 Beispiel Transkription.

Im Laufe des Forschungsprozesses wurde nach inhaltlichen und methodologischen Kriterien, wie maximaler und minimaler Kontrast sowie maximale Variation entschieden, welche Interviews transkribiert werden. Insgesamt wurden 30 Transkripte mit dieser Vorgehensweise analysiert. Nach der Übermittlung der fertiggestellten Transkripte seitens des Dienstleisters erfolgte die Analyse der qualitativen Daten in drei Schritten:

1. Zunächst wurden die Transkripte in das Textauswertungsprogramm MaxQDA (vgl. Kuckartz et al., 2007) eingelesen und nach Grundsätzen der Grounded Theory codiert (vgl. Strauss & Corbin, 2010).
2. Anschließend wurden die Transkripte einer sequenzanalytischen Auswertung unterzogen, um der fortlaufenden biographischen Entwicklung und des in Anspruch genommenen Behandlungsverlaufes in der Auswertung gerecht zu werden (vgl. Rosenthal & Fischer-Rosenthal, 2015).
3. In einem dritten Schritt, der komparativen Analyse (vgl. Glaser & Strauss, 1998, S. 36; Kelle, 1997, S. 289) wurden strukturähnliche Fälle mit stark kontrastierenden Fällen aufeinander bezogen. Hierbei wurden auch die nicht-transkribierten Interviews herangezogen; einzelne Interviewpassagen wurden dabei aus den im MP-3-Format aufgenommenen Gesprächen eingefügt. Das zentrale Analyse-Verfahren ist dabei der ständige Vergleich (ebd.). Dieser ermöglicht mit den Mitteln des minimalen und des maximalen Kontrasts Fallgemeinschaften und Unterschiede herauszuarbeiten und so die Breite der empirisch vorkommenden Fallkonstellationen zu erfassen. Dies erlaubte es, charakteristische Verläufe zu erkennen, daraus Verlaufsgruppen zu definieren und diese zu vergleichen. Zusätzlich erhobene Experteninterviews, die die Auswertung des Materials durch die Perspektive von Praktikern des ambulanten und rehabilitativen Systems und Akteuren und Zuweisern innerhalb des Reha-Systems (siehe Punkt 4.5), sowie Experten aus der Versorgungsforschung, erlaubten eine Präzisierung und Überprüfung unserer Ergebnisse.

Auf Basis der Interviews konnten vertiefte Einblicke in die biografischen Verläufe der Teilnehmer, Krankheitskarrieren, mögliche Traumata, aber auch Entscheidungsmotive für Berufswahl und familiäre Planung erhoben werden. Die Vorgeschichte der Erkrankung und der Behandlungsverlauf aus Sicht der Teilnehmer waren ebenfalls ein wichtiger Teil der Gespräche. Insgesamt zeigte sich in unserem Sample eine große Heterogenität in den Verläufen.

## 4.5. Experteninterviews

### 4.5.1. Auswahl und Ablauf

Ergänzend zur Perspektive der befragten Teilnehmenden wurden Experteninterviews durchgeführt. Auf Grundlage von Kooperationsnetzwerken, persönlichen Kontakten innerhalb des rehabilitativen Systems und internetbasierter Recherche wurden kompetente Akteure und Akteurinnen aus der

Versorgung und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen für die Befragung gezielt angesprochen, um folgende Bereiche abzudecken:

1. Zuweisungskriterien und Zuweisungspraxis in das rehabilitative System
2. Schnittstellen- etablierte multidisziplinäre und institutionsübergreifende Strukturen. Erfahrungen und Problematiken
3. Praxiserfahrungen aus der medizinischen Rehabilitation und aus der beruflichen Integration (Problemlagen, Bedarfe, Wünsche der Rehabilitanden mit psychischen Beeinträchtigungen)
4. Themen aus der Versorgungsforschung
5. Ambulante Versorgung psychisch beeinträchtigter Personen außerhalb des Rehasystems

Die Resonanz der angefragten Experten war insgesamt positiv, es wurden jedoch institutionelle Unterschiede deutlich. Während die angefragten Akteure aus den Bereichen Zuweisung und der Versorgungsforschung zu einem großen Teil positiv auf die Anfragen reagierten, blieben Anfragen in den Bereichen der ambulanten Versorgung und innerhalb der rehabilitativen Praxis überwiegend unbeantwortet bzw. wurden abgelehnt. Die Expertengespräche wurden persönlich oder auf der datenschutzrechtlich konformen Onlineplattform per Videochat durchgeführt. Die Gespräche wurden im Einvernehmen mit den befragten Experten digital aufgezeichnet.

### 4.5.2. *Themen und Inhalte*

Bei den Experteninterviews lagen die Schwerpunkte auf dem aktuellen Zuweisungs- und Versorgungssystem, insbesondere den typischen Versorgungsverläufen und Leistungsketten, auf Aspekten der Teilhabe am Arbeitsleben sowie auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, auf dem Themenfeld der sozialen Beratung, den Problemlagen der psychischen erkrankten Menschen aus Sicht der Experten sowie auf den Optimierungsmöglichkeiten der schnittstellenübergreifenden Versorgung und dem Zugang zu einem gesamtgesellschaftlich orientierten Rehabilitationskonzept.

Für die Befragung wurde ein individuell an den institutionellen Hintergrund der ausgewählten Experten angepasster Leitfaden mit einem *Core-Set* von Fragen entwickelt, die uns für die zentralen im Projekt relevanten Bereiche nach Analyse des Forschungsstandes, den Anregungen durch die Mitglieder im Forschungsbeirat sowie des Workshops und durch den quantitativ und qualitativ voranschreitenden Forschungsprozess relevant erschienen. Diese Fragen zielten darauf, die aus der Literaturrecherche sowie der Datenanalyse gewonnenen Informationen zu überprüfen, kritisch zu hinterfragen und ggf.

## Forschungsvorgehen und Studiendesign

zu erweitern. Die zentralen Fragen gliederten sich in folgende in Tabelle 7 dargestellten Themenbereiche.

*Tabelle 7 Themenfelder der Expertenbefragung.*

THEMENBEREICHE	UNTERBEREICHE
<b>Themenbereich I</b> Psychische Erkrankungen und psychosoziale Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosen</li> <li>• Epidemiologie</li> <li>• Komorbiditäten</li> <li>• Bedeutung, Folgen</li> <li>• ICF</li> <li>• Bewältigung</li> <li>• Unterstützende Faktoren</li> </ul>
<b>Themenbereich II</b> Versorgungs- und Rehabilitationssystem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang und Zuweisungsprozesse</li> <li>• Versorgungskette</li> <li>• Stationen der Versorgung</li> <li>• Psychotherapeutisches Versorgungssystem</li> <li>• rehabilitatives psychosomatisches und somatisches Versorgungssystem</li> <li>• rehabilitatives berufliches Versorgungssystem</li> <li>• Selbstbestimmung und Mitwirkungsmöglichkeiten</li> <li>• Schnittstellenproblematik</li> <li>• Akteure</li> <li>• Leistungserbringer (v.a. Rehakliniken)</li> </ul>
<b>Themenbereich III</b> Teilhabe am Arbeitsleben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• berufliche Situation</li> <li>• Präsentismus</li> <li>• Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</li> <li>• Datenlage zum Erwerbsstatus</li> <li>• Bedeutung des Berufs für die Zielgruppe</li> <li>• Schwierigkeiten und Herausforderungen</li> <li>• Return to Work und Perspektiven</li> <li>• Arbeitsmarkt und Arbeitswelt</li> <li>• Arbeitgeber</li> <li>• Stay at Work</li> </ul>
<b>Themenbereich IV</b> Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychosomatische und medizinische Rehabilitation</li> <li>• Inanspruchnahmeverhalten</li> <li>• Erwerbsminderungsrente</li> <li>• LTA</li> <li>• Bedeutung</li> </ul>

## Forschungsvorgehen und Studiendesign

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedarfslage</li> <li>• Förderfaktoren &amp; Hemmnisse</li> <li>• Herausforderungen</li> <li>• Persönliche Leistungen und Motivationslagen</li> <li>• Grad der Behinderung</li> <li>• finanzielle Leistungen</li> <li>• Antragsverfahren</li> <li>• Ablauf des Verfahrens und zeitlicher Rahmen</li> <li>• Antragsverhalten und Motivation</li> <li>• Unterstützung</li> </ul>
<b>Themenbereich V</b> Beratung und Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratungsleistungen durch unterschiedliche Akteure (Kostenträger, Selbsthilfe, Mediziner, Leistungserbringer)</li> <li>• Beratungsinhalte und -qualität</li> <li>• Informationsstand bei psychisch beeinträchtigten Menschen und Akteur*innen des Versorgungssystems</li> <li>• Informationswege und Informationskanäle</li> <li>• Informationsmaterial</li> </ul>
<b>Themenbereich VI</b> Prävention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebote</li> <li>• Inanspruchnahme</li> <li>• Arbeitgeber</li> <li>• Krankenkasse</li> <li>• Hausärzte</li> </ul>
<b>Themenbereich VII</b> Offenes Fragen	

Auf Grundlage dieses Core-Sets wurde der Interviewleitfaden für jeden Experten unter Berücksichtigung dessen institutionellen Hintergrunds individuell zusammengestellt

### 4.5.3. *Übersicht über die befragten Experten*

Insgesamt konnten im Projektverlauf von Juni bis Ende September 2022 12 verschiedene Akteure und Akteurinnen aus unterschiedlichen institutionellen Hintergründen zur Versorgungsstruktur, Zuweisungssteuerung und den Leistungsketten innerhalb der Versorgungsverläufen psychisch beeinträchtigter Menschen befragt werden. Fünf der befragten Experten sind praktisch in der Zuweisungssteuerung der Zielgruppe tätig, ein Experte ist dem Bereich der fachärztlichen psychosomatischen rehabilitativen Versorgung zu zuordnen. Ergänzend konnten zwei Experten aus der

Sozialberatung der Rehakliniken gewonnen werden. Zusätzlich wurden wissenschaftliche Experten aus zwei verschiedenen Forschungsprojekten (Blaufeuer<sup>41</sup> und VorReha<sup>42</sup>) befragt. Ferner wurde es uns ermöglicht an einem Qualitätszirkel aus Experten der Praxis, der Sozialmedizin (DRV) und Akteuren des Versorgungsamtes teilzunehmen und hier Fragen zur Zuweisung zu stellen. Ein weiterer Experte ist bei einem sozialpsychiatrischen Dienst tätig. Folgende Tabelle 8 gibt einen Überblick über die befragten Experten:

Tabelle 8 Übersicht zu den befragten Experten.

Lfd. Nr.	ID	Institutioneller Hintergrund
<b>Zuweisungssteuerung und Sozialmedizin</b>		
1	EXP 1.1	Sozialmedizin DRV- Rentenversicherungsträger Süd
2	EXP 1.2	Sozialmedizin DRV- Rentenversicherungsträger West
3	EXP 1.3	Sozialmedizin DRV- Rentenversicherungsträger- Zuständigkeit VorReha
4	EXP 1.4	Reha-Strategie und Sozialmedizin- Rentenversicherungsträger Ost
5	EXP 1.5	Leistungsabteilung, Reha- Strategie und -Steuerung Facharzt RehamedizinFeh- Rentenversicherungsträger West
<b>Akteure in der stationären und ambulanten Praxis</b>		
6	EXP 2.1	Fachärztliche Praxis Rehaklinik
7	EXP 2.2	Sozialdienst Rehaklinik
8	EXP 2.3	Sozialdienst Rehaklinik
9	EXP 2.4	Qualitätszirkel Experten Praxis und Sozialmedizin
10	EXP 2.6	Praxis sozialpsychiatrischer Dienst
<b>Experten der Wissenschaft</b>		
11	EXP 3.1.	Wiss. Experte Forschungsprojekt VorReha
12	EXP 3.2.	Wiss. Experte Forschungsprojekt Blaufeuer

#### 4.5.4. Auswertung

Die Auswertung der Experteninterviews orientierte sich an der themenbezogenen Auswertung von Meuser und Nagel (2005). Das auditive Datenmaterial der Experteninterviews wurde zusammenfassend sowie oberflächlich themenbezogen in Microsoft Word verschriftlicht und

<sup>41</sup> Das rehapro-Projekt Blaufeuer ist ein Beratungs- und Hilfsangebot, welches präventiv und intervenierend hinsichtlich arbeitsplatzbezogener Probleme von Menschen mit psychischen Problemlagen und Beeinträchtigungen handelt. Die Beratungsstellen befinden sich in Berlin, Köln und Nürnberg. Das Projekt wird quantitativ von der Universität Würzburg und dem Universitätsklinikum Würzburg sowie qualitativ von der Medical School Berlin wissenschaftlich begleitet.

<sup>42</sup> VorReha ist eine sechstägige Intervention, die einer stationären Rehabilitation vorgeschaltet ist. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch das Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung der Universität Ulm

besonders relevante Aussagen wörtlich transkribiert. Danach erfolgte der thematische Vergleich der Interviews, in dem Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet und diese in Beziehung zueinander gesetzt wurden. Mit der nachfolgenden „*empirische Generalisierung*“ (Meuser & Nagel, 2005) wurden Verallgemeinerungen und Deutungsmuster durch die Bildung von Kategorien präzisiert und abschließend interpretiert.

### 4.6. Datenschutz und Ethikkonzept

Es wurden alle Versicherten in die Studie einbezogen, die der Fragebogenerhebung und der Verknüpfung mit den RSD-Daten schriftlich zugestimmt und ihre Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme an das Forschungsteam postalisch übermittelten. Die Studienteilnehmer wurden in der „Studieninformation“ über das Projekt informiert und die Einwilligung zur Teilnahme wurde in der „Einwilligung zur Studienteilnahme“ schriftlich dokumentiert.

Grundsätzlich wurden Daten von Teilnehmern nur erhoben, wenn und nachdem diese:

- über Zweck und Ziele informiert wurden,
- ihr Einverständnis zur Teilnahme und zur RSD-Verknüpfung (schriftlich) erklärt haben und dabei
- einer Erhebung ihrer Daten zugestimmt haben.

Bei den Teilnehmenden der qualitativen Erhebung wurden personenbezogene Daten wie Namen und Adressen (Studienliste) und die während der Studiendurchführung entstehenden Forschungsdaten getrennt voneinander aufbewahrt. Die Studienliste wurde nach Projektende (31.08.2023) von der Forschungsgruppe vernichtet.

Dritte erhielten keinen Zugang zu den Kontaktdaten. Alle Personen, die Dateneinsicht erhielten, unterlagen der Schweigepflicht und den Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes.

Die qualitativen Interviews wurden mit Einverständnis der Studienteilnehmer digital aufgezeichnet. Die Audiodateien wurden auf einen passwortgeschützten PC in den Räumen des BWS-Instituts überspielt und vom tragbaren Aufzeichnungsgerät durch mehrfaches Überschreiben entfernt. Die Audiodateien wurden ein halbes Jahr nach der Transkription spätestens aber bei Projektabschluss (31.08.2023) durch mehrfaches Überschreiben gelöscht. Von 30 Audiodateien wurden zeitnah Transkripte angefertigt. Alle Namen, Personen, Orts- und Einrichtungsbezeichnungen wurden



pseudonymisiert. Damit Rückschlüsse aus der Ergebnisdarstellung auf einzelne Personen nicht möglich ist<sup>43</sup>.

Ein ausführliches Datenschutzkonzept wurde bei dem beteiligten Rentenversicherungsträger eingereicht und nach Begutachtung vor Beginn der Studie genehmigt (Anhang 12.6).

---

<sup>43</sup> Die pseudonymisierten Transkripte der Audioaufzeichnungen werden, wie der Arbeitsdatensatz, spätestens zehn Jahre nach Abschluss der Studie vernichtet. Die Aufbewahrung der pseudonymisierten Sekundärdaten ist im Sinne guter wissenschaftlicher Praxis sachlich zwingend erforderlich, um u. a. Transparenz für die geplanten wissenschaftlichen Publikationen in qualitativ hochwertigen Zeitschriften herzustellen. Datenschutzrechtlich werden die Transkripte auf einer externen Festplatte gespeichert und sicher verwahrt. Es werden keine Datenauswertungen durchgeführt und Ergebnisse publiziert, die einen Rückschluss auf einzelne Studienteilnehmer zulassen. Lediglich pseudonymisierte Studienergebnisse werden veröffentlicht. Der Förderer erhält keine personenbezogenen Daten, sondern nur einen Zwischen- und einen Abschlussbericht (siehe Anhang 12.6 „Datenschutzkonzept“).

## 5. Ergebnisse der quantitativen Teilstudie - Analyse der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD)

Die Datenbasis für die nachfolgenden Analysen ist die RSD von 2010 bis 2018 (siehe Kap. 4.2). Diese enthält die individuellen Leistungs- und Erwerbsverläufe vom 01.01.2010 bis 31.12.2018. Die zu analysierende Grundgesamtheit sind Personen mit Reha- und/oder Rentenleistungen in Trägerschaft der DRV Bund mit mindestens einer der folgenden Eigenschaften:

- Personen mit F3/F4-Haupt- oder Nebendiagnose bei medizinischer Rehabilitation, die zwischen 1.1.2017 und 31.12.2017 beendet wurde,
- Personen mit F3/F4-Haupt- oder Nebendiagnose bei LTA, die zwischen 1.1.2017 und 31.12.2017 beendet wurde,
- Personen mit F3/F4-Haupt- oder Nebendiagnose bei EM-Rente, die zwischen 1.1.2017 und 31.12.2017 neu bewilligt wurde oder läuft.

### 5.1. Hauptgruppen

Handlungsleitend für die Bildung der Hauptgruppen waren folgende Überlegungen und Annahmen.

F3- und F4-Diagnosen überwiegen insgesamt bei den F-Diagnosen und sind mengenmäßig für die DRV am bedeutsamsten. Daher sind sie als Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit gewählt. Zudem sind vorhandene psychische Komorbiditäten bedeutsam (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, 2014b).

Wir unterscheiden für jede Reha-Leistung oder Erwerbsminderungsrente ob

- (1) F3/F4 als Hauptdiagnose oder
- (2) eine andere F-Diagnose als Hauptdiagnose und F3/F4 als Nebendiagnose oder ob
- (3) nur in der Nebendiagnose eine F3/F4-Diagnose (psychische Komorbidität) kodiert ist.

Diagnosen liegen nicht durchgängig für alle Leistungen vor. Teils wird nach Bewilligungs- und Entlassungsdiagnose unterschieden. Bei der medizinischen Rehabilitation verwenden wir die Entlassungsdiagnose, weil hier von einer höheren Validität auszugehen ist. Zudem könnte es sein, dass die Unterscheidung nach Haupt- und Nebendiagnose eher administrativer Logik als der handelnden Praxis folgt und daher nachrangig ist.

Wenn Personen im Beobachtungszeitraum mehr als eine Leistung erhalten, dann unterscheiden wir drei disjunkte Gruppen mit folgender Priorisierung:

- (1) Wenn irgendwann im Beobachtungszeitraum eine F3/F4-Hauptdiagnose vorlag, dann wird die Person der Gruppe „F3/F4-Hauptdiagnose“ zugeordnet.
- (2) Personen werden der Gruppe „andere F-Diagnose“ als Hauptdiagnose zugeordnet, wenn sie mindestens ein F-Hauptdiagnose aufweisen die nicht F3/F4 ist.
- (3) Haben Personen ausschließlich andere Hauptdiagnosen als F, dann gehören Sie zur Gruppe „psychische Komorbidität“

Neben der Unterscheidung nach Diagnosen differenzieren wir nach der Leistungsart.

- (1) Erfolg von Leistungen ist unterschiedlich zu werten. Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ist das prioritäre Ziel der DRV. Für Altersrentner ist dieses Kriterium nicht prioritär. Für Menschen in einer WfbM ist die Integration angesichts der Intensität der Erkrankung oder Behinderung in den ersten Arbeitsmarkt vielfach nicht realistisch. Auch für Menschen, die RPK-Leistungen erhalten haben, können abweichende Erfolgskriterien gelten. Daher sollen diese drei Gruppen separat betrachtet werden.
- (2) Nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“ sollten Personen, die eine Erwerbsminderungsrente erhalten, in der Zeit vorher Rehabilitationsleistungen erhalten haben. Von Interesse ist daher, ob und welche Leistungen vorher in Anspruch genommen werden.
- (3) Die übrigen Personen haben Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und/oder Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten. Wir unterscheiden, ob dies in Kombination auftritt oder isoliert.

Im Ergebnis resultieren daraus die in Tabelle 9 dargestellten disjunkten Gruppierungen mit Priorisierung von oben nach unten bzw. von links nach rechts (die farblich markierten Gruppen werden weitergehend analysiert).

## Ergebnisse der quantitativen Teilstudie- Analyse der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD)

Tabelle 9: Theoretisch gebildete und disjunkte Hauptgruppen und Anzahl der Personen.

	Hauptdiagnose		Nebend.
	F3/F4	andere F	F3/F4
1 WfbM irgendwann Personen, die irgendwann WfbM-Leistungen und in 2017 mindestens eine F-Leistung erhalten haben.	132		
2 RPK irgendwann Personen, die irgendwann RPK-Leistungen und in 2017 mindestens eine F-Leistung erhalten haben.	499		
3 Altersrente 2018 Personen, die in 2018 Altersrente erstmals beziehen und in 2017 eine F-Leistung erhalten haben	3.232		
4 Erwerbsminderungsrente bewilligt ab 2017 Personen, die ab 2017 eine EMR beziehen	21.529	1.523	3.598
5 Erwerbsminderungsrente bewilligt bis 2016 Personen, die bis 2016 eine EMR bewilligt bekommen haben aber ab 2017 nicht mehr beziehen	121		
6 LTA 2017, ggf. auch LMR Personen, die bis 2017 eine LTA abgeschlossen haben	1.034	56	696
7 LTA bis 2016, ggf. auch LMR Personen, die bis 2016 eine LTA abgeschlossen haben	824		
8 LMR 2017 (ohne LTA) Personen, die mindestens eine LMR und keine LTA abgeschlossen haben	39.849	2.975	21.765

Anmerkung: Diagnosen beziehen sich auf „mindestens eine Leistung im Beobachtungszeitraum mit dieser Diagnose“ bei Priorität von links nach rechts. Gruppierungen vertikal in Priorisierung von oben nach unten (d.h. in Zeile 2 sind die Personen die nicht in 1 sind usw.).

Die Gruppierung folgt der Diskussion in der Projektgruppe und den beteiligten Experten. Sie stellt aus unserer Sicht einen guten Kompromiss zwischen „zu grob“ und „zu fein“ dar. Von dieser Basis aus wurden dann Binnendifferenzierungen vorgenommen und weiterführende Analysen vorgenommen, die auch Differenzierungen nach Diagnosen, Leistungsarten sowie Erwerbsverläufe berücksichtigen. Letztere sind einerseits Ergebnis von Reha-Leistungen und andererseits bei Teilhabestörungen auch Grund für Reha-Leistungen.

Alternativ zu theoretischen Gruppen hatten wir clusteranalytische Gruppenbildungen von individuellen Leistungsketten exploriert, die aber inhaltlich kaum sinnvoll interpretierbare Lösungen hervorgebracht haben. Grund war, dass auch hier Annahmen zu treffen sind. Welche Granularität der Leistungen soll zugrundegelegt werden? Sollen Abfolgen von Leistungen oder auch deren Dauern berücksichtigt werden? Welches Ähnlichkeitsmaß und welcher Clusteralgorithmus sollen gewählt

werden? Technisch sind zudem die Fallzahlen so hoch, dass insbesondere hierarchische Clusterverfahren limitiert sind bzw. auf Stichproben zurückgegriffen werden muss.

Für die weiteren Analysen beschränken wir uns auf folgende Hauptgruppen:

- (1) EMR\_F34: Personen, die in 2017 und/oder 2018 eine EMR beziehen und irgendwann ein F3 oder F4-Hauptdiagnose aufweisen;
- (2) LTA: Personen, die in 2017 oder 2016 eine LTA abgeschlossen haben und irgendwann eine F-Diagnose aufweisen (zusätzlich können LMR vorhanden sein, aber keine bewilligten EMR; keine Eingrenzung der Diagnosegruppe, weil die Fallzahl ohnehin gering ist);
- (3) LMR\_F34: Personen, die in 2017 eine LMR abgeschlossen haben und irgendwann ein F3 oder F4-Hauptdiagnose aufweisen (es sind aber keine LTA und keine bewilligten EMR vorhanden).

Die übrigen Hauptgruppen sind zum einen speziell (WfbM, RPK), weil hier andere Erfolgskriterien als das RTW anzulegen sind. Zum anderen stehen Personen in Altersrente dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung. Daher verzichten wir zunächst auf weitere Analysen für diese Gruppen.

Bei den beiden großen Gruppen Erwerbsminderungsrente und medizinische Rehabilitation konzentrieren wir uns entsprechend der Projektfragestellungen auf die Versicherten, die irgendwann einmal eine F3-/F4-Hauptdiagnose aufgewiesen haben. Treten diese Diagnosegruppen ausschließlich als Nebendiagnosen auf, gehen wir davon aus, dass auch andere Mechanismen für die Leistungssteuerung zugrunde liegen können. Damit wären die Analysegruppen unscharf und noch heterogener. Sofern die zugrundeliegenden Mechanismen für die Leistungssteuerung vergleichbar sein sollten, wäre in den Analysegruppen nur die Fallzahl reduziert. Wäre die Fallzahl dort recht klein, dann könnten möglicherweise kleine Effekte statistisch nicht abgesichert werden, obwohl sie tatsächlich vorhanden sind. Da jedoch die Fallzahl in den gewählten Analysegruppen mit  $n > 21.000$  recht hoch ist, werten wir den Bias aufgrund der Fallzahl als vernachlässigbar.

Für die Deskription dieser Hauptgruppen sei auf den Anhang „Auswertungen der RSD“ verwiesen. Einzelne Aspekte daraus sind nachfolgende aufgeführt:

- LMR: 83% dieser Personen haben nur eine Leistung erhalten.
- LTA: 66% dieser Personen haben zwei oder drei Leistungen erhalten, die übrigen noch mehr. Eine isolierte LTA ohne weitere Leistungen haben nur Einzelfälle erhalten<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> Eine mögliche Hypothese ist, dass Personen, die einmal bei LTA-Leistungen erfasst sind eine höhere Chance auf weitere Leistungen haben, weil innerhalb der LTA-Angebote eine engere Verzahnung vorhanden ist (etwa im Vergleich zur med. Reha und zwischen ambulanter Versorgung und Reha-Leistungen). Ein anderer Grund kann auch darin liegen, dass LTA-Leistungen aufeinander gestuft folgen: Berufsfindung, Belastungserprobung, Qualifizierungsmaßnahmen, Begleitung und Fallmanagement beim RTW. Zudem würden einmalige Leistungen, die zu einem erfolgreichen RTW führen, auf Effizienz hindeuten.

## Ergebnisse der quantitativen Teilstudie- Analyse der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD)

- EMR: 17% haben nur die EMR erhalten und keine weitere Leistung, 60% zwei oder drei Leistungen.
- Wegen dem Fokus auf psychische Erkrankungen sind die Frauenanteile in allen Gruppen recht hoch.
- Der Anteil der älteren Personen ist in der Gruppe EMR am höchsten.
- Der Anteil mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI) ist in der Gruppe EMR am höchsten, ebenso die Diagnosen zu Angststörung sowie somatoformer Schmerz.
- Die „positiven“ Erwerbsbiografien (Einkommen, Beschäftigungstage, Erwerbsstatus vor der letzten Leistung) sind in der Gruppe LMR zu beobachten.
- Umgekehrt liegen die längsten Phasen mit Sozialleistungen (Krankengeld, Arbeitslosengeld) in den beiden anderen Gruppen vor. Dort ist auch die Dauer von der ersten Sozialleistung bis zur ersten DRV-Leistung am längsten.

## 5.2. Ausgewählte Haupt- und Untergruppen

Die drei ausgewählten Hauptgruppen wurden im Weiteren in Untergruppen binnendifferenziert (siehe Tabelle 10). Für das Vorgehen sei auf den Anhang „Auswertungen der RSD“ verwiesen.

Tabelle 10: Haupt- und Untergruppen.

Gruppe	Untergruppe		Anzahl
EMR <sup>°</sup>	LMR	mind. 1 LMR (aber keine LTA)	13.433
	LTA	mind. 1 LTA	1.390
	ohne Reha	keine LTA und keine LMR	5.784
LTA <sup>^</sup>	Q	Q optional zusätzlich IN oder sLTA	366
	IN	IN optional zusätzlich sLTA (aber keine Q)	322
	sLTA ohne LMR	sLTA (keine Q/IN) und keine LMR/LMRpsych	11
	sLTA plus LMR	sLTA plus LMR (ohne LMRpsych)	1.029
	sLTA plus LMRpsych	sLTA plus LMRpsych	817
LMR <sup>°</sup>	Entwöhn	1 Entwöhnung plus weitere LMR	94
	LMRpsych1_ns-	1 LMRpsych ohne Nachsorge	30.781
	LMRpsych1_ns+	1 LMRpsych mit Nachsorge	2.119
	LMRpsych1+	1 LMRpsych plus „normale“ LMR	2.259
	LMRpsych2+	mind. 2 LMRpsych	937
	LMR1	1 „normale“ LMR oder LMRsonst	1.103
	LMR2+	mind. 2 „normale“ LMR oder LMRsonst	136
	Summe		60.581

Anmerkung: <sup>°</sup> irgendwann F3/F4-Hauptdiagnose, <sup>^</sup> irgendwann F3/F4-Diagnose

EMR = Erwerbsminderungsrente, LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LMR = Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Q = Qualifizierung, IN = Integration, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe), LMRpsych = psychosomatische Rehabilitation, LMR1 bzw. LMR2+ = normale medizinische Rehabilitation, ns = Nachsorge (z.B. Psy-RENA)

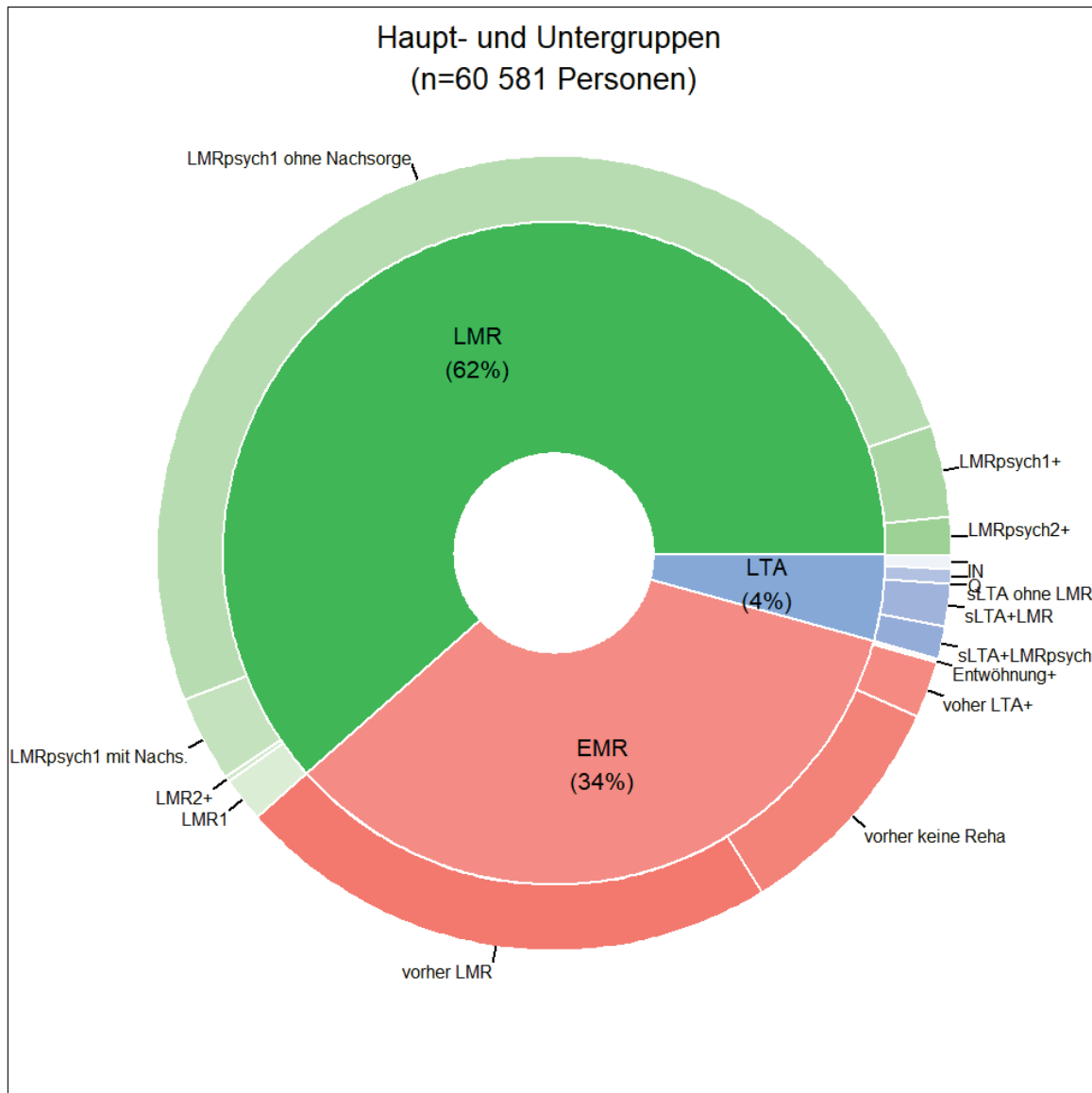


Abbildung 15: Die Haupt- und Untergruppen, im Einzelnen.

**Hauptgruppe LMR („medizinische Rehabilitation“)**

Entwöhn	1 Entwöhnung plus weitere LMR
LMRpsych1_ns-	1 psychosomatische Rehabilitation ohne Nachsorge
LMRpsych1_ns+	1 LMRpsych mit Nachsorge
LMRpsych1+	1 LMRpsych plus „normale“ med. Rehabilitation
LMRpsych2+	mind. 2 LMRpsych
LMR1	1 „normale“ med. Rehabilitation
LMR2+	mind. 2 „normale“ med. Rehabilitationen

**Hauptgruppe LTA („mindestens eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“)**

Q	Qualifizierungsleistungen optional zusätzlich IN oder sLTA
IN	Integrationsleistungen optional zusätzlich sLTA (aber keine Q)
sLTA ohne LMR	sonstige LTA (keine Q/IN) und keine LMR/LMRpsych
sLTA plus LMR	sLTA plus LMR (ohne LMRpsych)
sLTA plus LMRpsych	sLTA plus LMRpsych

Auf dieser Basis ist für die untersuchte Population festzuhalten:

- Die meisten Personen mit Leistungen zur med. Reha (ohne LTA) haben genau eine psychosomatische Reha – mehrheitlich ohne Nachsorge – erhalten.
- Es gibt relativ wenige Personen mit mindestens einer LTA.
- Viele Erwerbsminderungsrenten erfolgen ohne vorherige Reha.
- Ketten aus DRV-Leistungen betreffen relativ wenige Personen.

Die Untergruppen wurden bezüglich der individuellen Leistungsketten aufbereitet (insbesondere mittels Sequenzmusteranalysen), nachfolgend beispielhaft für Personen, die mindestens eine Integrationsleistung aber keine Qualifizierungsleistung erhalten haben. Links sind zeilenweise die individuellen Zeitverläufe der Leistungen und des Beitrags farblich dargestellt. Der Übersichtlichkeit wegen sind 30 typische Verlaufsmuster dargestellt, deren Repräsentativität durch die Boxplots rechts markiert ist (je weiter links die Verteilung, umso homogener ist der in derselben Zeile dargestellte Vertreter).

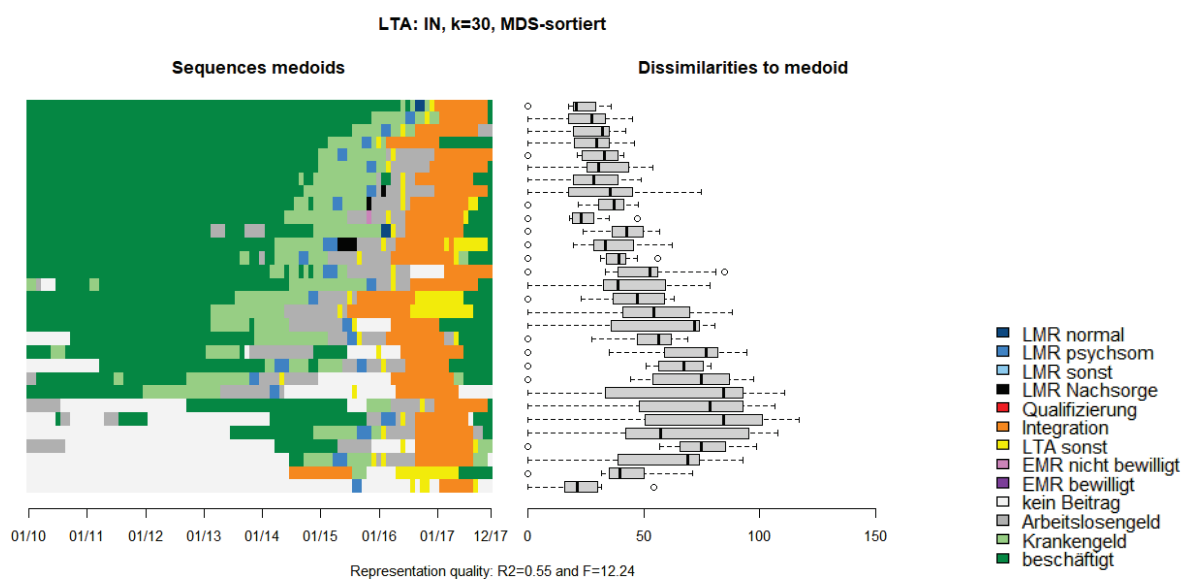


Abbildung 16 Muster von Versorgungsverläufen, hier Personen mit mindestens eine Integrationsleistung.

Aus der Abbildung 16 ist ersichtlich, dass in dieser Gruppe erstens Leistungsketten vorliegen und zweitens die Erwerbsbiografien mehr oder weniger brüchig sind.

Derartige Darstellungen wurden für alle Untergruppen erstellt (dazu und zur Methodik siehe Anhang 12.1 „Teilbericht für die erste Projektphase: Auswertungen der RSD“ in den Abschnitten 4.1.4 und 4.2).



### 5.3. Prognosegruppen

Für die größeren Untergruppen bei LMR und LTA wurden Prognosemodelle für stabile Beschäftigung in 2018 (ja/nein) entwickelt und jeweils die vier Prognosegruppen aus dem Abgleich von Prognose und Realität gebildet.

#### **Methode**

Outcome ist das RTW in 2018. Die Prädiktoren sind sämtliche vorausgewählte Variablen (siehe Anhang „Auswertungen der RSD“). Missing Data sind als solche kodiert und nicht ersetzt. Wir verwenden logistische Regressionen und selektieren die Prädiktoren empirisch anhand AIC (backward and forward selection). Wir berichten als Gütemaß das  $R^2$  nach Nagelkerke sowie das AUC (area under curve). Die Regressionskoeffizienten berichten wir als Odds Ratio und für die zentralen Modelle berichten wir zusätzlich AME (average marginal means). Die Trennwerte für die Prognosegruppen legen wir anhand des Youden-Index fest, der mittels bootstrap ( $n=250$ ) intern validiert wird. Im Vorgriff auf die Ergebnisse haben sich die Modellgüten als gut bis sehr gut erwiesen.

Für die ausgewählten Untergruppen erfolgen weitere Binnendifferenzierungen, die als Prognosegruppen bezeichnet werden. Die Methodik schließt an die im vorherigen Kapitel beschriebenen Prognosemodelle zum RTW.18 an. Die Prognosegruppen liefern dann die Basis für die Auswahl der Interviewpersonen und Fragebogenerhebungen.

Innerhalb der Untergruppen wurde wie folgt vorgegangen:

1. Ermittlung eines Trennwerts, ab wann die Prognose als negativ bzw. positiv zu werten ist. Dazu wählen wir den empirisch optimalen cut-off gemäß Youden-Index mit Bootstrap  $n=250$ .
2. Ermittlung der Kreuztabelle aus dem prognostizierten RTW mit dem tatsächlichen RTW (tp-fn-tn-fp) inklusive Kennzahlen (siehe Abbildung 17) und Deskription.

Ergebnisse der quantitativen Teilstudie- Analyse der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD)

	Nicht-RTW	RTW		
<b>Prognose negativ</b>	tn	fn	Summe Prognose negativ	Negativer prädiktiver Wert: $tn / (tn+fn)$ „Anteil der tn von allen Menschen mit negativer Prognose.“
<b>Prognose positiv</b>	fp	tp	Summe Prognose positiv	Positiver prädiktiver Wert: $tp / (tp+fp)$ „Anteil der tp von allen Menschen mit positiver Prognose.“
	Summe Nicht-RTW	Summe RTW		

Spezifität: $tn / (tn+fp)$ „Anteil der tn von allen Menschen mit Nicht-RTW“	Sensitivität: $tp / (tp+fn)$ „Anteil der tp von allen Menschen mit RTW“
---	---

Hinweis: tp bzw. tn = true positive bzw. negative, fp bzw. fn = false positive bzw. negative

Abbildung 17: Vier Prognosegruppen je Untergruppe.

Sensitivität und Spezifität sind klassische Kennzahlen zur Beschreibung eines Prognosemodells mit einem dichotomen cut-off:

- Eine 80%-ige Sensitivität besagt, dass 80% der Personen mit tatsächlichem RTW vom Modell korrekt zugeordnet werden - aber 20% mit tatsächlichem RTW werden vom Modell der falschen Gruppe zugeordnet.
- Eine 80%-ige Spezifität besagt, dass 80% der Personen ohne tatsächliches RTW vom Modell korrekt zugeordnet werden.

In der Regel gibt es einen Kompromiss zwischen beiden Werten. Dieser Kompromiss kann mit Hilfe einer Receiver-Operating-Characteristic-Kurve (ROC-Kurve) grafisch dargestellt werden, aus der sich wiederum Kennwerte insbesondere das area under curve (AUC).

Für die Gruppe „Erwerbsminderungsrente“ ist das RTW nur eine nachrangig Zielgröße. Zudem liegen bereits umfassende Erkenntnisse vor, sowohl auf Basis administrativer Daten der DRV (Bethge et al., 2011; Bethge et al., 2021; Martin & Zollmann, 2013), als auch eine eigene qualitativ orientierte Studie (Projekt WEMRE<sup>45</sup>). Zudem gibt es zusammenfassende Überblicksarbeiten (Brussig et al., 2019) sowie Berichte der DRV (z.B. Schwerpunktkapitel im Versichertenbericht 2021 der DRV). Daher haben wir auf weitere Analysen zur Erwerbsminderungsrente verzichtet.

<sup>45</sup> 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), Berlin 2020, gefördert durch DRV Bund, unter: [Abschlussbericht WEMRE mit Anhang.pdf \(bws-institut.de\)](#)

## Ergebnisse

Zur Verdeutlichung der gewonnenen Ergebnisse wird im Folgenden aus Platzgründen nur das Prognosemodell für die Gruppe „eine psychosomatische Reha ohne Nachsorge“ (LMRpsych1\_ns-) dargestellt; es steht exemplarisch auch für das Vorgehen bei den anderen Gruppen, das ausführlich im Anhang „Auswertungen der RSD“ dargestellt ist.

Das Modell weist eine hohe Güte auf ( $R^2=0,442$ ,  $AUC=0,843$ ). Insgesamt wird das RTW von 78,2% der Personen vom Modell korrekt vorhergesagt. Die Wahl des optimalen cutpoints ist eindeutig. Die Häufigkeitsverteilungen der erwarteten Werte sind in der Gruppe „RTW ja“ (RTW=1) eingipfelig und in der Gruppe „RTW nein“ (RTW=0) annähernd eingipfelig.

*Tabelle 11: Prognose des RTW für die Untergruppe „LMRpsych1\_ns-“ – Kennziffern.*

	Youden	AUC	CCR	sens	spec	PPV	NPV	tp	fn	fp	tn
LMRpsych1_ns-	0,686	0,843	0,782	0,796	0,755	0,865	0,652	16266	4165	2538	7812

*Anmerkung:*

bootstrap (n=250) für cut-off mittels Youden-Index, AUC = area under curve, CCR = correct classification rate, sens = sensitivity, spec = specificity, PPV = positive predictive value, NPV = negative predictive value, tp/tn = true positive/negative, fp/fn = false positive/negative

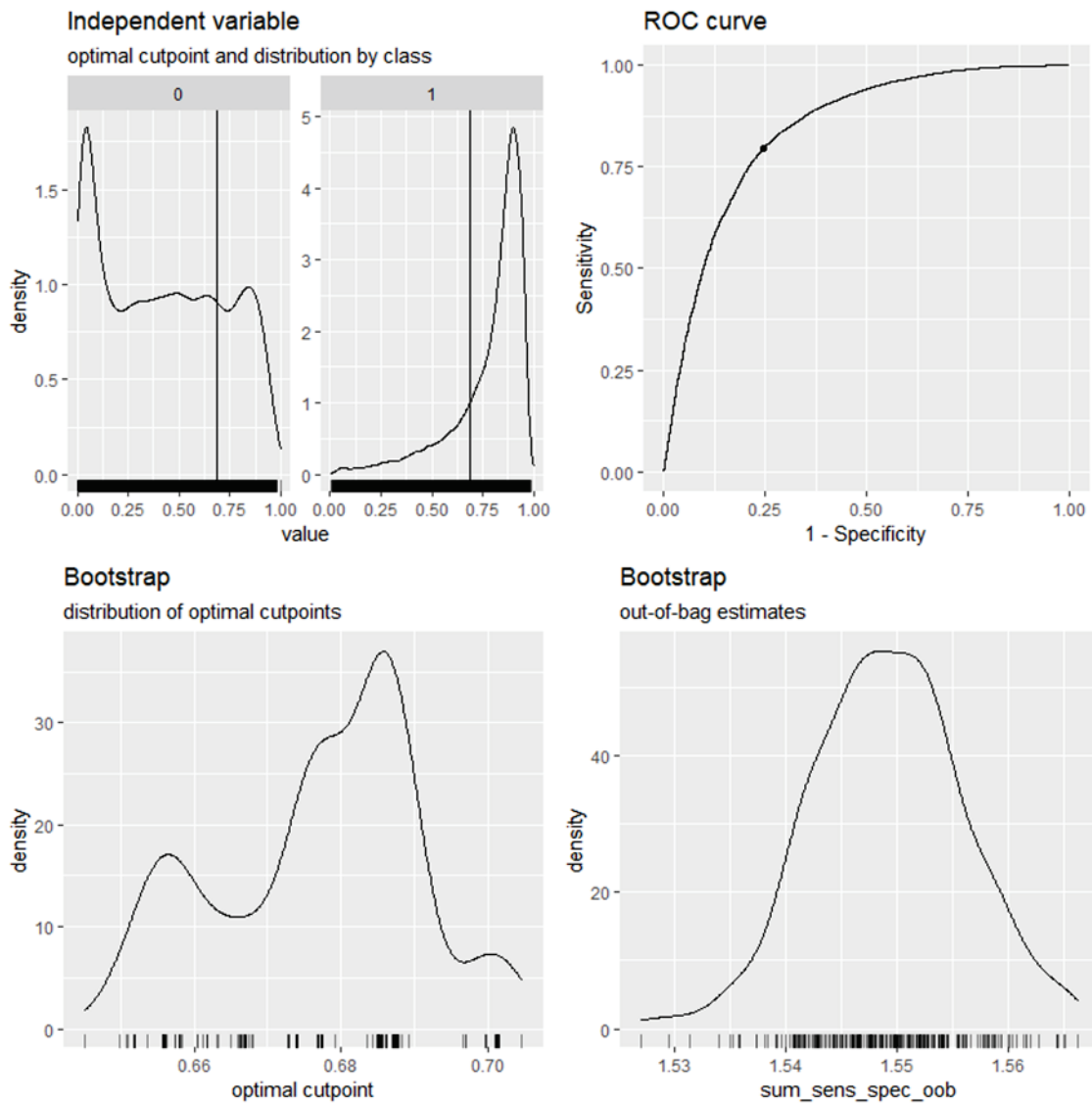


Abbildung 18: Prognose des RTW für die Untergruppe „LMRpsych1\_ns-“ – cutpoint inkl. Verteilung nach RTW (0=nein, 1=ja), ROC-curve und bootstrap.

## Diskussion

Die Modelle, die für die Gruppenzuordnungen genutzt wurden, erwiesen sich als gut bis sehr gut, so dass bei den LTA- bzw. LMR-Untergruppen jeweils mindestens 73% der Personen korrekt klassifiziert werden konnten.

Bei den Prädiktoren sei herausgehoben, dass es für einzelne Untergruppen Hinweise auf systematische unbeobachtete Heterogenität gibt. Denn die entsprechenden Prädiktoren (Entropy, Dauer von erster Sozialleistung bis zur ersten DRV-Leistung, Dauer der Sozialleistungen außerhalb von DRV-Leistungen), die auf Leistungen anderer Träger hindeuten, sind bei einzelnen Modellen bedeutsam.

Neben dem Erkenntnisinteresse hatten die Prognosegruppen vor allem das Ziel, Entscheidungskriterien für die Stichprobenziehung sowohl für die qualitative Vorstudie als auch für die Fragebogenerhebung zu liefern.

Folgende Überlegungen waren für die Stichprobenziehung leitend.

- *LTA*: Sonstige LTA sind eher punktuelle oder ergänzende Leistungen. Qualifizierungsleistungen sind gut beforscht (z.B. Bethge et al., 2021; Hetzel & Streibelt, 2016; Meschnig et al., 2019) Integrationsleistungen vergleichsweise wenig. Daher haben wir uns für die Vorstudie zunächst auf Integrationsleistungen fokussiert. Für die Fragebogenerhebung haben wir den Fokus dann erweitert und nur noch die „sonstige LTA ohne weitere Leistungen“ ausgelassen.
- *Medizinische Rehabilitation*: Die Gruppen mit psychosomatischer Rehabilitation sind umfangreich. Die Erwerbs- und Versorgungsverläufe der Gruppe LMRpsych1+, d.h. mindestens eine psychosomatische Rehabilitation und einer weitere medizinische Rehabilitation in den Jahren 2010 bis 2017, sind aus Sicht der Autoren und den ausgewählten Experten für weiterführende Analysen aus folgenden Gründen von besonderem Interesse. Es liegt eine Kette von mindestens zwei DRV-Leistungen vor. Angesichts der absolvierten psychosomatischen Rehabilitation liegen vermutlich ambulante und andere Leistungen vor. Zudem ist der Anteil von SMI relativ hoch. Die Gruppe ist groß. Im Modell zeigt sich ein schwacher Effekt, dass frühzeitigere DRV-Leistungen erfolgreicher sind. Für die Vorstudie haben wir uns daher auf diese Gruppe beschränkt, für die Fragebogenerhebung jedoch wieder erweitert. Lediglich die Gruppe „Entwöhnung“ und „1 normale med. Rehabilitation“ wurden ausgelassen.
- Die Auswahl von Personen, die für die erste Interviewwelle angeschrieben werden sollen, erfolgt aus Stichproben innerhalb der Prognosegruppen. Die vorgenommene Stratifizierung innerhalb der Prognosegruppen nach Bundesland, Alter und Bildung sollte aus unserer Sicht nur bedingt zu einem Bias führen. Die Regionalität ermöglicht Stadt-Land-Unterschiede zu untersuchen. Weitere Unterschiede, z.B. Ost-West, erscheinen uns zunächst nachrangig. Das Weglassen der beiden Altersrandgruppen erhöht die Homogenität, weil Kontamination durch altersbedingte Übergangsprozesse ausgeschlossen wird. Dies könnte aber in der zweiten Interviewwelle nachgeholt werden. Inwieweit die Missings bei der Bildung systematisch sind, ist unbekannt. Insofern gewinnen wir durch den Ausschluss der unbekanntem Bildung an Klarheit. Alternativ hätten wir auf Basis der Repräsentanten stratifizieren können. Dies erschien uns zunächst zu speziell. Je nach Rücklauf der angeschriebenen Personen könnte dies jedoch noch als Selektionskriterium ergänzt werden.

- Alternativen zu den Prognosegruppen – z.B. RTW ja/nein, Binnenheterogenität (gemessen an Streumaßen oder Repräsentanten), einfache Zufallsstichprobe – haben wir verworfen, weil die Informationen aus den Prognosemodellen nicht vollumfänglich in die Stichprobenziehung eingeflossen wären.

Zur Frage, inwieweit sich die Sequenzmuster innerhalb der Untergruppen (also jeweils zwischen den vier Prognosegruppen in Bezug auf das RTW) unterscheiden, hatten wir einzelne Analysen angestellt. Augenscheinlich waren in dem dargestellten Beispiel jedoch keine substantziellen Unterschiede auszumachen, so dass wir auf die anschließenden Primärerhebungen verweisen.

#### 5.4. Schlussfolgerungen für das Sample der Fragebogenerhebung

Die Prognosegruppen lieferten die Basis für die Auswahl der Interviewpersonen der Vorstudie sowie für die Fragebogenerhebung. Das Stichprobenkonzept für die Fragebogenerhebung ist in Tabelle 12 dargestellt. Links ist die Anzahl der Personen in den einzelnen Untergruppen der Grundgesamtheit dargestellt und rechts das Stichprobenkonzept. Handlungsleitend dabei war:

- Sehr kleine Gruppen werden ausgeschlossen (Entwöhn, sLTA ohne LMR).
- Gruppen, die wenig komplexe Leistungsketten vermuten lassen, werden ausgeschlossen (sLTA ohne LMR, LMR1)
- Die kleineren interessierten Gruppen werden vollumfänglich adressiert.
- Bei größeren Gruppen werden Zufallsziehungen innerhalb der Prognosegruppen vorgenommen. Dabei werden Fallzahlreduktionen vor allem bei den true positive und true negative Gruppen vorgenommen, weil dort die Modelle bereits gut funktionieren. Zwischen den beiden Gruppen ist aus unserer Sicht die deutlichste Reduktion bei den true positive Personen zu verkraften.
- Bei der zahlenmäßig größten Gruppe (LMRpsych1\_ns-) werden in allen vier Prognosegruppen Zufallsziehungen realisiert und wie zuvor deutlichere Reduktionen bei den true positive und true negative Gruppen vorgenommen.
- In Summe wurden etwa 6.500 Personen ausgewählt. Abzüglich nicht adressierbarer Personen und Puffer bei den Gruppen mit Zufallsziehungen wurden netto 6.000 Fragebögen versendet.

## Ergebnisse der quantitativen Teilstudie- Analyse der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD)

Tabelle 12: Stichprobenkonzept für die Fragebogenerhebung.

Gruppe	RSD					Sample brutto					Sample netto
	tp	fn	fp	tn		tp	fn	fp	tn		
LTA											
Q	366	181	38	38	109	366	181	38	38	109	338
IN	322	113	39	47	123	322	113	39	47	123	289
sLTA ohne LMR	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
sLTA plus LMR	1.029	676	95	69	189	500	147	95	69	189	469
sLTA plus LMRpsych	817	377	139	50	251	818	377	139	50	251	744
LMR											
Entwöhn	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LMRpsych1_ns-	30.781	16.266	4.165	2.538	7.812	1.500	200	500	500	300	1.301
LMRpsych1_ns+	2119	1.069	348	189	513	1.000	206	348	189	257	949
LMRpsych1+	2.259	1.200	200	264	595	1.000	238	200	264	298	922
LMRpsych2+	937	464	89	96	288	937	464	89	96	288	861
LMR1	1.103	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LMR2+	136	-	-	-	-	136	-	-	-	-	127
Summe	39.975					6.579					6.000

Anmerkung: LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LMR = Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Q = Qualifizierung, IN = Integration, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe), LMRpsych = psychosomatische Rehabilitation, LMR1 bzw. LMR2+ = normale medizinische Rehabilitation, ns = Nachsorge (z.B. Psy-RENA); tp/tn = true positive/negative, fp/fn = false positive/negative; grau hinterlegt sind Zufallsziehungen.

In Tabelle 12 ist ersichtlich, dass in einzelnen Prognosegruppen Zufallsziehungen vorgenommen wurden und damit das Sample teils disproportional geschichtet ist. Damit sind rohe Auswertungen auf Basis der Fragebogenangaben insbesondere für diese Teilgruppen nicht ohne weiteres auf die Grundgesamtheit zu generalisieren. Dies ist Gegenstand der Ausführungen in Kap. 8.

Die immanente Begrenzung der RSD kann in den weiterführenden Interviews und Fragebogenerhebungen aufgehoben werden, u.a. mit folgenden Fragen: Welche charakteristischen Krankheits- und Versorgungsverläufe finden sich bei den interviewten Versicherten? Welche Ursachenattributionen für die Entstehung und Chronifizierung der psychischen Erkrankungen lassen sich finden und wie stehen sie im Zusammenhang mit beruflichen bzw. privaten Entwicklungswegen oder biografischen Brüchen? Welchen Einfluss haben finanzielle oder soziale Lagen auf Krankheitsverläufe und die Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer bzw. rehabilitativer Angebote? Welche Alternativstrategien werden von den befragten Personen ggf. präferiert, z.B. aufgrund (zu) langer Wartezeiten? Welche Unterschiede lassen sich zwischen den Subgruppen finden, bei denen das statistische Modell funktioniert und bei denen es nicht korrekt vorhersagt? Was steckt hinter der unbeobachteten Heterogenität?

## 6. Ergebnisse der quantitativen Teilstudie – Fragebogen

In diesem Kapitel werden die Daten aus den Fragebögen analysiert und anschließend mit den Ergebnissen aus der RSD-Analyse in Kapitel 8 verknüpft (LINKAGE).

### 6.1. Stichprobenbeschreibung des Fragebogens

Die nachfolgende Tabelle 13 zeigt zusammengefasst die wichtigsten soziodemografischen Merkmale der 1.176 Teilnehmenden der Studie.

*Tabelle 13 Gesamtstichprobenbeschreibung Fragebogen.*

Kategorie	Gesamtstichprobe 2021/2022 (n=1176)
<b>Geschlecht</b>	
weiblich	76,1 %
männlich	23,7 %
divers	0,2 %
<b>Altersgruppen</b>	
30-39 Jahre	4,8 %
40-49 Jahre	15,8 %
50-59 Jahre	44,8 %
Über 60 Jahre	34,5 %
<b>Berufsabschluss</b>	
Lehre	47,0 %
Fachschule	22,7 %
Fachhochschule	15,2 %
Universität	12,8 %
keine Berufsausbildung	2,3 %
<b>Lebenssituation</b>	
Alleinlebend	26,9 %
Mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	17,1 %
Allein mit Kind/ern im Haushalt	4,9 %



## Ergebnisse der quantitativen Teilstudie- Fragebogen

Bei meinen (Groß-)Eltern	0,9 %
mit Partner/in im Haushalt	47,8%
Nichts davon	2,5 %
<b>Berufliche Situation</b>	<b>Prozent der Fälle</b>
Vollzeit	35,9 %
Teilzeit	29,6 %
Selbstständig	3,0 %
Mini-/Midijob	4,8 %
Altersteilzeit	3,9 %
Nichts davon*	27,3 %
<b>Leistungsbezug</b>	<b>Prozent der Fälle</b>
Volle EM-Rente	5,1 %
Teil EM-Rente	1,3 %
ALO I	4,3 %
Transferleistungen	2,4 %
Altersrente	12,6 %
Übergangsgeld	0,7 %
Krankengeld	7,0 %
Nichts davon	67,3 %
<b>Zufriedenheit Einkommen</b>	
Sehr	11,0 %
Überwiegend	42,2 %
Teils	24,9 %
Weniger	14,4 %
Gar nicht	7,4 %
<p>Anmerkung: dargestellt sind gültige Prozente; es sind weniger als 5 % fehlende Angaben je Frage. Zum beruflichen Status und dem aktuellen Leistungsbezugs konnten Mehrfachantworten gegeben werden. Transferleistungen: Hierunter fallen z.B. Sozialhilfe, Elterngeld, Ausbildungshilfen oder Bürgergeld. Seit 2023 ersetzt das Bürgergeld das Arbeitslosengeld II und Sozialgeld. Zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung 2022 wurden unter den Transferleistungen noch ALG II und Sozialgeld gefasst. *Diese Antwortmöglichkeit ist nicht mit etwaigen Leistungsbezug gleichzusetzen.</p>	

### *Alter*

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer beträgt 55,25 Jahre. Die jüngste Person war zum Zeitpunkt der Befragung 31 Jahre alt und die älteste 68 Jahre. Der Median, der die erhobenen Werte in zwei Hälften gleicher Größe teilt, liegt bei 57 Jahren. Die altersmäßig größte Gruppe bilden die 63-jährigen; 79,3% der befragten Personen sind über 50 Jahre alt.

### *Geschlecht*

Der Anteil an männlichen Teilnehmenden liegt bei 23,7 %, weiblich sind 76,1 % und 0,2 % gaben divers an. Auch bei diesem Forschungsvorhaben zeigt sich eine größere Bereitschaft von Frauen an wissenschaftlichen Untersuchungen mitzuwirken. Dies deckt sich mit vorangegangenen Erfahrungen seitens des Forschungsteams. Das Ungleichgewicht in der Geschlechterverteilung könnte mit einem erhöhten Interesse an Gesundheitsthemen sowie einer generell größeren Ausprägung des kommunikativen Austausches über gesundheitsspezifische Themen erklärt werden (vgl. Owen et al., 2004).

### *Haushalt und Lebensform*

64,9 % der befragten Personen leben in einer Partnerschaft, davon 17,1% mit Kind/ern. Alleinlebend sind ca. ¼ (26,9%) der Teilnehmer. In Anbracht dessen, dass die Befragten im Durchschnitt 55,25 Jahre sind, stellt es sich als interessanter Aspekt dar, dass 3,4 % der Teilnehmende angeben bei den Groß- bzw- Eltern zu leben oder eine Wohnform zu haben, die nicht im Fragebogen angegeben wurde.

### *Höchster Berufsabschluss*

Das Ausbildungsniveau der Stichprobe ist im Vergleich zu der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung (15 Jahre und Ältere) höher. Während nur eine sehr kleine Gruppe keine Berufsausbildung vorweisen kann (2,3 %), dominieren in der Stichprobe mittlere und höhere Berufsabschlüsse. So haben 28 % der Teilnehmenden einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss. Das sind ca. 10 % weniger als in der angesprochenen Vergleichsgruppe (18,5 %). Vor allem Personen mit einer beruflichen Ausbildung sowie weiterführenden Qualifikationen innerhalb einer Fachschule nahmen an der Erhebung teil (69,7 %). Der Anteil der Personen mit einem abgeschlossenen Lehre in der Stichprobe (47 %), deckt sich mit den statistischen Daten über den beruflichen Bildungsstand der Bevölkerung im Alter zwischen 15 bis 65 Jahren in Privathaushalten (46,6 %) <sup>46</sup>.

Dies bestätigt die Erfahrung aller unserer Projekte, dass Personen mit höherem Bildungsstand und Berufsausbildungen häufiger an solchen Befragungen teilnehmen.

---

<sup>46</sup> Statistisches Bundesamt (2019): Bildungsstand der Bevölkerung 15-jährige und ältere Bevölkerung in Privathaushalten nach allgemeinbildendem Schulabschluss und nach beruflichem Bildungsabschluss. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61656/bildungsstand-der-bevoelkerung/>

### *Erwerbsstatus*

Wie oben geschildert konnten die Teilnehmenden hinsichtlich ihres aktuellen beruflichen Status und etwaigem Leistungsbezug mehrfach antworten. Die Erwerbstätigenquote<sup>47</sup> unserer Stichprobe liegt bei 77,2 %. Dies deckt sich mit dem Anteil in der Gesamtbevölkerung (vgl. Statistisches Bundesamt, 2022). Von diesen sozialversicherungsrechtlichen Beschäftigten arbeiten ca. die Hälfte in Vollzeit und 40,6 % in Teilzeit; ein geringer Anteil übt eine Tätigkeit in Altersteilzeit aus (5,3 %). Gegensätzlich unserer Stichprobe sind bei den rund 46 Millionen Erwerbstätigen innerhalb der Gesamtbevölkerung 65,4 % voll- und 28,5 % in Teilzeit beschäftigt. Somit sind Teilzeitbeschäftigte in unserer Erhebung überrepräsentiert, was eventuell auf Belastungen durch die psychischen Erkrankungen zurückzuführen ist oder aber auch als Hinweis gedeutet werden kann, dass bei unseren Teilnehmenden, Arbeit einen sekundären Stellenwert einnimmt und eine ausgeglichene Work-Life-Balance fokussiert wird. Ca. 46 % der befragten Frauen in der Fragebogenstichprobe arbeitet in Teilzeit, bei den Männern dagegen sind es nur 10 %. Insgesamt sind überwiegend Frauen in Teilzeit beschäftigt (92 % aller Personen in Teilzeit). 27,3 % der Befragten gehen keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach.

Bei gut einem Drittel der Teilnehmer besteht ein Leistungsbezug. Ein großer Anteil dieser Gruppe befindet sich mit 38,5 % bereits in Altersrente oder im Krankengeldbezug (21,2 %). Von den Leistungsempfängern sind 1/5 erwerbslos<sup>48</sup>. Demnach erhalten 7,4 % Transferleistungen und 13,3 % Arbeitslosengeld I. 6,4 % unserer Stichprobe bekommen eine volle oder Teil-EM-Rente. Das ist nur gering höher als die Anzahl derer, die in Deutschland laut DRV im Jahr 2021 voll- oder teilerwerbsgemindert waren (3,9 %)<sup>49</sup>.

### *Einkommen*

Mit 53,2 % sind etwa die Hälfte der Befragten mit ihrem Einkommen sehr oder überwiegend zufrieden. Weniger oder gar nicht zufrieden zeigen sich über ein Fünftel der Befragten (21,8 %). Der größere Teil der psychosomatischen Rehabilitanden (55,4 %) ist mit seinem Einkommen zufrieden. Dennoch sehen in dieser Gruppe 19,3 % ihr Einkommen als zu gering an. Eine größere Unzufriedenheit zeigt sich bei den Personen, die eine LTA in Anspruch genommen haben. Hier zeigen sich 28,9 % als weniger oder gar nicht mit ihrem Einkommen zufrieden. Da diese Personengruppe zum Zeitpunkt der

---

<sup>47</sup> Erwerbstätige sind Personen im Alter von 15 Jahren oder älter, die einer oder mehreren, auf ökonomischem Erwerb gerichteten Tätigkeiten nachgehen.

<sup>48</sup> Dabei gilt es zu beachten, dass Personen im Erwerbslosenstatus zur gleichen Zeit im Krankengeldbezug sein können.

<sup>49</sup> vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund (2023) oder auch <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/616655/umfrage/anzahl-der-renten-wegen-verminderter-erwerbsfaehigkeit-in-deutschland/#:~:text=Zum%20Ende%20des%20Jahres%202021,auf%20rund%201%2C81%20Millionen.>

Fragebogenerhebung häufiger im Leistungsbezug war als die Befragten ohne eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, ist dieses Ergebnis nachvollziehbar (siehe Abschnitt 6.2.3).

## 6.2. Ausgewählte Parameter

Für eine Übersicht zur Auswertung des Fragebogens haben wir einzelne Parameter ausgewählt, die wir für die Beschreibung der Gesamtstichprobe (n=1176) als sinnvoll erachten. Warum wir diese gewählt haben, welche Erkenntnisse daraus gezogen werden können und wo die Begrenzungen der spezifischen Fragestellungen liegen, wird in den einzelnen Unterpunkten dargestellt. Zudem werden neugebildete Hypothesen diskutiert und weitere Fragestellungen identifiziert und analysiert.

### 6.2.1. *Erkrankung und Gesundheitszustand*

#### *Subjektiver Gesundheitszustand*

Die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes (Abbildung 19) fällt tendenziell negativ aus. Etwa ein Fünftel der antwortenden Personen (n=1.154) beschreiben ihren derzeitigen Gesundheitszustand als sehr gut bis gut, während 37 % ihren Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht bewerten. Der Großteil sieht die aktuelle gesundheitliche Situation mit 42,6 % als zufriedenstellend an. Weiterführende Analysen zeigen, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bewertung bestehen. So schätzen Frauen ihren aktuellen Gesundheitszustand deutlich seltener gut und häufiger schlechter ein als die männlichen Teilnehmenden (16,9 % zu 21,9 % und 35 % zu 28,1%). In den Altersklassen wird ersichtlich, dass die 50–59-Jährigen seltener ihre Gesundheit als sehr gut oder gut bewerten. Während die anderen Altersgruppen hier zu 21- 25 % eine positive Einschätzung angeben, liegt die Anzahl bei den 50- 59 Jahre alten Personen bei nur insgesamt 17,3 %. Dieser Parameter diene auch der Einschätzung, ob die Teilnehmenden eine effektive Stabilität erreicht haben und Leistungsketten damit weitestgehend abgeschlossen sein könnten. Gründe für die insgesamt negativ gerichteten Einschätzungen könnten neben dem höheren Lebensalter z.B. chronifizierte Verläufe, schweres Belastungserleben, aber auch ungeeignete Inanspruchnahmen sein, die eine gelungene Krankheitsbearbeitung sowie einen erfolgreichen RTW behindern.

## Ergebnisse der quantitativen Teilstudie- Fragebogen

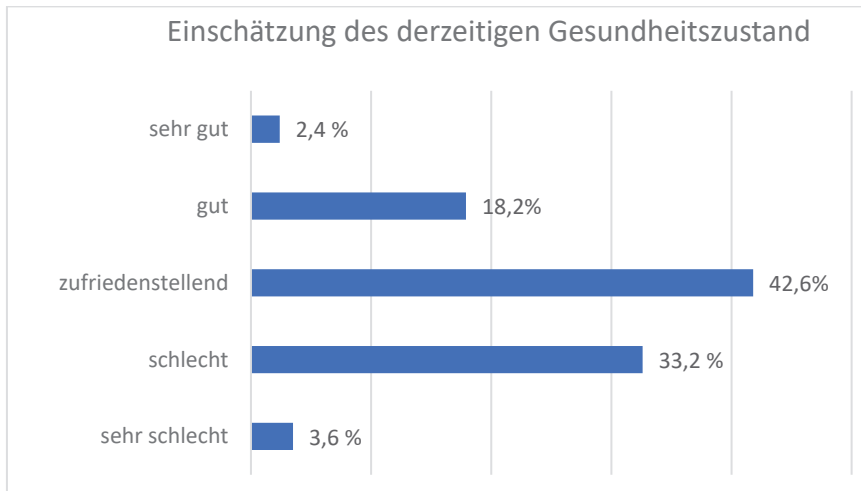


Abbildung 19 Frage 12 des Fragebogens: Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand allgemein beschreiben? (Quelle: eigene Darstellung).

### **Attribution**

Die Angaben zu den wichtigsten Gründen (Abbildung 20) für die psychische Erkrankung (Attribution), die die Befragten angeben, ermöglicht es zusammen mit den Interviews Hypothesen zu Inanspruchnahmepatterns und Krankheitsverlaufskurven zu bilden sowie Strategien zum langfristigen Unterstützungs- bzw. Rehabilitationsbedarf aufzuzeigen. Bei der Frage zu den ursächlichen Gründen ihrer psychischen Erkrankung konnten die Teilnehmer *mehrfach* antworten; 1.067 Personen kreuzten hier etwas an. Mit jeweils über 40 % der Antworten wird die Ursache der psychischen Probleme in der Arbeitswelt und Kindheit/Adoleszenz verortet. Gerade die Belastungen innerhalb des beruflichen Alltags werden als bedeutsame Ursache für die psychischen Beeinträchtigungen gesehen und bilden mit 42,9 % die häufigste Antwort, was sich mit Erfahrungen aus früheren Projekten deckt. Systematische Kombinationsmuster liegen nicht vor (geprüft wurden Interkorrelationen, das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium sowie faktorenanalytische Paralleltests). Zu 21,5 % wurde die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ markiert, hier wäre eine Freitextpassage zur genauen Erfassung sinnvoll gewesen, da die Größe von über einem Fünftel der Fälle hoch erscheint.

## Ergebnisse der quantitativen Teilstudie- Fragebogen

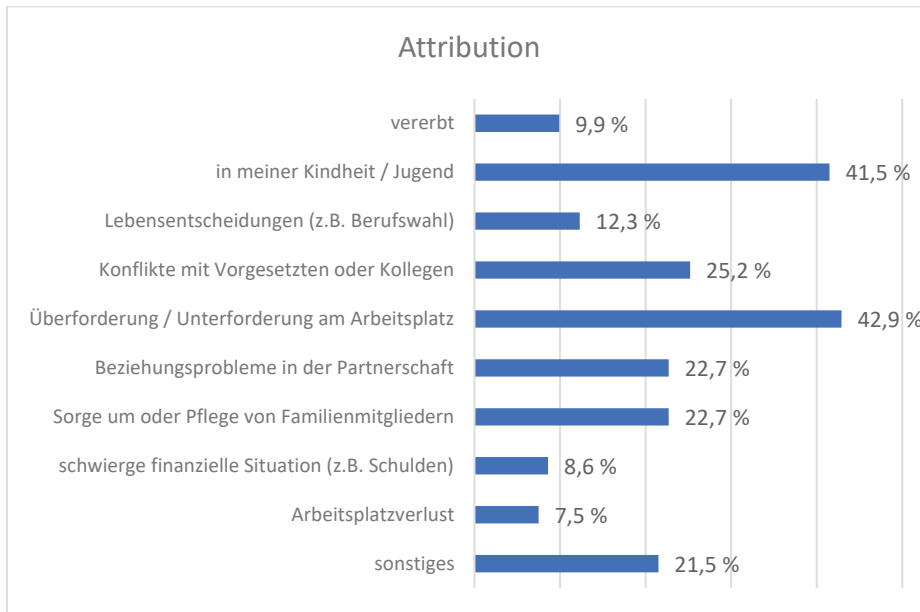


Abbildung 20 Frage 9 des Fragebogens: Worin sehen Sie die hauptsächlichen Gründe für Ihre psychische Erkrankung? (Quelle: eigene Darstellung).

### **Einschätzung der Lebenszufriedenheit insgesamt**

Mehrheitlich sind die antwortenden Personen (n=1.165) mit ihrem Leben zufrieden bis sehr zufrieden (79,2 %) <sup>50</sup>. Wie die Frage nach dem derzeitigen Gesundheitszustand war auch die Frage nach der Lebenszufriedenheit (Tabelle 14) konzipiert, um eine u.a. Einschätzung vorzunehmen, ob Leistungsketten weitestgehend durch eine vorhandene Stabilität der Teilnehmer abgeschlossen sind bzw. ein unmittelbarer Zusammenhang bestehen könnte. Die Frage nach der Lebenszufriedenheit wurde mit der nach dem Gesundheitszustand kontrastiert: dabei zeigte sich, wie vielfach in der Literatur beschrieben, dass gesundheitliches Befinden und Lebenszufriedenheit *nicht direkt positiv miteinander korrelieren*, weil im Begriff der Lebenszufriedenheit über das Krankheitserleben hinausgehende Aspekte angesprochen sind. Das im FB sichtbare Ergebnis einer weitgehenden Zufriedenheit mit dem Leben, könnte bedeuten, dass die Teilnehmer im Verlauf ihre meist schon langandauernden Krankheitsverläufe Strategien für einen geeigneten Umgang mit ihren Erkrankungen gefunden haben und die Krankheit selbst nicht mehr so stark im Mittelpunkt steht. Dies stimmt mit dem Forschungsstand zum Leben mit chronischer Krankheit überein, der besagt, dass es weniger die Krankheit selbst als vielmehr das durch sie irritierte Leben (vgl. Charmaz, 2009; vgl. Schaeffer, 2009) ist, das Betroffene und ihre Angehörige zu Anpassungsleistungen und Veränderungen in der Lebensführung zwingt. Wenn es den betroffenen Menschen gelingt, der Krankheit einen „Ort“ in ihrem Leben zuzuweisen, dann gewinnen auch die für die Lebenszufriedenheit bedeutsamen anderen

<sup>50</sup> Es wurde um eine Bewertung von 0 bis 10 gebeten, wobei „0“ für überhaupt nicht zufrieden und „10“ für ganz und gar zufrieden steht.

## Ergebnisse der quantitativen Teilstudie- Fragebogen

Aspekte des Lebens wie soziale Beziehungen, Beruf, etc. wieder einen – zwar neu kalibrierten - Stellenwert, der sich in der Beurteilung auf der FB-Skala ausdrückt. Vor diesem Hintergrund ist das Ergebnis positiv zu bewerten, scheint es doch darauf hinzudeuten, dass es einem Großteil der Befragten gelungen ist, einen für sie zufriedenstellenden Weg im Leben mit der Krankheit gefunden zu haben. Aber: immerhin ein Fünftel der Befragten sind mit Ihrem Leben unzufrieden: das muss nicht notwendigerweise auf weiterhin bestehenden Reha-Bedarf verweisen, zeigt aber, dass eine Bilanzierung der aktuellen Lebenssituation als unbefriedigend erlebt wird. Zieht man den beruflichen Status und den Leistungsbezug zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung heran und vergleicht man innerhalb der Gruppen, wird deutlich, dass insbesondere Personen in Transferleistungen, Bezieher einer vollen EM-Rente, Personen im Krankengeldbezug und Mini/Midijobber mit ihrem Leben unzufrieden sind. So äußern sich 62,9 % der Transferleistungsempfänger und 38,9 % der Personen, die einem Mini oder Midijob nachgehen sowie Krankengeldbezieher (38,7 %) häufig negativ zu ihrer aktuellen Lebenszufriedenheit. Berentete mit voller Erwerbsminderung stufen ihre Lebenssituation ebenso als unbefriedigend (40,8 %) ein, aber zeigen sich auch durchaus zufrieden (45,6 %).

*Tabelle 14 Frage 29 des Fragebogens: Zum Schluss möchten wir Sie nach Ihrer Zufriedenheit mit Ihrem Leben insgesamt fragen. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?*

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	unzufrieden	242	20,8
	zufrieden	491	42,1
	sehr zufrieden	432	37,1
	Gesamt	1165	100,0
Gesamt		1176	

## 6.2.2. Gesamter Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf

### psychosomatische Reha

Aus den gültigen Antworten des Fragebogens (n=1.155) geht hervor, dass 75 % der Teilnehmenden als erste Rehabilitation eine Reha mit psychosomatischem Schwerpunkt hatten. 25 % nahmen zuerst eine somatische Reha in Anspruch (siehe Abbildung 21).

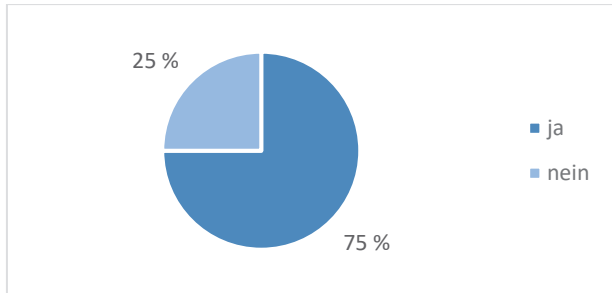


Abbildung 21 Frage 14 des Fragebogens: Handelte es sich bei ihrer ersten stationären oder ambulanten Rehabilitation um eine psychosomatische Reha? (Quelle: eigene Darstellung).

### Inanspruchnahmen vor erster Reha

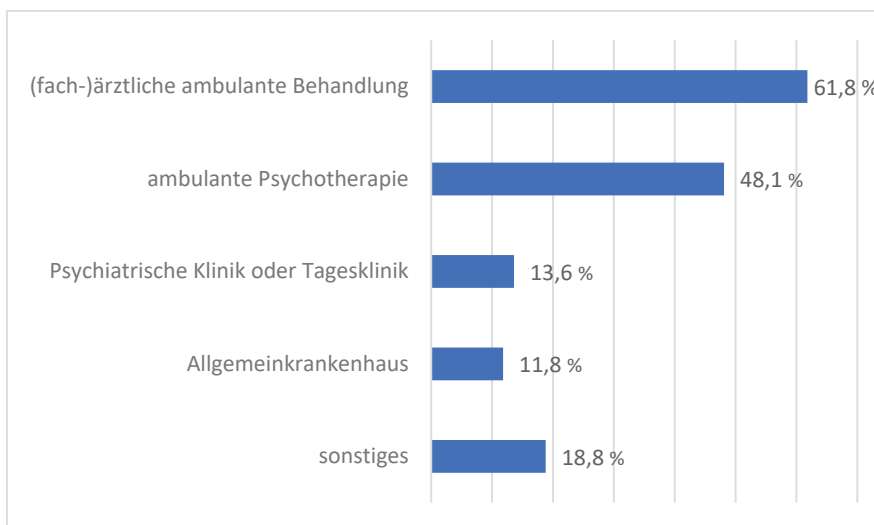


Abbildung 22 Frage 15 des Fragebogens: Welche der folgenden Leistungen haben Sie im Jahr vor der ersten Reha genutzt? (Quelle: eigene Darstellung).

Bei der Frage nach den Inanspruchnahmen vor der ersten Rehabilitation (n=1.114) bestand die Möglichkeit mehrfach zu antworten (Abbildung 22). Es zeigt sich, dass die Teilnehmenden vor ihrer medizinischen Reha weitestgehend im Behandlungssystem integriert waren und häufig (Fach-)ärztliche ambulante Behandlung sowie die ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen haben. Dennoch ist etwa die Hälfte der Fälle vor ihrer ersten medizinischen Rehabilitation nicht in ambulanter psychotherapeutischer Betreuung, was entweder auf die seit Jahren bestehende mangelnde Versorgung hinweist, auf bildungsabhängige Vorbehalte gegenüber der Inanspruchnahme von Psychotherapie oder auf Stigmatisierungsängste der betroffenen Personen (vgl. Kardorff, 2022).



## Ergebnisse der quantitativen Teilstudie- Fragebogen

Ferner stellt sich die Frage nach ausreichender Expertise und Schulung der Hausärzte. Diese sind zumeist die erste Anlaufstelle der psychischen erkrankten Personen und nehmen für die Fallsteuerung und auch für die Patienten selbst eine zentrale Position ein. Im Projekt wurde jedoch festgestellt, dass Hausärzte vermehrt, ohne Überweisung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, direkt in die psychosomatische Rehabilitation vermitteln bzw. eine Vermittlung anstreben. Eine Fehlsteuerung, die vor allem bei schwerer psychischer Symptomatik eine Verzögerung im Behandlungsverlauf nach sich ziehen kann. (siehe Kapitel 7.8.1).

### *Wege in die erste psychosomatische Rehabilitation*

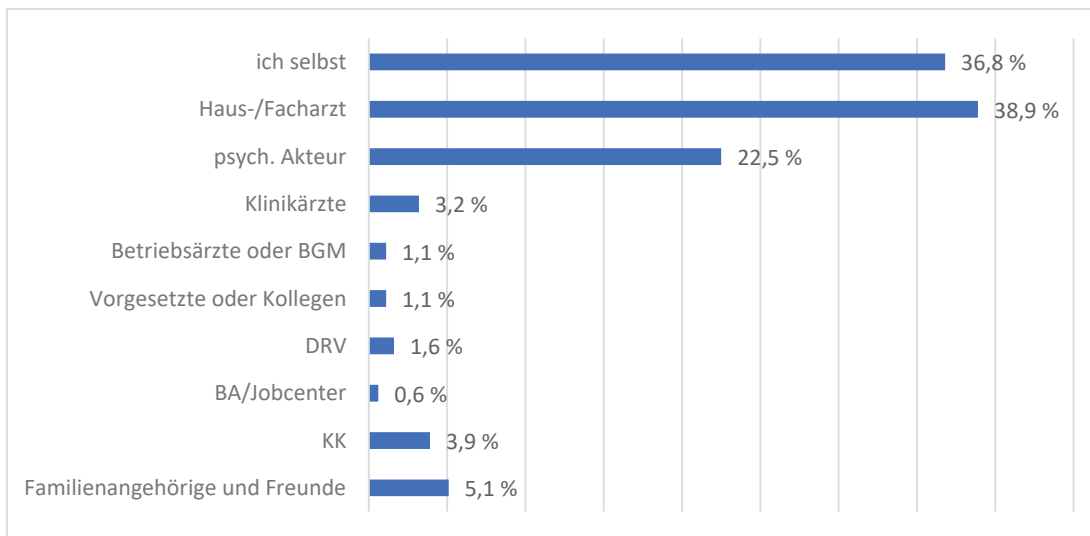


Abbildung 23 Frage 16 Wer war entscheidend dafür, dass Sie Ihre erste psychosomatische Reha in Anspruch genommen haben? (Quelle: eigene Darstellung).

Abbildung 23 zeigt die unterschiedlichen Wege in die erste psychosomatische Reha (n=1.141). Bei dieser Frage wurde um nur *eine* Antwort gebeten. Da einige Teilnehmende hierbei mehrfach antworteten, entschlossen wir uns, dass alle Antworten Berücksichtigung finden sollten. Die meisten Befragten (61,4 %) geben an, dass sie über die Empfehlung des Hausarztes, Facharztes, Psychologen oder Psychotherapeuten einen Antrag gestellt haben. Das direkte soziale Umfeld macht nur einen kleinen Teil von 5,1 % aus. Etwaige Gründe hierfür könnten Co-Abhängigkeiten, aber auch fehlende Informationen bezüglich der rehabilitativen Versorgung und zustehender Leistungen sein. 36,8 % geben an, dass sie eigeninitiativ gehandelt haben. Diese Aussage kann mit Vorsicht bewertet werden, da die Befragten sicherlich den Antrag selbst ausgefüllt und gestellt haben, jedoch mag der Impuls, eine psychosomatische Reha in Anspruch zu nehmen, von außen gekommen sein (siehe Kap. 10.1).

*Subjektiv wahrgenommener Zeitpunkt erste psychosomatische Rehabilitation*

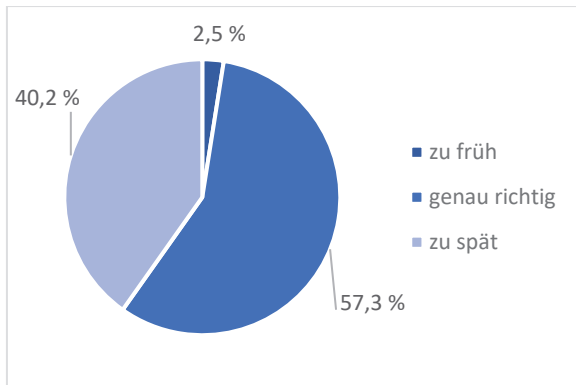


Abbildung 24 Frage 17 des Fragebogens: Kam diese psychosomatische Rehabilitation für Sie im Rückblick zum richtigen Zeitpunkt? (Quelle: eigene Darstellung).

Um zu prüfen, ob die retrospektive Bewertung des subjektiv wahrgenommenen Zeitpunkts der ersten psychosomatischen Rehabilitation einen direkten Einfluss auf den erfolgreichen RTW bzw. einer gelungenen Inanspruchnahmekette hat, wurde um eine Einschätzung gebeten (Abbildung 24). 57,3 % der Teilnehmer bewerten den Zeitpunkt als genau richtig, während 40,2 % angeben die Reha zu spät erhalten zu haben. Eine kleine Gruppe von 2,5 % der 1.133 antwortenden Teilnehmenden sehen ihre ersten Reha als verfrüht an. Die Gründe für eine zu späte Inanspruchnahme sind vielfältig. Hier spielen „Vorlieben“ positive Erfahrungen der primärärztlichen Akteure und die Bereitschaft zur Steuerung in die medizinische Rehabilitation sowie die auf Seiten der Patienten existenten Akzeptanz professioneller Hilfen, der vorhandenen Motivationslage und Eigenaktivität. Die Ursachen der zu frühen Inanspruchnahme einer Rehabilitation werden in Kapitel 7.5.3 eingehend beschrieben.

Nähere Analysen zeigen, dass diese Frage mit dem aktuellen Gesundheitszustand korrelieren. Ca. 46 % der Teilnehmenden, die die Reha aus ihrer Sicht zu einem zu späten Zeitpunkt bekommen haben, schätzen ihren aktuellen Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht ein. Ebenso zeigt sich die Gruppe der zu frühen Inanspruchnahme unzufrieden mit ihrer aktuellen gesundheitlichen Situation ist (55,2 % schlecht/sehr schlecht). In der Gruppe, die den Zeitpunkt des Eintritts in die Reha positiv bewerten scheint eine höhere gesundheitliche Stabilität zu existieren. Hier bewerten die Teilnehmenden ihren Gesundheitszustand weit weniger negativ (ca. 30 %). Zudem zeigt sich, dass Personen, die die Reha zu früh oder zu spät erhalten haben, häufiger im Leistungsbezug sind, 37,9 % (zu früh) bzw. 30,9 % (zu spät), während die Teilnehmer, die den Erhalt der Reha als zeitlich „genau richtig“ angeben, seltener Leistungen beziehen (23,8 %) und vermehrt einer Voll- und Teilzeitbeschäftigung nachgehen (67,1 % zu 64 %).

Wie anzunehmen, hat eine zu früh oder zu spät wahrgenommene Reha zudem einen negativen Einfluss auf die Bewertung des gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf. 35,7 % der Personen, die den Antritt einer Rehabilitation als zu früh verorten und 26,1 % der Teilnehmer, die die Reha als zu

## Ergebnisse der quantitativen Teilstudie- Fragebogen

spät erhalten deklarieren, beurteilen die Hilfeleistung des gesamten Reha- und Behandlungsverlauf zur Bewältigung der psychischen Erkrankung eher negativ. Anders sieht es bei den Personen aus, die den Zeitpunkt als „genau richtig“ einschätzen Gruppe. So schätzen nur 9,5 %, dass der gesamte Reha- und Behandlungsverlauf ihnen nicht oder weniger geholfen habe, und sprechen sich zu 55,3 % für einen positiv zu bewertenden Verlauf aus, der ihnen sehr geholfen hat. Demgegenüber stehen 21,4 % (zu früh) und 25,4 % (zu spät).

### *Nutzung der ersten psychosomatischen Rehabilitation*

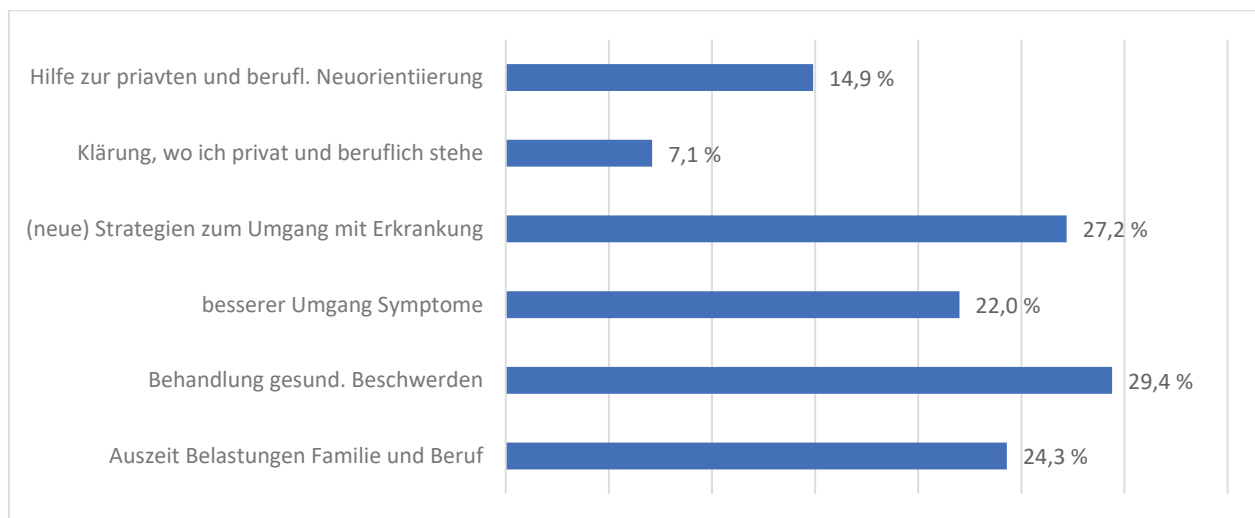


Abbildung 25 Frage 19: Wie haben Sie den Aufenthalt in der Reha hauptsächlich genutzt? (Quelle: eigene Darstellung).

Bei dieser Frage (Abbildung 25) wurde um nur *eine Antwort* gebeten. Da die antwortenden Teilnehmer (n=1.139) mehrfach ankreuzten, entschieden wir uns auch hier alle Antworten zu berücksichtigen. 24,3 % der Teilnehmer nutzen die erste psychosomatische Rehabilitation für eine temporäre Freisetzung aus belastenden privaten und beruflichen Verhältnissen. Dieser Nutzungsanspruch der Auszeit an die rehabilitative Inanspruchnahme wird auch in den Experteninterviews mit klinischen Vertretern aufgegriffen. So sprechen diese in den Interviews von einer Zunahme der Anspruchshaltungen der Rehabilitanden an die Qualitäten der Reha-Einrichtungen im Sinne einer Kur oder eines Hotelaufenthalts (vgl. Abschnitt 7.8.4). Zudem werden mit dieser Art der Nutzungsform zumeist keine konkreten Behandlungserwartungen verbunden (vgl. Kap. 7.8.4). 78,6 % fokussieren die therapeutischen Angebote der Rehakliniken (Behandlung gesundheitlicher Probleme, besserer Umgang mit Symptomen und Strategien zum Umgang mit der Erkrankung). Dabei kann in zwei Gruppe unterteilt werden. Während ein Teil auf die Behandlung der gesundheitlichen Beschwerden setzt (29,4 %), erwartet der größere Teil der Befragten eher eine therapeutische Begleitung der individuellen Krankheitsbearbeitung; womöglich konnte diese Personengruppe durch vorangegangene psychotherapeutische Versorgung bereits Veränderungsimpulse bewirken. Die letzten beiden Nutzungsformen dienen der Neujustierung und -orientierung (22,0 %). Hierbei kann von einer

selbstbestimmten und aktiven Nutzung ausgegangen werden und einer eventuell geringeren Krankheitsbelastung<sup>51</sup>.

### *Inanspruchnahmen im gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf*

Frage 23<sup>52</sup> zielt auf die Leistungen, die die Teilnehmer in ihrem gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf in Anspruch genommen haben und differenziert zeitlich in die Abschnitte: bis 2009, von 2010 bis 2013, von 2014 bis 2017 und ab 2018.

Bei dieser Frage konnten die Teilnehmer mit Hilfe der Freitextpassage weitere individuelle Inanspruchnahmen beschreiben. Insgesamt 194 Befragte haben davon Gebrauch gemacht. Einen großen Teil der Aussagen konnten wir in die vorgegeben Kategorien der Frage 23 integrieren. Bei drei Kategorien war dies nicht durchführbar. Diese sind:

- Leistungen nach SGB IX, nicht LTA, und SGB VIII,
- alternative Heilmethoden und
- somatische Hilfen und Behandlungen.

Vier Personen nehmen Leistungen nach SGB IX und SGB VIII „Kinder- und Jugendhilfe“<sup>53</sup> in Anspruch (ambulant betreutes Wohnen, Feststellung GdB und Erziehungsbeistand). 14 Teilnehmer wenden sich auch alternativen Heilmethoden zu, z.B. Akupunktur, Reiki, Homöopathie oder das Biofeedbackverfahren. 15 von den 194 Personen beschreiben zusätzliche somatische Hilfen und Behandlungen. Dazu zählen u.a. Funktionstraining oder Physiotherapie.

### *Zufriedenheit mit dem gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf*

Die Fragen 26 (Tabelle 15; n=1.160) und 24 (Abbildung 26) dienen der subjektiven Bewertung der abgeschlossenen sowie weiterlaufenden Leistungskette. 42,2 % der Teilnehmenden zeigen sich mit ihrem gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf zufrieden. Demgegenüber stehen 17,2 %, die ihren individuellen Verlauf eher negativ bewerten. Ergänzend werden die Fragen ob „die Leistungen zum richtigen Zeitpunkt erfolgt sind“ und ob „die Reihenfolge der Maßnahmen gut aufeinander aufbaute“ herangezogen. 64,2 % der Teilnehmer (n=1.145) stimmen voll oder eher zu, dass sie Leistungen im für sie richtigen Zeitpunkt erhalten haben. Zudem sehen 63,9 % die Abfolge der einzelnen Maßnahmen als gut aufeinander abgestimmt an (n=1.117). Demgegenüber sind etwa 36 % der Auffassung das die Zeitpunkte sowie die Aufeinanderfolge der Behandlungsketten für sie nicht hilfreich waren.

---

<sup>51</sup> Tiefergehende Analysen finden sich in Kapitel 7 „Ergebnisse der Qualitativen Teilstudie“ oder zusammenfassen in Kapitel 9 „Synopsis der Ergebnisse“.

<sup>52</sup> Die ausführliche Darstellung der Frage 23 findet sich im Kapitel 8.

<sup>53</sup> Im *Achten Buch Sozialgesetzbuch* sind alle gesetzlichen Regelungen und Rechte für Kinder und Jugendliche verankert. Es ist am 03.10.1990 in Kraft getreten. Die letzte Änderung wurde am 01.01.2023 normiert.

## Ergebnisse der quantitativen Teilstudie- Fragebogen

Tabelle 15 Frage 26 des Fragebogens: Alles in allem betrachtet, wie sehr hat Ihnen der gesamte Behandlungs- und Rehabilitations-verlauf bei der Bewältigung Ihrer Erkrankung geholfen?

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	0- 4 <sup>54</sup>	199	17,2
	5-7	471	40,6
	8- 10	490	42,2
	Gesamt	1160	100,0
Gesamt		1176	

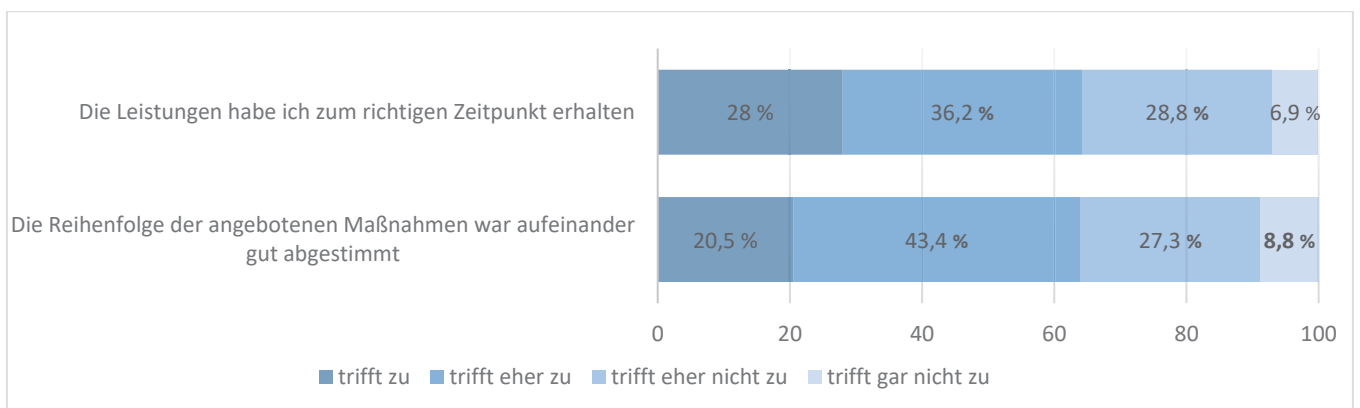


Abbildung 26 Frage 24 des Fragebogens: Wenn Sie auf Ihren gesamten Krankheitsverlauf zurückblicken, inwieweit treffen folgende Aussagen auf die von Ihnen insgesamt genutzten Leistungen und erfahrene Unterstützung zu? 24.3. „Die Leistungen habe ich zu richtigen Zeitpunkt erhalten“. 24.4. „Die Reihenfolge der angebotenen Maßnahmen war aufeinander gut abgestimmt (Quelle: eigene Darstellung).

### Subjektiv fehlende Leistungen und Unterstützungsangebote

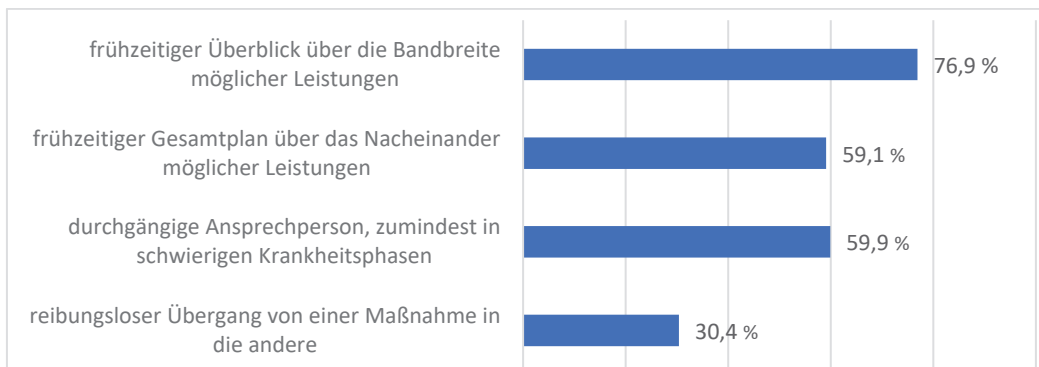


Abbildung 27 Frage 27. Was hat Ihnen in der Rückschau im gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf gefehlt. (Quelle: eigene Darstellung).

<sup>54</sup> Es wurde um eine Bewertung von 0 bis 10 gebeten, wobei „0“ für nicht geholfen und „10“ für sehr geholfen steht.

Um fehlende Leistungs- und Unterstützungsangebote (Abbildung 27) zu identifizieren, wurden die Teilnehmenden gebeten diese durch Mehrfachantworten zu benennen. Kongruent zu den Ergebnissen der qualitativen Befragungen wünschen sich viele der antwortenden Teilnehmer (n=1.016) weitreichende Informationen zu möglichen, ihnen zustehenden, Leistungen, einen Gesamtplan zum Behandlungs- bzw. Leistungsverlauf sowie eine für sie zuständige Ansprechperson. Fast 1/3 der Teilnehmenden (30,4 %) bemängeln fehlende reibungslose Übergänge von einer Maßnahme in die andere. Demzufolge scheinen über 2/3 der Befragten bei den Übergängen innerhalb der einzelnen Maßnahmen positive Erfahrungen gesammelt zu haben.

Auch hier waren Freitextangaben<sup>55</sup> möglich. Die Auswertung dieser zeigt sich als effektiver zusätzlicher Informationsgewinn über Mängel und Defizite, die den Personen unserer Befragung als relevant erscheinen und die zum Teil ähnlichen Erfahrungen der Teilnehmende wiedergeben. Generell finden sich fehlende Leistungs- und Unterstützungsangebote in Bereichen der:

- Nachsorgeleistungen und -angebote durch die Krankenkassen und/oder die DRV
- Leistungen und Hilfen durch Krankenkassen und/oder DRV
- Hilfen und Leistungen innerhalb der psychosomatischen Rehabilitation
- Psychotherapeutische Hilfen und Angebote
- Emotional-seelische Hilfen
- Hilfen im privaten Umfeld
- Unterstützungsangebote und -Leistungen im beruflichen Bereich
- Allgemeine Hilfen
- Spezifizierte Unterstützung

Ein klarer Fokus liegt bei den *Psychotherapeutische Hilfen und Angeboten*. Die Mehrheit der Befragten bemängelt die langen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, fehlende freie Therapieplätze sowie fehlendes Fachpersonal und wünschen sich einen Ausbau innerhalb der Versorgungsstruktur. Zudem kritisieren Teilnehmende das medizinische Fachwissen und die Kommunikationsfähigkeiten der behandelnden Ärzte. Auch äußern sie den Wunsch nach alternativen Therapieformen, die einen ganzheitlichen Ansatz bieten. Im Bereich der *Leistungen und Hilfen durch die Krankenkassen und/oder der Deutschen Rentenversicherung* sehen die befragten Personen Defizite im Antrags- und Bewilligungsverfahren zur medizinischen Rehabilitation. Neben frühzeitigeren rehabilitativen Leistungen, kürzeren Bearbeitungs- und Wartezeiten, eine auf ihre individuellen Bedürfnisse angepasste Unterstützung, oftmals in Form eines Case-Managements oder Lotsen, wünschen sich die Teilnehmenden vorwiegend Beratungs- und Informationsangebote sowie ein stärkeres

---

<sup>55</sup> 302mal wurde diese Möglichkeit von den Teilnehmenden genutzt.

Mitspracherecht bei der Auswahl der Rehakliniken und innerhalb ihres Behandlungsplans. Zeitdruck seitens der Kostenträger scheint ebenso ein Thema zu sein. Die Befragten bemängeln diesen und schlagen Schonfristen vor, die ihnen die Krankenkassen, aber auch die Rentenversicherungen, gewähren sollen.

Der Wunsch nach einer Schonfrist wird ferner im Bereich der *Unterstützungsangebote und Leistungen im beruflichen Bereich* thematisiert. Psychosomatische Rehabilitanden erleben bei der Rückkehr in ihren Alltag häufig eine Phase der Anpassung und versuchen die erlernten Methoden und Strategien zur Krankheitsbewältigung in ihre Lebenswelt zu integrieren. Nachfolgend geschieht erst die Rückkehr in Arbeit. Es zeigt sich, dass eine zu schnelle Rückkehr in den beruflichen Alltag, d.h. direkt nach der Entlassung aus der Rehaklinik, von einigen Befragten als starke Belastung wahrgenommen wird. So formulieren sie den Wunsch nach einer kurzzeitigen Schonfrist zwischen der Rehabilitationsmaßnahme und dem beruflichen Wiedereinstieg und berichten von einem dagewesenen Druck seitens des Arbeitsgebers und verschiedener Institutionen. Dieser Sachverhalt wurde auch in den geführten Interviews kommuniziert und konnte in vorherigen Forschungsprojekten (vgl. Kardorff et al., 2016) beobachtet werden<sup>56</sup>. Den Teilnehmenden fehlt das Eingehen auf ihre persönliche Situation. So artikulieren sie den Wunsch nach Verständnis und verbesserter Kommunikation mit dem Arbeitgeber, aber auch nach Aufklärungs- und Informationsangeboten bezüglich psychischer Erkrankungen für AG und Kollegen. Gerade im beruflichen Bereich ist es häufig notwendig den Arbeitsplatz mit Rücksicht auf die bestehende oder drohende Beeinträchtigung passfähig zu gestalten und somit die Verhältnisse an das Individuum anzupassen. Dies erscheint schwierig, da die Befragten hier Defizite beschreiben, wie die fehlenden Möglichkeiten der stufenweisen Wiedereingliederung, des BEM<sup>57</sup>-Verfahrens, der Veränderung des Stundenmodells oder der Unterstützung durch Betriebsärzte.

Neben fehlenden strukturellen und individuellen Veränderungen innerhalb der Arbeitswelt, von denen sich die Personen Entlastungen erhoffen, liegt ein weiterer Fokus auf der Nachsorge durch regional ansässige Ärzte und Psychotherapeuten. Dabei werden konkrete nicht vorhandene Angebote wie PsyRena/IRENA, Rehasport oder Physiotherapie genannt, welche teilweise in der Region nicht zur Verfügung stehen und somit eine effiziente Nachsorge erschweren bzw. diese nicht realisiert werden kann. Dieser Aspekt bestätigt sich in den Experteninterview als auch in den Teilnehmerinterviews (siehe z.B. Punkt 7.8.3 „Nachsorge“ und Kapitel 7.5.4 „Personen in Arbeitslosigkeit“).

---

<sup>56</sup> vgl. Ergebnisse und Empfehlungen in unserer Studie „Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem. Eine qualitative und quantitative Analyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen (Kardorff et al. (2016)).

<sup>57</sup> vgl. Kapitel 3.3. „Schnittstellenprobleme“, vgl. auch Alsdorf et al. (2017).

Die Leistungen und Hilfsangebote in den psychosomatischen Rehabilitationskliniken werden vornehmlich positiv bewertet. Nur eine geringe Anzahl der Teilnehmer bemängeln das Engagement der Therapeuten oder wünschen sich mehr einzeltherapeutische Sitzungen bzw. Änderungen in der Angebotsstruktur der Rehakliniken.

### 6.2.3. Arbeit und RTW

#### *Inanspruchnahme einer LTA-Leistung*

Von den 1.176 Teilnehmenden beantworteten 1.162 die Frage nach der Inanspruchnahme einer LTA-Leistung bzw. stimmten dem Linkage zu. Dabei gaben 32,6 % der Personen an, eine LTA-Leistung erhalten zu haben; bei 67,4 % der wurde die Frage verneint (Abbildung 28).

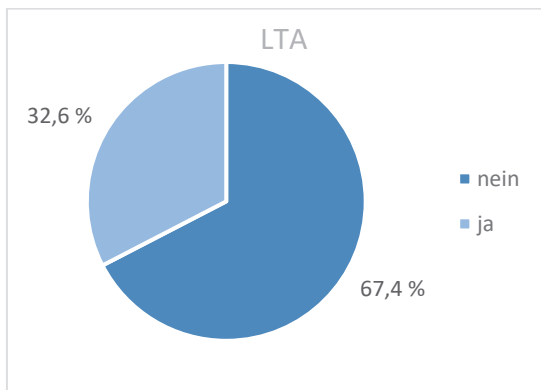


Abbildung 28 Frage 20 des Fragebogens: Haben Sie irgendwann auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten? (Quelle: eigene Darstellung).

Von den 379 Personen, die eine LTA-Leistung erhalten haben, benennen 323 Personen zusätzlich die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Abbildung 29). Bei den zwei am häufigsten in Anspruch genommen Leistungen handelt es sich um Arbeits- und Belastungserprobungen sowie Umschulungsmaßnahmen. In 34,1 % der Fälle erfolgte eine Arbeits- und Belastungserprobung, bei 31,1 % eine Umschulung (2 Jahre), 21,1 % erhielten eine Integrationsmaßnahme (maximal 1 Jahr). Hierbei ist zu beachten, dass die Teilnehmer mehrere LTA-Maßnahmen in Anspruch genommen haben können und deshalb Mehrfachantworten möglich waren.



## Ergebnisse der quantitativen Teilstudie- Fragebogen

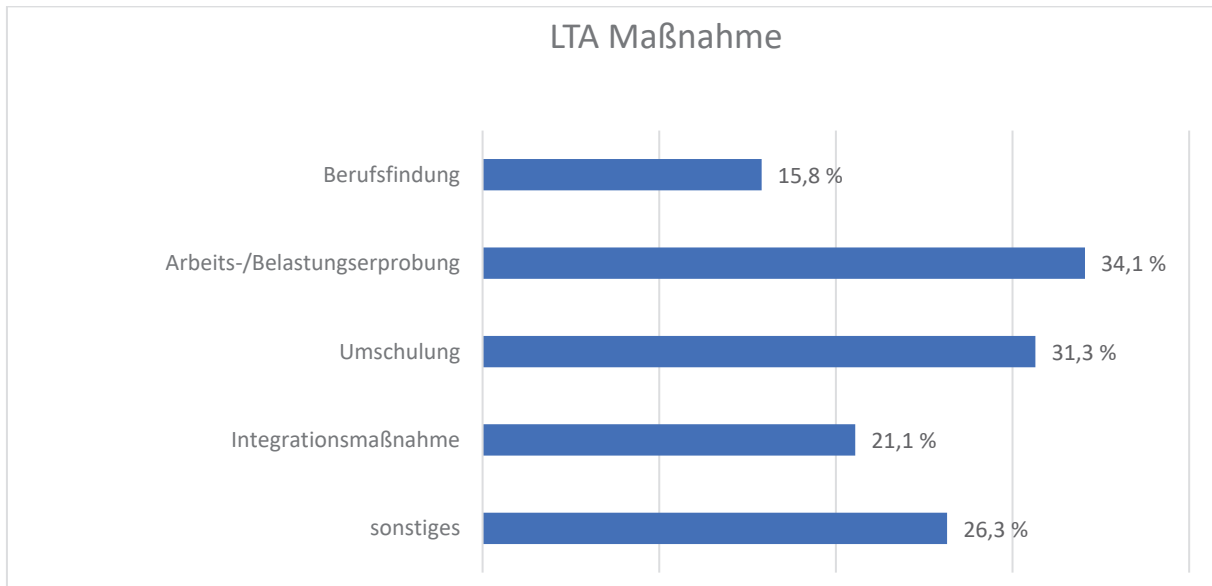


Abbildung 29 Frage 20.1. Welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurden erhalten? (Quelle: eigene Darstellung).

Die Geschlechterverteilung liegt bei 75 % Frauen und 25 % Männern. Mit 49,3 % verfügen die meisten über eine abgeschlossene Lehre als höchsten Berufsabschluss.

Die Personengruppe mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurde von uns gesondert betrachtet. Es ist zu vermuten, dass in dieser Gruppe Personen vorzufinden sind, die höheren somatischen und psychischen Belastungen innerhalb der Arbeitswelt ausgesetzt sind und bei denen eine lange biografische Aufschichtung von Problemen stattgefunden hat. Teilnehmende aus der LTA-Gruppe bewerten ihren Gesundheitszustand weniger zufriedenstellend (39,8 %) als Personen, die keine LTA in Anspruch genommen haben (43,7 %) oder beschreiben diesen sogar als sehr schlecht (4,8 % vs. 3,1 %). Die Frage, ob die Inanspruchnahme von LTA einen positiven Effekt auf einen erfolgreichen RTW hat, muss differenzierter betrachtet werden. Auch dazu findet sich eine ausführliche Auswertung dieser Teilstichprobe in Kapitel 7.6.

**Berufliche Zukunft**

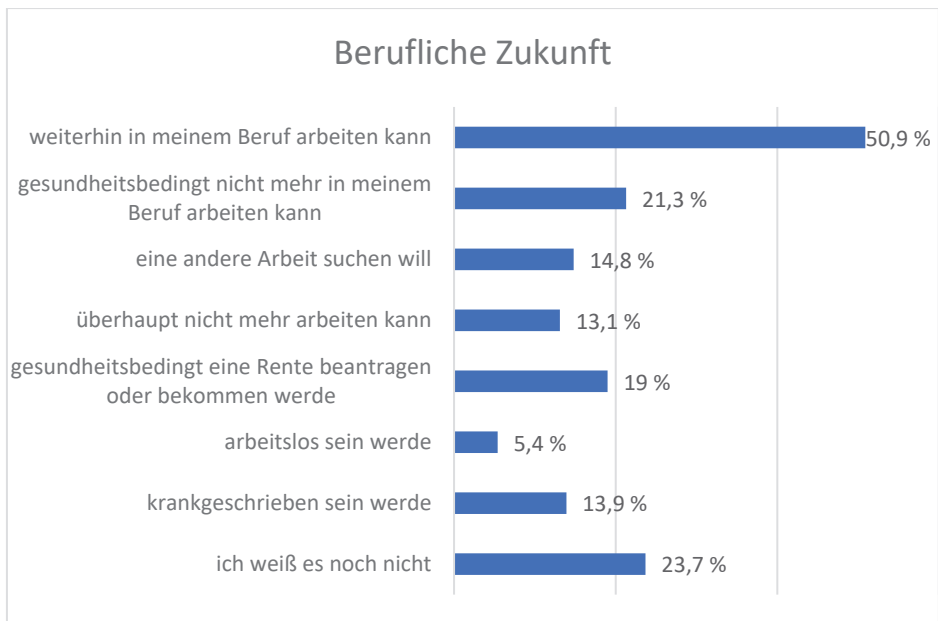


Abbildung 30 Frage 28. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? (Quelle: eigene Darstellung).

Auch bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich; 1.054 der Teilnehmende kreuzten hier mindestens eine Antwort an. 50,9 % geben an, dass keine berufliche Veränderung stattfinden wird und die Tätigkeit im aktuellen Beruf fortgesetzt werden kann (siehe Abbildung 30). Etwa ein Fünftel (21,3 %) der Teilnehmer glauben zum Zeitpunkt der Erhebung, dass sie gesundheitsbedingt, nicht mehr in ihrem jetzigen Beruf tätig sein werden. 19 % können sich vorstellen einen Rentenantrag zu stellen. Gerade in der Altersklasse der über 60-jährigen streben ca. 36 % dieses Ziel oder sehen es als unausweichlich an. Das macht insgesamt betrachtet über die Hälfte derer aus, die die Möglichkeit einer vorzeitigen Rente in Erwähnung ziehen.

Von den Befragten mit LTA-Leistungen sehen sich 46,2 % in ihrem alten Beruf und 19,2 % streben eine neue Tätigkeit an, während 52,2 % der Personen mit ausschließlich medizinischer Reha Leistung weiterhin in ihrem Beruf beschäftigt sein möchten und sich 13,2 % um einen neuen Arbeitsplatz bemühen wollen. Der Anteil nach dem Wunsch einer EM-Rente ist in beiden Gruppen etwa gleich hoch (LTA 20,6 % vs. psych. Reha 18,9 %). Eine berufliche Veränderung durch die gesundheitsbedingte Aufgabe ihres Berufs sehen 26,2 % der LTA-Gruppe, demgegenüber stehen 19,5 % der Personen mit medizinischen Leistungen. Dies überrascht insofern, da vor allem die Entscheidung für die Teilnahme an einer bspw. beruflichen Neuqualifizierung häufig auch eine Entscheidung für eine positive, veränderte Zukunft impliziert, die in einer beruflichen Stabilität münden kann. Ferner könnte der höhere Anteil auch auf den im vorherigen Punkt eingegangen höheren Leidendruck oder der stärkeren Krankheitsbelastung der LTA-Gruppe hindeuten.

### 6.3. Gruppenbildung für die Analyse des Fragebogenrücklaufs

Vor dem Hintergrund der Fragestellungen des Projekts, das im deskriptiven Teil die Identifikation von Inanspruchnahmeverläufen oder -ketten zum Ziel hatte, ergaben sich zuerst – hier schematisch dargestellt – folgende empirische Gruppenzuordnungen (Abbildung 31).

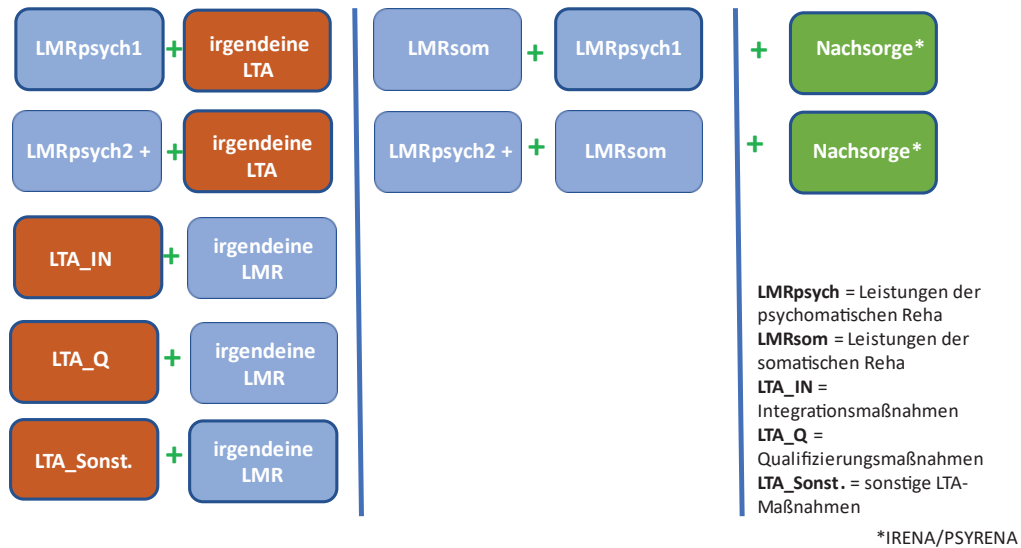


Abbildung 31 Gruppenzuordnungen und Kombinationen ohne zeitliche Verläufe auf Basis des RSD-Files für die weitere qualitative Analyse (Quelle: eigene Darstellung).

Im Anschluss an die detaillierte Analyse der geführten Interviews konnten 17 Verlaufgruppen bestimmt werden (siehe Tabelle 16), weitergehend extrahierten wir aus dem empirischen Material bzw. den 17 Verlaufgruppen *fünf Hauptverlaufgruppen.*, die mit der Stichprobe des Fragebogens verglichen wurden (vgl. Kapitel 8).

## Ergebnisse der quantitativen Teilstudie- Fragebogen

Tabelle 16 empirische Verlaufsgruppen und Hauptverlaufsgruppen.

<b>Verlaufsgruppen (17)</b>
LMRpsych_1
LMRpsych_1 + LTA_IN
LMR psych1 + LTA_Q
LMRpsych_1 + LMRsom
LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_IN
LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_Q
LMRpsych_2
LMRpsych_2 + LTA_IN
LMRpsych_2 + LTA_Q
LMRpsych_2 + LMRsom
LMRpsych_2 + LMRsom + LTA_IN
LMRsom
LMRsom + LTA_Q
LMRsom + LTA_IN
LTA_IN
LTA_Q
Wiederholer
<b>Hauptverlaufsgruppen (5)<sup>58</sup></b>
LMRpsych_1
LMRpsych + LTA
LMRpsych_1 + LMRsom
LMRpsych_2
Wiederholer

<sup>58</sup> Wir haben uns dazu entschieden jeden Interviewteilnehmer einer Hauptgruppe zu zuordnen, auch wenn Personen im Sample existieren, die bspw. keine psychosomatische Reha in Anspruch genommen haben (z.B. Herr Baum, Frau Reim). Da Personen aufgrund der Inanspruchnahme von bspw. einer somatischen Reha zusätzlich zur psychosomatischen und LTA theoretisch zwei Hauptgruppen zugehörig sind, haben wir, um diese Einteilung realisieren zu können, nach ausführlicher Analyse des Interviewmaterials die berufliche Reha-Maßnahme schwerer gewichtet. So wurde z.B. Frau Paula, trotz Verlaufsgruppe „LMRpsych\_1 + LMRsom + LTA\_Q“ in die Hauptverlaufsgruppe LMRpsych + LTA zugeordnet, weil in ihrer Biografie, wie bei den anderen Teilnehmenden auch, die berufliche Rehabilitation einen höheren Stellenwert eingenommen hat. Zudem befinden sich Personen im Sample, die zwei psychosomatische und eine oder mehrere somatische Rehabilitationen absolviert haben und damit auch zwei Hauptgruppen angehören. Hier haben wir ebenso nach Auswertung der Interviews die gewichtigere Maßnahme berücksichtigt. Ein Beispiel: Frau Ulrich ist in der Verlaufsgruppe „LMRpsych\_2 + LMRsom“ zu finden, da die somatische Reha eine geringere Bedeutung in ihrem Erkrankungsverlauf einnimmt und die psychischen Belastungen überwiegen, wurde sie in die Hauptverlaufsgruppe „LMRpsych\_2“ eingeordnet und nicht in die Hauptverlaufsgruppe „LMRpsych\_1+ LMRsom“.

Mit der weiteren Analyse des Fragebogens konnten auch Formen der Inanspruchnahme von Leistungen des medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungssystems und von LTA-Leistungen, die nicht von der Rentenversicherung finanziert wurden, erfasst werden. Mit Blick auf die medizinischen Leistungen sind hier für die ausgewählten Zielgruppen psychisch beeinträchtigter Rehabilitanden vor allem die Inanspruchnahmen psychiatrischer Angebote (stationäre Psychiatrie und Tageskliniken) bedeutsam, so dass es sich anbot, eine eigenständige „Quergruppe“ zu bilden (siehe die folgende Abbildung 32). Bei den überwiegend kassenfinanzierten Psychotherapien, die häufig von den Rehabilitanden vor und nach einer psychosomatischen Rehabilitation in Anspruch genommen werden, haben wir auf die Bildung einer eigenen Quergruppe verzichtet, da die Inanspruchnahme dieses Angebots keine charakteristischen Besonderheiten für die Verlaufskurven der Fragebogenstichprobe markiert. Obwohl EM-Rentenbezieher bei der Auswahl der Stichprobe ausgeschlossen wurden, fanden sich in der Fragebogenerhebung eine Reihe von EMR-Bezieher auf ( $n = 74$ ), die erst nach 2018 in eine (Teil-)EM-Rente eingetreten sind, woraufhin wir uns dazu entschlossen hier eine eigenständige Quergruppe zu bilden, um aus der gesamten Verlaufskurve und anhand der Fälle, aus den Interviews (vgl. den Abschnitt 7.5.1) Hinweise auf Auslöser und soziale wie krankheitsbedingte Gründe für das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben zu gewinnen. Die in der folgenden Abbildung auftretenden „Quergruppen“ wurden gewählt, weil sie mit Blick auf die Zuweisung („Reha vor Klinik“, gemeint ist hier immer eine psychiatrische Akut- oder Tagesklinik) kritisch zu betrachten sind (vgl. z.B. Fallstudie Frau *Meister* 7.4.4.), vor allem aber, weil sie mit Blick auf die vermuteten Auswirkungen auf den weiteren Verlauf, besonders auf den RTW interessant erscheinen. Zudem legten wir einen weiteren Fokus auf die Gruppe der Personen in Arbeitslosigkeit, um Risikofaktoren für den nicht gelungenen RTW innerhalb der Inanspruchnahmeketten zu identifizieren.

Alle diese hier beschriebenen Gruppen sind aus dem empirischen Material „emergiert“.

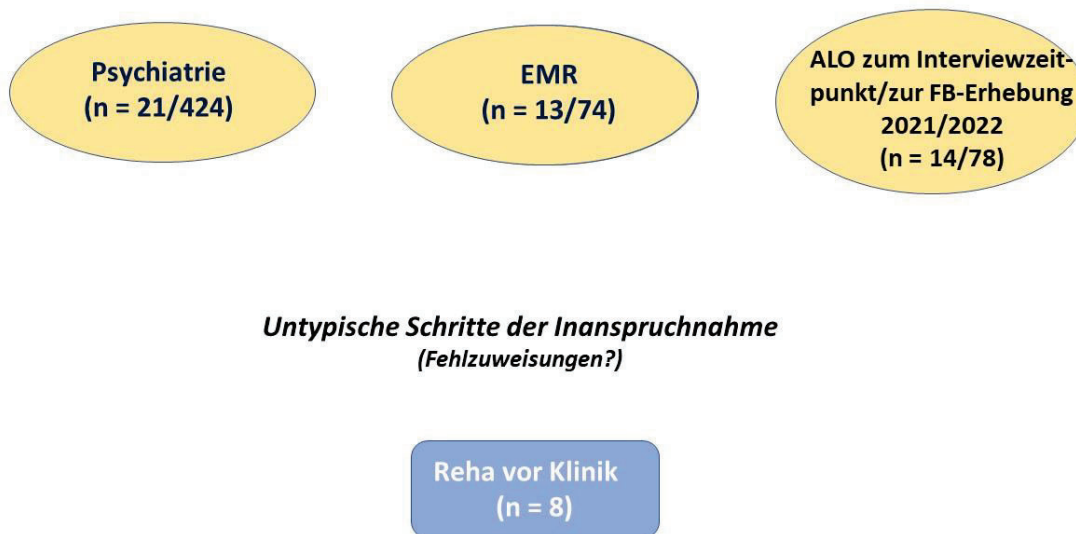


Abbildung 32 Quergruppen aus Fragebogen und Interviewmaterial (Zahlenangaben in der Abbildung beziehen sich auf die Interviews und den Fragebogen<sup>59</sup>) (Quelle: eigene Darstellung).

Schließlich hat sich aufgrund der weiteren vertiefenden Analyse der Fragebogen- und insbesondere auch der Interviewfälle eine weitere Gruppenbildung angeboten, die sich sowohl aus empirischen Hinweisen (etwa aus den Antworten im Item „Attribution“ der Beschwerden) und aus der „biografischen Gesamtformung“ (Schütze, 1983) der erzählten Lebensgeschichten und Verlaufskurven in den Interviews ergeben als auch aus theoretischen Überlegungen zur Genese psychischer Störungen.

Hier sind es vier Gruppierungen, die mit Einfach- und Mehrfachinanspruchnahmen von Versorgungsangeboten sowie mit der Länge der Verlaufskurven korrelieren:

- Belastende Erlebnisse aus Kindheit und Jugend → langfristige Verläufe, Mehrfachinanspruchnahmen psychosomatischer und psychotherapeutischer Leistungen
- Somatische Erkrankungen in deren Folge sich psychische Beeinträchtigungen entwickeln, öfter zusätzlich mit LTA-Leistungen verbunden
- Kritisches Lebensereignis, das zur Inanspruchnahme führt → oft nur einmalige Inanspruchnahme
- Aufschichtung biographischer Ereignisse → langfristige Verläufe, ältere besonders belastete Personen, in den Quer-Gruppen der „EM-Rente“

<sup>59</sup> Die Personen, die vor einer Psychiatrie eine Reha in Anspruch genommen haben, konnten innerhalb des Fragebogens nicht trennscharf identifiziert werden.

## Ergebnisse der quantitativen Teilstudie- Fragebogen

Auf alle beschriebenen Gruppierungen wird näher ab Punkt 7.7 und 8.5.3 eingegangen. Die benannten Gruppen sind *nicht* exklusiv. So können bspw. Personen aus einer Hauptverlaufsgruppe der Inanspruchnahmeketten auch einer oder mehreren Quergruppen zugehörig sein (Psychiatrie, EM-Rentner usw.)

## 7. Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

### 7.1. Überblick Interviewsample

Nachfolgend zwei Übersichtslisten (Tabelle 17 und Tabelle 18) aller interviewten Personen mit von uns ausgewählten Daten zur Person, zur beruflichen Situation und zur Gruppenzugehörigkeit im Sample.



## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Tabelle 17 Übersicht zum Interviewsample. n=70

Pseudonyme	Alter	Geschlecht	Familienstand	höchster Berufsabschluss	Hauptdiagnose Letzte Maßnahme	Komorbidität
<b>Frau Aaron</b>	55	weiblich	mit Partner im Haushalt	Hochschule	F3	keine
<b>Frau Angstmann</b>	55	weiblich	allein mit Kind/ern im Haushalt	Hochschule	F3	orthopädisch
<b>Frau Antje</b>	47	weiblich	alleinlebend	Fachschule	F3	orthopädisch
<b>Frau Bader</b>	50	weiblich	alleinlebend	Fachhochschule	F3	keine
<b>Frau Bartz</b>	52	weiblich	alleinlebend	Lehre	F3	orthopädisch
<b>Frau Birte</b>	64	weiblich	mit Partner im Haushalt	Lehre	F3	keine
<b>Frau Blei</b>	58	weiblich	mit Partner im Haushalt	Lehre	M5	orthopädisch
<b>Frau Blume</b>	60	weiblich	mit Partner im Haushalt	Fachhochschule	F3	keine
<b>Frau Brunswig</b>	49	weiblich	alleinlebend	Lehre	F4	orthopädisch
<b>Frau Close</b>	64	weiblich	mit Partner im Haushalt	Lehre	/	Asthma
<b>Frau Dora</b>	34	weiblich	alleinlebend	Hochschule	M5	keine
<b>Frau Emil</b>	54	weiblich	mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	Hochschule	/	Sinnesbeein.
<b>Frau Fitlauf</b>	33	weiblich	mit Partner im Haushalt	Hochschule	F3	urologisch
<b>Frau Frieda</b>	60	weiblich	mit Partner im Haushalt	Fachschule	F3	keine
<b>Frau Gustav</b>	59	weiblich	alleinlebend	Hochschule	F3	onkologisch
<b>Frau Halva</b>	55	weiblich	alleinlebend	Fachschule	F4	keine
<b>Frau Hill</b>		weiblich	mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	Lehre	M7	Orthopädisch, chronische Schmerzen

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Frau Holler</b>	47	weiblich	alleinlebend	Lehre	F3	Sucht
<b>Frau Horst</b>	56	weiblich	mit Partner im Haushalt	Fachschule	F3	Chron. Nasennebenhöhlen.
<b>Frau Ida</b>	47	weiblich	mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	Lehre	F3	keine
<b>Frau Josch</b>	54	weiblich	alleinlebend	Lehre	F4	Folgeerscheinungen Unfall
<b>Frau Julius</b>	33	weiblich	mit Partner im Haushalt	Lehre	F4	keine
<b>Frau Jung</b>	39	weiblich	alleinlebend	Hochschule	F3	keine
<b>Frau Keller</b>	41	weiblich	mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	Fachhochschule	F3	keine
<b>Frau Klein</b>	54	weiblich	mit Partner im Haushalt	Lehre	F3	keine
<b>Frau Klick</b>	61	weiblich	mit Partner im Haushalt	Fachhochschule	F3	Darm
<b>Frau Konrad</b>	53	weiblich	alleinlebend	Lehre	F3	onkologisch, orthopädisch
<b>Frau Kren</b>	50	weiblich	mit Partner im Haushalt	Lehre	F4	keine
<b>Frau Ludwig</b>	52	weiblich	mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	Lehre	F3	orthopädisch
<b>Frau Luft</b>	60	weiblich	mit Partner im Haushalt	Hochschule	F3	keine
<b>Frau Marta</b>	63	weiblich	alleinlebend	Lehre	F3	orthopädisch
<b>Frau May</b>	53	weiblich	alleinlebend	Lehre	M5	Sucht

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Frau Meister</b>	45	weiblich	mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	Lehre	F4	keine
<b>Frau Mentz</b>	54	weiblich	lebt in WG	Lehre	F4	keine
<b>Frau Netz</b>	55	weiblich	alleinlebend	Lehre	F4	orthopädisch
<b>Frau Nieder</b>	35	weiblich	alleinlebend	Lehre	F3	keine
<b>Frau Nohl</b>	40	weiblich	mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	Lehre	F4	keine
<b>Frau Nord</b>	65	weiblich	mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	Fachschule	F3	orthopädisch
<b>Frau Oker</b>	63	weiblich	alleinlebend	Fachschule	F3	Onkologisch, Sucht
<b>Frau Otto</b>	60	weiblich	mit Partner im Haushalt	Fachschule	F3	keine
<b>Frau Pantelitsa</b>	59	weiblich	mit Partner im Haushalt	Fachhochschule	F3	Mehrere Erkrankungen
<b>Frau Pasch</b>	55	weiblich	allein mit Kind/ern im Haushalt	Fachschule	F3	keine
<b>Frau Paula</b>	60	weiblich	mit Partner im Haushalt	Lehre	F4	orthopädisch, onkologisch
<b>Frau Ping</b>	62	weiblich	alleinlebend	Hochschule	F3	orthopädisch
<b>Frau Pohl</b>	60	weiblich	lebt in WG	Lehre	/	onkologisch
<b>Frau Quarz</b>	53	weiblich	mit Partner im Haushalt	Lehre	M4	Orthopädisch, neurologisch
<b>Frau Quelle</b>	56	weiblich	allein mit Kind/ern im Haushalt	Fachhochschule	F4	orthopädisch
<b>Frau Raul</b>	64	weiblich	mit Partner/in im Haushalt	Hochschule	F3	keine
<b>Frau Reim</b>	53	weiblich	mit Partner/in im Haushalt	Lehre	F3	neurologisch

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Frau Rübe</b>	62	weiblich	alleinlebend	Fachhochschule	F3	keine
<b>Frau Sieg</b>	49	weiblich	mit Partner/in im Haushalt	Hochschule	H5	Sehbeein.
<b>Frau Suhl</b>	47	weiblich	alleinlebend	Hochschule	F3	keine
<b>Frau Theodor</b>	53	weiblich	mit Partner/in im Haushalt	Fachhochschule	F3	keine
<b>Frau Tosch</b>	58	weiblich	alleinlebend	Fachschule	M5	Orthopädisch, F4
<b>Frau Ulrich</b>	61	weiblich	mit Partner/in im Haushalt	Lehre	F4	keine
<b>Frau Verde</b>	63	weiblich	mit Partner/in im Haushalt	Fachhochschule	F3	onkologisch, Organschäden, weiteres
<b>Frau Voß</b>	36	weiblich	allein mit Kind/ern im Haushalt	Lehre	F3	keine
<b>Frau Weber</b>	47	weiblich	alleinlebend	Fachhochschule	F4	orthopädisch
<b>Frau Xander</b>	38	weiblich	alleinlebend	Fachhochschule	F4	Sonstiges
<b>Frau Yost</b>	59	weiblich	mit Partner/in im Haushalt	Lehre	F4	Sinnesbeeinträcht.
<b>Frau Zepelin</b>	61	weiblich	alleinlebend	Lehre	F3	orthopädisch
<b>Herr Anton</b>	50	männlich	mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	Fachschule	M5	keine
<b>Herr Baum</b>	49	männlich	bei meinen Eltern/Großeltern	Lehre	F3	keine
<b>Herr Carlin</b>	50	männlich	mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	Fachhochschule	F3	keine
<b>Herr Kaul</b>	55	männlich	mit Partner/in im Haushalt	Hochschule	F3	F4, soziale Phobien
<b>Herr Mutmacher</b>	57	männlich	alleinlebend	Hochschule	F3	keine
<b>Herr Pfaff</b>	40	männlich	alleinlebend	Fachschule	F3	keine
<b>Herr Protokoll</b>	64	männlich	mit Partner/in im Haushalt	Hochschule	/	keine

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Herr Rupp</b>	52	männlich	alleinlebend	Lehre	F4	keine
<b>Herr Traut</b>	51	männlich	mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	Lehre	F3	keine

Tablle 18 Übersicht zum Interviewsample mit Verläufen. n=70

<b>Pseudonyme</b>	<b>Berufliche Situation RSD (2018)</b>	<b>Berufliche Situation (Interviewzeitpunkt 2021/2022)</b>	<b>Maßnahme RSD Verlaufsgruppen (bis 2018)</b>	<b>Gruppenzugehörigkeit Verlaufsgruppen (fein)/ Hauptverlaufsgruppen (grob)</b>	<b>Gruppenzugehörigkeit Quergruppen</b>
<b>Frau Aaron</b>	ALO	RTW	LMRpsych2+	Wiederholer/ Wiederholer	
<b>Frau Angstmann</b>	ALO	ALO	LMRpsych2+	LMRpsych_2/ LMRpsych_2	ALO
<b>Frau Antje</b>	ALO	EMR	LMRpsych1_ns-	LMRpsych_1 + LMRsom/ LMRpsych1 + LMRsom	EMR
<b>Frau Bader</b>	RTW	LTA IN	LMRpsych2+	LMRpsych_2 + LTA_IN/ LMRpsych + LTA	Psychiatrie
<b>Frau Bartz</b>	ALO (AU)	ALO	LMRpsych1+	LMRpsych_1 + LMRsom + LTA (BA)/ LMRpsych + LTA	ALO
<b>Frau Birte</b>	RTW*	Altersrente	LMRpsych2+	LMRpsych_2/ LMRpsych_2	
<b>Frau Blei</b>	ALO	RTW	LMRpsych2+	Wiederholer/ Wiederholer	
<b>Frau Blume</b>	RTW	RTW	LTA_IN	LMRpsych_1 + LTA_IN/ LMRpsych + LTA	

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Frau Brunswig</b>	ALO	EMR		LMRpsych2+	LMRpsych_1/ LMRpsych_1	EMR
<b>Frau Close</b>	RTW	RTW		LTA_IN	LMRpsych_1 + LTA_IN/ LMRpsych + LTA	
<b>Frau Dora</b>	ALO	RTW		LTA_IN	LMRpsych_1 + LTA_IN/ LMRpsych + LTA	
<b>Frau Emil</b>	ALO	ALO		LTA_IN	LMRpsych_1 + LTA_IN/ LMRpsych + LTA	ALO
<b>Frau Fitlauf</b>	RTW	RTW		LMRpsych1_ns-	LMRpsych_1/ LMRpsych_1	
<b>Frau Frieda</b>	ALO	RTW		LTA_IN	LMRpsych_2 + LMRsom + LTA_IN/ LMRpsych + LTA	Psychiatrie
<b>Frau Gustav</b>	ALO	RTW		LMRpsych2+	LMRpsych_1/ LMRpsych_1	
<b>Frau Halva</b>	ALO	ALO		LMRpsych1_ns+	LMRpsych_1/ LMRpsych_1	ALO
<b>Frau Hill</b>	ALO	RTW		sLTA plus LMR	LMRsom + LTA_Q/ LMRpsych + LTA	
<b>Frau Holler</b>	ALO	ALO		LMRpsych1_ns-	LMRpsych_2 + LMRsom/ LMRpsych_2	ALO
<b>Frau Horst</b>	ALO	EMR		LMRpsych1_ns+	LMRpsych_1 + LMRsom/ LMRpsych1 + LMRsom	Reha vor Klinik, EMR, Psychiatrie
<b>Frau Ida</b>	RTW	RTW		LMRpsych1_ns+	LMRpsych_1/ LMRpsych_1	Psychiatrie
<b>Frau Josch</b>	LTA Q (BA)	RTW		LMRpsych1_ns-	LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_Q/ LMRpsych + LTA	
<b>Frau Julius</b>	RTW	RTW		LMRpsych2+	LMRpsych_2/ LMRpsych_2	Psychiatrie

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Frau Jung</b>	ALO	LTA IN	LMRpsych2+	LMRpsych_2 + LTA_IN/ LMRpsych + LTA	Reha vor Klinik, Psychiatrie
<b>Frau Keller</b>	RTW	RTW*	LTA_Q	LMRpsych_1 + LTA_Q/ LMRpsych + LTA	
<b>Frau Klein</b>	RTW	RTW -> EMR	LMR2+	LMRpsych_1/ LMRpsych_1	EMR
<b>Frau Klick</b>	ALO (AU)	EMR	LMRpsych2+	Wiederholer/Wiederholer	Reha vor Klinik, EMR, Psychiatrie
<b>Frau Konrad</b>	ALO	RTW	LTA_IN	LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_IN/ LMRpsych + LTA	Psychiatrie
<b>Frau Kren</b>	RTW	RTW*	LMRpsych2+	LMRpsych_2/ LMRpsych_2	Psychiatrie
<b>Frau Ludwig</b>	ALO	RTW	LMRpsych1_ns-	LMRpsych_2/ LMRpsych_2	
<b>Frau Luft</b>	RTW	RTW	LMRpsych2+	LMRpsych_1/ LMRpsych_1	
<b>Frau Marta</b>	RTW	Altersrente	sLTA plus LMRpsych	LMRpsych_1 + LMRsom/ LMRpsych1 + LMRsom	
<b>Frau May</b>	ALO	EMR	LTA_IN	LMRsom + LTA_IN/ LMRpsych + LTA	EMR
<b>Frau Meister</b>	ALO	RTW	LMRpsych2+	LMRpsych_2/ LMRpsych_2	Reha vor Klinik, Psychiatrie
<b>Frau Mente</b>	ALO	ALO	LMRpsych1_ns+	LMRpsych_1/ LMRpsych_1	ALO
<b>Frau Netz</b>	RTW	ALO (AU)	LMRpsych1+	Wiederholer/ Wiederholer	ALO
<b>Frau Nieder</b>	ALO	RTW	LMRpsych1_ns-	LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_Q/ LMRpsych + LTA	
<b>Frau Nohl</b>	RTW	RTW	LTA_Q	LMRsom + LTA Q/ LMRpsych + LTA	

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Frau Nord</b>	RTW	Altersrente	sLTA plus LMRpsych	LMRpsych_2 + LMRsom / LMRpsych_2	
<b>Frau Oker</b>	RTW	ALO	LMRpsych1_ns+	LMRpsych_2 + LMRsom/ LMRpsych1 + LMRsom	ALO
<b>Frau Otto</b>	RTW	ALO	sLTA plus LMRpsych	LMRpsych_1 + LMRsom/ LMRpsych1 + LMRsom	ALO
<b>Frau Pantelitsa</b>	ALO (AU)	EMR	LMRpsych2+	Wiederholer/ Wiederholer	EMR
<b>Frau Pasch</b>	ALO	EMR	LTA_IN	LMRpsych_2 + LTA_IN/ LMRpsych + LTA	Reha vor Klinik, EMR, Psychiatrie
<b>Frau Paula</b>	ALO	ALO -> EMR (AU)	LTA_Q	LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_Q/ LMRpsych + LTA	EMR, ALO
<b>Frau Ping</b>	ALO	ALO	LMRpsych1_ns+	LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_IN/ LMRpsych + LTA	ALO
<b>Frau Pohl</b>	RTW	RTW*	LTA_Q	LMRpsych_1 + LTA_Q/ LMRpsych + LTA	
<b>Frau Quarz</b>	RTW	ALO (AU)	LTA_IN	LMRpsych_2 + LMRsom + LTA_IN/ LMRpsych + LTA	Reha vor Klinik, Psychiatrie, ALO
<b>Frau Quelle</b>	RTW	ALO	LMRpsych1_ns-	LMRpsych_1 + LMRsom/ LMRpsych1 + LMRsom	ALO
<b>Frau Raul</b>	RTW	ALO	LMRpsych1_ns-	LMRpsych_1/ LMRpsych_1	ALO
<b>Frau Reim</b>	RTW	RTW/AU	LTA_IN	LTA_IN/ LMRpsych + LTA	Psychiatrie
<b>Frau Rübe</b>	ALO (AU)	EMR	LMRpsych1_ns-	LMRpsych_1/ LMRpsych_1	EMR, Psychiatrie



Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Frau Sieg</b>	ALO	LTA Q	LTA_Q	LMRpsych_1 + LTA_Q/ LMRpsych + LTA	
<b>Frau Suhl</b>	RTW	RTW	LTA_IN	LMRpsych_1 + LTA_IN/ LMRpsych + LTA	EMR
<b>Frau Theodor</b>	ALO	RTW	LTA_Q	LTA_Q/ LMRpsych + LTA	
<b>Frau Tosch</b>	ALO	RTW/AU	LTA_IN	Wiederholer/ Wiederholer	Reha vor Klinik, Psychiatrie
<b>Frau Ulrich</b>	RTW	ALO	LMRpsych1_ns-	LMRpsych_2 + LMRsom/ LMRpsych_2	ALO
<b>Frau Verde</b>	RTW	EMR	LMRpsych1+	LMRpsych1 + LMRsom/ LMRpsych1 + LMRsom	EMR
<b>Frau Voß</b>	ALO	RTW	sLTA plus LMR	LMRpsych_1/ LMRpsych_1	Psychiatrie
<b>Frau Weber</b>	RTW	RTW	LTA_Q	LMRsom + LTA_Q/ LMRpsych + LTA	
<b>Frau Xander</b>	RTW	RTW/AU	LMRpsych1_ns+	LMRpsych_2/ LMRpsych_2	
<b>Frau Yost</b>	RTW	RTW	sLTA plus LMRpsych	Wiederholer/ Wiederholer	
<b>Frau Zepplin</b>	RTW	EMR	LTA_IN	LMRpsych_2 + LMRsom + LTA_IN/ LMRpsych + LTA	EMR, Psychiatrie
<b>Herr Anton</b>	RTW	RTW	sLTA plus LMR	LMRsom/ LMRpsych1 + LMRsom	
<b>Herr Baum</b>	ALO	RTW	sLTA plus LMRpsych	LTA_Q/ LMRpsych + LTA	Psychiatrie
<b>Herr Carlin</b>	RTW	RTW	LMRpsych1_ns+	LMRpsych_1/ LMRpsych_1	
<b>Herr Kaul</b>	RTW	RTW	LTA_IN	Wiederholer/ Wiederholer	Psychiatrie
<b>Herr Mutmacher</b>	RTW	RTW	LMRpsych2+	LMRpsych_1/ LMRpsych_1	

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Herr Pfaff</b>	RTW	RTW	LMRpsych2+	LMRpsych_2/ LMRpsych_2	
<b>Herr Protokoll</b>	RTW	RTW	LTA_IN	LMRpsych_1 + LTA_IN/ LMRpsych + LTA	
<b>Herr Rupp</b>	ALO	RTW	LMRpsych2+	LMRpsych_1/ LMRpsych_1	Psychiatrie
<b>Herr Traut</b>	RTW	RTW	LTA_Q	LMRpsych_2 + LTA_Q/ LMRpsych + LTA	Reha vor Klinik, Psychiatrie

\*Teilzeitbeschäftigung

## 7.2. Samplebeschreibung

Tabelle 19 gibt einen Überblick über die von uns interviewten Personen nach den wichtigsten generischen Daten:

Tabelle 19 Samplebeschreibung. n=70

Kategorie	Sample 2021/2022 (n=70). Häufigkeiten
<b>Geschlecht</b>	
weiblich	61
männlich	9
<b>Altersgruppen</b>	
30-39 Jahre	7
40-49 Jahre	12
50-59 Jahre	31
Über 60 Jahre	19
k.A.	1
<b>Berufsabschluss</b>	
Lehre	32
Fachschule	11
Fachhochschule	12
Hochschule/Universität	15
keine Berufsausbildung	-
<b>Lebenssituation</b>	
Alleinlebend	25
Mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	11
Allein mit Kind/ern im Haushalt	4
Bei meinen (Groß-)Eltern	1
mit Partner/in im Haushalt	26
Nichts davon	3
<b>Aktueller berufl. Status</b>	
Vollzeit	33
Teilzeit	3
Altersrente	3
EMR	10
LTA-Maßnahme	3
AU	2
Krankengeld	1
ALO	14
ALO mit Nebenjob	1
<b>LTA- Inanspruchnahme</b>	
ja	31
nein	39
<b>Hauptdiagnose</b>	
F3	42
F4	16
M-Diagnose	7
H-Diagnose	1
k.A.	4

<b>Komorbidität</b>	
ja	35
nein	36

Im Rahmen unserer Rekrutierungsphase der Interviews, hatten wir angestrebt möglichst viele Männer und Personen in Erwerbslosigkeit (zum Zeitpunkt der FB-Erhebung) anzuschreiben, hier vorwiegend, um Faktoren für einen erfolgreichen Return to Work zu extrahieren. Da die Antwortbereitschaft der Männer gering ausfiel und selbst nach versuchtem telefonischem Kontakt nicht realisierbar war, zeigt sich ein Übergewicht an Frauen. Auch Teilnehmer höheren Alters sind häufiger in unserem Sample vertreten. So sind fast dreiviertel der Personen über 50 Jahre alt, was insbesondere für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nicht überrascht<sup>60</sup>.

Gut die Hälfte weisen eine somatische Komorbidität auf die hauptsächlich den Muskel, Skeletes- und Gelenkerkrankungen sowie den onkologischen Erkrankungen zugeordnet werden, aber auch psychische Komorbiditäten und Suchterkrankungen (vgl. Tabelle 17)

### 7.3. Analyse und Interpretation der Fallstudien

Eine ausführliche Falldarstellung aller im vorausgehenden Abschnitt 7.2 tabellarisch mit zentralen Grunddaten erfassten 70 Personen, die mit episodisch-narrativen und um einen Leitfaden ergänzten Interviews befragt wurden, ist aufgrund des Umfangs des Materials nicht möglich. Daher haben wir uns entschieden, für jede *Hauptgruppe*<sup>61</sup> LMRpsych\_1, LMRpsych + LTA, LMRpsych\_1 + LMRsom, LMRpsych\_2 , die Wiederholer und für die Quer-Gruppierung der psychiatriee erfahrenen Personen jeweils *in zentralen Merkmalen ähnliche*, zugleich aber in einigen Aspekten (z.B. Bewältigungsstrategien) mit Blick auf das längerfristige Rehabilitationsergebnis entscheidenden – mal maximalen, mal minimalen – Kontrasten „Zwillinge“ auszuwählen und haben diese in ausführlichen Fallstudien systematisch miteinander verglichen und mit Blick auf die anderen Fälle des Interviewsamples und das Fragebogensample sowie in Bezug auf die RSD-Analyse eingeordnet. Daneben wurden aus den Teilstichproben der querliegenden Gruppen (EM-Rentner, ALO-Gruppe, Reha vor Klinik) und, noch einmal zusätzlich, für die Personen mit LTA-Inanspruchnahmen charakteristische Merkmale und Auffälligkeiten herausgearbeitet. Da die *Krankheitskonstellationen* (biografische Aufschichtung, somatische Erkrankungen, kritisches Lebensereignis und frühe belastende und frühkindliche Belastungen) schon in den Analysen zu den Haupt- und Quergruppen dezidiert beschrieben und in Abschnitt 8.5.3 näher betrachtet werden, wurde für die

<sup>60</sup> Nach Beobachtung der vergangenen Jahre, steigt das Alter bei Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation kontinuierlich. Im Jahr 2021 war das durchschnittliche Alter bei Frauen 53,7 Jahre bei Männern betrug es 53,8 Jahre; es existieren also kaum geschlechterspezifische Unterschiede (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund (2022c)).

<sup>61</sup> siehe Abschnitt 6.3

Veranschaulichung der Konstellationen subjektiver Ursachenzuschreibung nur eine kurze merkmalspezifische Darstellung und mehrere Abbildungen in Kapitel 7.7 gewählt.

## 7.4. Hauptgruppen

### 7.4.1. *Einmalige Inanspruchnahme einer stationären psychosomatischen Rehabilitation mit erfolgreichem RTW (LMRpsych\_1)*

Im Folgenden werden zwei Fallstudien von insgesamt 14 Fällen aus unserem Interviewsample vorgestellt, die im RSD-Datensatz der Gruppe LMRpsych\_1 (einmalige Inanspruchnahme einer stationären psychosomatischen Rehabilitation) zugehören. Nach der Rehabilitation ist beiden interviewten Personen eine bislang – bis zum Interviewzeitpunkt 2022 - erfolgreiche Rückkehr in Arbeit gelungen. Beide Fälle weisen darüber hinaus einige weitere zentrale Gemeinsamkeiten auf, zeigen zugleich aber auch z.B. mit Blick auf Risikofaktoren als relevant einzuschätzende Differenzen. Die beiden Fallstudien stehen damit erstens für die insgesamt große Heterogenität in der gesamten Stichprobe. Wie im Folgenden dargestellt wird, liefern beide Fallstudien zweitens Hinweise auf positive salutogenetische Aspekte (z.B. aktive und nachhaltige Aneignung von Angeboten in der Reha), aber drittens auch auf z.B. problematische Formen des Umgangs mit ihren psychischen Beeinträchtigungen.

Zunächst wird der dem RSD-Datensatz entnommene Versichertenverlauf der beiden ausgewählten „Zwillinge“ – Frau Fitlauf<sup>62</sup> und Herr Mutmacher – ergänzt um Übergänge (z.B. Schule → Berufsausbildung), Veränderungen in der Lebens- und Arbeitssituation (z.B. Arbeitgeberwechsel), kritische Lebensereignisse (z.B. Trennung), Behandlungen außerhalb des Rehabilitationssystems (z.B. Psychotherapie) mit den kritischen Anzeichen (z.B. erste Symptome), Wendepunkten (z.B. Zusammenbruch) chronologisch in Abbildungen (Abbildung 33 bzw. Abbildung 34) dargestellt. Darunter finden sich jeweils tabellarisch zusammengefasst generische Daten zu Person, Familienstand, Bildungs- und Berufsabschluss und zum Beschäftigungsstatus; zusätzlich werden die Hauptdiagnose (soweit die RSD-Daten vorliegen) und die selbstberichtete Diagnose, die Attribution(en) der Krankheitsursache, AU-Zeiten, Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen sowie der Beschäftigungsstatus zum Zeitpunkt des Interviews erhoben (Tabelle 20 und Tabelle 21). Daran schließt sich eine stichwortartige biografische Skizze („Kurzvita“) an, aus der die „*Verlaufskurve des*

---

<sup>62</sup> Bei allen im Folgenden auftauchenden Namen handelt es sich um Pseudonyme, die wir den Studienteilnehmern gegeben haben.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

„Erleidens“ (Schütze, 2006) erschlossen werden kann. Schließlich folgt der Fallvergleich. Hier zunächst die beiden Fälle:

### Frau Fitlauf

Zum Zeitpunkt des per ZOOM im Februar 2022 durchgeführten Interviews (Dauer etwas über eine Stunde) ist sie 33 Jahre alt; ihre 6-wöchige psychosomatische Reha liegt 4 Jahre zurück; zum Zeitpunkt des Interviews ist Frau Fitlauf in Vollzeit bei einer Werbeagentur beschäftigt.

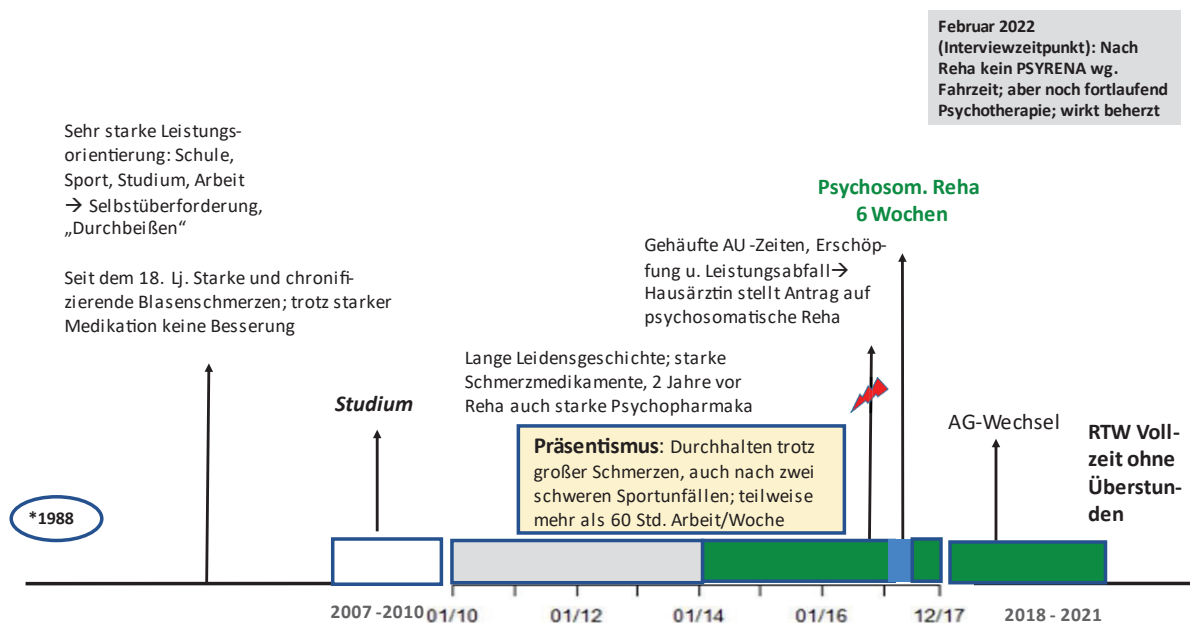


Abbildung 33 Verlaufsdarstellung Frau Fitlauf (Quelle: eigene Darstellung).

Tabelle 20 Übersichtstabelle Frau Fitlauf.

<b>Geschlecht:</b>	weiblich
<b>Alter:</b>	33 Jahre
<b>Familienstatus:</b>	verheiratet (Hochzeit 2021),
<b>Wohnort:</b>	Großstadt
<b>Diagnosen aus RSD:</b>	F3
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	Erschöpfungsdepression; Somatisierungsstörung

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Komorbidität:</b>	Chronische Blasenentzündung mit starken Schmerzen seit dem 18. Lebensjahr; langjährige Einnahme starker Schmerzmedikamente, seit 2015 auch starke Psychopharmaka;  Sportunfälle: Motorradunfall am Ende des Studiums; Skiunfall vor einigen Jahren
<b>Attribution</b>	Folgen der somatischen Erkrankung (psychische Mitbedingtheit lange abgewehrt, aber durch verständige Hausärztin akzeptiert). Überengagement in der Arbeit; fehlende Wahrnehmung der eigenen Belastungsgrenzen
<b>Problemlagen</b>	jahrelang chronifizierte Blasenschmerzen mit ihren psychischen Folge- und Begleiterscheinungen bei gleichzeitig extremer (teils durch eigenes Überengagement mitbedingter) beruflicher Belastung (60-80 Stundenwoche) sowie mit Psychopharmakaeinnahme durchgehaltenem Präsentismus führen zu gehäuften AU-Zeiten und starkem Leistungsabfall → Reha-Antrag
<b>Behandlungen/ Reha</b>	Hausärztliche Behandlung; neurologische Schmerztherapie und seit 2015 Psychopharmaka  6-wöchige Reha 2017; keine PsyReha; Beginn einer Psychotherapie
<b>AU-Status vor Reha:</b>	–
<b>Letzte Tätigkeit vor Reha:</b>	Werbebranche
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	Abitur
<b>Erlerner Beruf/Studium:</b>	Wirtschaftsingenieurin
<b>Aktueller Beruf:</b>	Tätigkeit in der Werbebranche (sehr gut bezahlt), hohe Anforderungen; viele Überstunden, auch durch eigenes Überengagement;
<b>Erwerbsstatus 2018:</b>	vollzeitbeschäftigt
<b>Erwerbsstatus zum Zeitpunkt des Interview 2022:</b>	vollzeitbeschäftigt, nach kurzer Selbständigkeit während Corona, wieder in der Werbebranche, allerdings bei einem anderen Unternehmen
<b>Kurzvita:</b>	

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

- Frau Fitlauf wächst in einer Großstadt in Süddeutschland als Einzelkind in einer beschützten Umgebung und hebt besonders das gute Verhältnis zu ihrer Mutter hervor; auf der Schule wie im Sport zeigt sie sehr gute Leistungen und will sich und anderen etwas beweisen; zugleich möchte sie ihre Familie und anderen, die ihr Vieles ermöglicht haben etwas zurückgeben;
- Im Alter von 18 Jahren, also in der Vorbereitungsphase auf das Abitur stellen sich bei Frau Fitlauf ausgeprägte Blasenentzündungen mit starken Schmerzen ein, die sich im weiteren Verlauf über viele Jahre hinweg chronifizieren und zu starker Dauermedikation zwingen;
- Nach dem Abitur wählt Frau Fitlauf mit dem Studiengang Wirtschaftsingenieurin ein bislang eher männlich geprägtes Studium, in dem sie sich aber nicht zuletzt dank ihrer ausgeprägten Leistungsorientierung gut bewähren kann; wie schon in der Schule betreibt sie während des Studiums zusätzlich intensiv Sport und fährt Motorrad;
- Gegen Ende des Studiums erleidet Frau Fitlauf einen Motorradunfall mit einer schweren Unterschenkelverletzung, deren Heilung lange Zeit mit intensiver Physiotherapie in Anspruch nimmt;
- Nach dem erfolgreichen Abschluss ihres Studiums bewirbt sich Frau Fitlauf auf keine einschlägige Stelle als Wirtschaftsingenieurin, sondern tritt eine sehr gut dotierte Stelle bei einer Werbeagentur an, weil sie sich dort mehr berufliche Abwechslung verspricht;
- Frau Fitlauf gelingt der Berufseinstieg in die neue anspruchsvolle und vor allem auch zeitlich sehr belastende Arbeit sehr gut; sie berichtet im Interview nicht ganz ohne Stolz, dass ihre Wochenarbeitszeit normalerweise 60, in Ausnahmefällen 80 Stunden betragen habe; in der Agentur seien diese Überstunden erwartet worden, zugleich vermittelt sie im Gespräch aber auch, dass die unbedingt die erforderte (oder wahrgenommene) Leistung erbringen wollte.
- Während der drei Jahre – vom Berufseinstieg 2014 bis zur psychischen Krise 2017 – verschlimmert sich das Blasenleiden und Frau Fitlauf muss immer stärkere Medikamente nehmen um den stressigen Job durchhalten zu können (*Präsentismus*); erst als ihr die langjährig vertraute Hausärztin auch vermittelt, dass so schwere Blasenerkrankungen auch psychisch mitbedingt sein können, kann Frau Fitlauf diese Deutung annehmen und wird an einen Facharzt für Neurologie verweisen, der ihr auch starke Psychopharmaka verschreibt.
- Ab etwa 2016 treten bei Frau Fitlauf gehäuft krankheitsbedingte Fehlzeiten auf und als sich die Situation krisenhaft zuspitzt, rät die Hausärztin zu einer psychosomatischen Reha, die allerdings erst nach einem „langen Kampf“ wie Frau F. betont, bewilligt wird.
- In der Reha ist Frau Fitlauf erstaunt, dass sie nicht die einzige Rehabilitandin in ihrer Altersgruppe ist; sie profitiert vor allem von den Gesprächen mit der Psychologin sowie von Sportangeboten, Wellness, Physiotherapie, Stressbewältigungstraining und Yoga; Gruppenangebote, an denen auch viele ältere Rehabilitanden/innen teilnehmen, werden von Frau F. negativ bewertet, auch weil deren Probleme von ihrer Lebenssituation zu „weit weg“ seien und viel dieser Mitpatienten/innen zudem nicht aktiv an den Angeboten teilnahmen und – so könnte man vermuten – nicht ihrem eigenen Leistungsideal entsprochen haben.
- Nach Beendigung der Reha nimmt Frau F. sofort ihre Arbeit wieder auf, handelt aber mit dem Arbeitgeber feste Arbeitszeit (40-Std.-Woche) aus; von Team wird sie bei ihrer Rückkehr wieder sehr gut aufgenommen. Nach der Reha begibt sich Frau F. in Psychotherapie; die angebotene PsyReha nimmt sie wegen langer Anfahrtszeit nicht wahr.
- Während der Corona-Zeit arbeite Frau F. viel im Home-Office und entschließt sich mit ihrem Lebensgefährten, den sie vor kurzem geheiratet hat, sich mit einer eigene Agentur selbständig zu machen; als ein langjähriger enger Freund von Frau F. verstirbt, erleidet sie einen Rückfall; sie beschließt zusammen mit ihrem Lebensgefährten die Selbständigkeit wieder aufzugeben und wieder in einer nun anderen Agentur zu arbeiten; ein Grund dafür ist der Kinderwunsch des seit kurzem verheirateten Paares, die sich geregelte Arbeitszeiten und eine strukturierte Arbeitsorganisation von einer Festanstellung erhoffen. Da das Arbeitsklima an der neuen Stelle angespannt ist und Frau Fitlauf sich Mobbing ausgesetzt



## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

sieht, kündigt sie und ist seit kurzem – nach einer selbstfinanzierten Auszeit von einem Monat – wieder bei einer neuen Agentur in Vollzeit beschäftigt.

### Herr Mutmacher

Zum Zeitpunkt des etwas über eineinhalb Stunden dauernden Interviews im August 2021 in den Räumen der BWS ist Herr Mutmacher 57 Jahre alt; seine 5-wöchige stationäre psychosomatische Rehabilitation 2016 liegt bereits vier Jahre zurück. Herr Mutmacher ist nach seiner Rückkehr aus der Reha und anschließender Arbeitsunfähigkeit Ende 2017 wieder bei seinem alten Betrieb nach einem BEM-Verfahren mit 30-Stunden ununterbrochen beschäftigt.

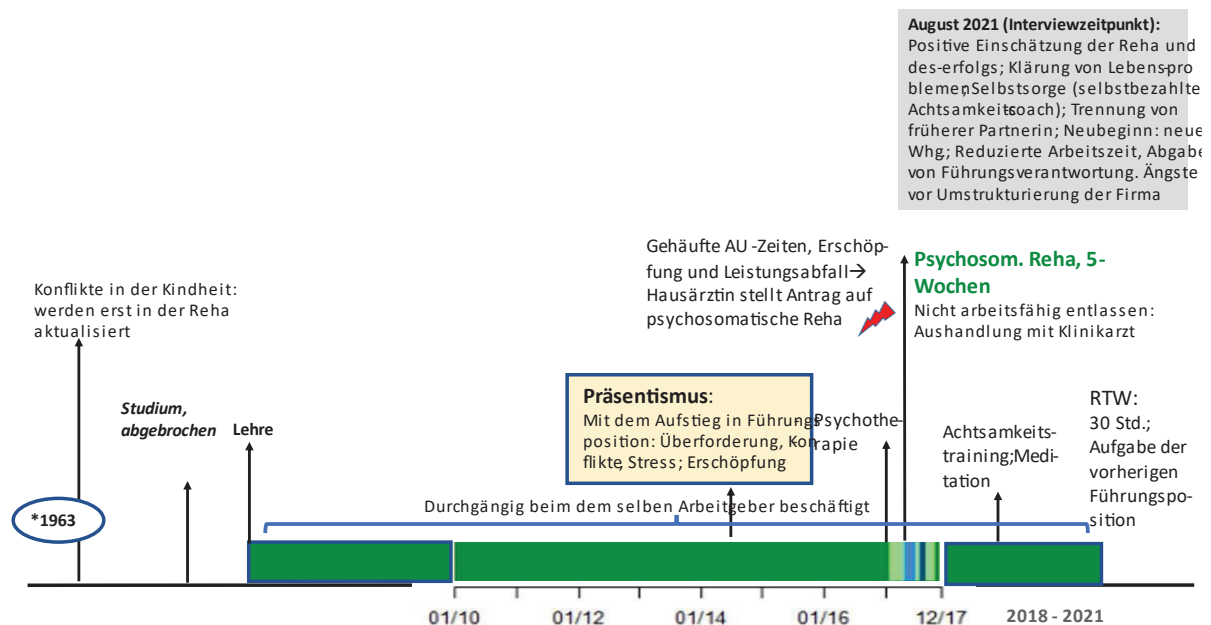


Abbildung 34 Verlaufsdarstellung Herr Mutmacher (Quelle: eigene Darstellung).

Tabelle 21 Übersichtstabelle Herr Mutmacher.

<b>Geschlecht:</b>	männlich
<b>Alter:</b>	57 Jahre
<b>Familienstatus:</b>	in Partnerschaft (seit kurzer Zeit; derzeit Fernbeziehung: „together apart“)
<b>Wohnort:</b>	Großstadt

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Diagnosen aus RSD:</b>	F3
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	mittelschwere Depression, Burn-out
<b>Komorbidität:</b>	keine
<b>Attribution</b>	Beruflicher Stress als mittlere Führungskraft wg. der Anforderung Kollegen zu kündigen; Überforderung als Führungskraft  Blockade von Lebensentscheidungen durch klammernde, unglückliche Beziehung „Lebenskrise“  Schuldgefühle gegenüber Geschwistern, da er nicht gegen elterliche Gewalt ihnen gegenüber eingeschritten ist
<b>Problemlagen</b>	Anlass zur psychosomatischen Reha: Arbeitsunfähigkeit wegen Depression;  Unfähigkeit sich aus langjähriger aber unglücklicher Beziehung zu lösen
<b>Behandlungen/ Reha</b>	5-wöchig, AU-Entlassung (nach Aushandlung in der Klinik), Psyrena, Fortsetzung Psychotherapie; selbstfinanzierter Achtsamkeitscoach
<b>AU-Status vor Reha:</b>	arbeitsunfähig, nach Zusammenbruch → Krankengeldbezug;
<b>Letzte Tätigkeit vor Reha:</b>	Verlagsbuchhändler (Vollzeit)
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	Abitur
<b>Erlerner Beruf/Studium:</b>	abgebrochenes naturwiss. Studium;  abgeschlossene Lehre als Verlagskaufmann
<b>Aktueller Beruf:</b>	Verlagsbuchhändler
<b>Erwerbsstatus 2018:</b>	RTW mit BEM im alten Betrieb als Verlagsbuch-händler: auf eigenen Wunsch mit 30-Std. und Rückzug aus Führungsposition
<b>Erwerbsstatus zum Zeitpunkt des Interview 2022:</b>	30-Stunden-Stelle; wegen Übernahme der Firma durch einen Konzern: Angst vor Stellenverlust wg. Rationalisierung
<b>Kurzvita:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wächst als jüngstes von vier Geschwistern in einer Kleinstadt auf; wehrt sich nicht gegen die elterliche Gewalt gegenüber seinen Geschwistern, was sehr viel später zu nachträglichen</li> </ul>	

Schuldgefühlen führt, die erst in Psychotherapie und Reha aktualisiert und aufgegriffen werden;

- Nach dem Abitur zieht Herr M. in eine Großstadt – auch um sich von einer engen Mutterbindung zu lösen und studiert über acht Jahre ein naturwissenschaftliches Fach – weil er in der Schule gute Noten hatte, nicht aus Überzeugung; er beendet das Studium nicht und beginnt eine Lehre als Verlagsbuchhändler, die er erfolgreich beendet und wird bei der Firma, in der er während des Studiums gejobbt hatte, angestellt;
- Herr M. gelangt – gedrängt durch Kollegen – in eine frei gewordene mittlere Führungsposition; dort fühlt er sich schnell überfordert, erlebt sich zunehmend gestresst und zeigt deutliche Erschöpfungssymptome, die er über viele Jahre mit *Präsentismus* überspielt. Er kann seinen Aufgaben nur mehr ungenügend nachkommen und erhält 2015 drei Abmahnungen und eine Kündigung. Da die Kündigung formal fehlerhaft war, kann er zwar im Betrieb verbleiben, hat jedoch immer mehr Fehlzeiten und Konflikte und erleidet schließlich einen Zusammenbruch;
- 2016 wird Herr M. für längere Zeit arbeitsunfähig (Krankengeldbezug) und beginnt auf Anraten seiner Hausärztin eine *tiefenpsychologische Therapie*; dort werden auch seine langjährige unglückliche Beziehung zu seiner Partnerin und seine deshalb über einige Jahre eingegangene Nebenbeziehung zum Thema. Retrospektiv sieht Herr M. seine Tendenz zur Konfliktvermeidung, Entscheidungsunfähigkeit und zum Nicht-Nein-Sagenkönnen (kann sich nicht von seiner Partnerin lösen; hat sich in die Führungsposition drängen lassen, kann sich bei Hilfeersuchen nicht abgrenzen) als Hauptursache für seine *Lebenskrise*;
- 2017 stellt er auf Anraten seiner Psychotherapeutin einen Antrag auf psychosomatische Reha, die bewilligt wird; dort profitiert er trotz seiner anfänglichen Skepsis vor allem vom Austausch in den Gruppenangeboten, in der er seine Probleme aus anderer Perspektive gespiegelt sieht. Darüber hinaus bewertet er seine Teilnahme an Tanztherapie und Achtsamkeitstraining sowie die (zu wenigen) psychologischen Einzelgespräche als besonders hilfreich. Am Ende der Reha gelingt es ihm, mit dem begutachtenden Arzt auszuhandeln, dass er AU entlassen wird, um die Erfahrungen und in der Klinik und das dort gelernte auf seinen Alltag übertagen zu können;
- Nach der Reha nimmt er an einer PsyRena-Gruppe teil und setzt die Psychotherapie fort; darüber hinaus trennt er sich von seiner langjährigen Lebensgefährtin und sucht sich eine neue Wohnung. Auf eigene Kosten engagiert Herr M. sich einen Achtsamkeitscoach und beginnt mit regelmäßiger Meditation. In der Reha hat Herr M. eine Mitpatientin kennen gelernt, mit der er seither eine Fernbeziehung führt;
- Noch vor Ende des auslaufenden Krankengeldbezugs kehrt Herr M. zu seinem alten Arbeitgeber zurück und wird im Rahmen eines BEM Verfahrens wieder eingegliedert, nun – auf eigenen Wunsch arbeitet er nun mit 30 Std/Woche und nicht mehr in der belastenden Führungsposition. Gegenüber den Kollegen/innen spricht er offen über seine Reha und Therapie und stößt dabei auf eine positive Resonanz. Nach eigener Aussage hat sich seine Lebensqualität trotz eines nun geringeren Gehalts deutlich verbessert. Als Wermutstropfen kommen nach der kürzlich erfolgten Übernahme seines Betriebs durch einen Konzern Befürchtungen wegen einer eventuellen Kündigung aufgrund von Rationalisierungsmaßnahmen hinzu.

### *Fallvergleich*

Frau Fitlauf wie Herr Mutmacher stehen bei allen Unterschieden im Einzelnen (z.B. Alter, Geschlecht, familiärer Hintergrund) für „typische“ Fälle aus dem F-3 (mittelgradige Depression bei Herrn Mutmacher) und F-4 Spektrum (somatoforme Störung bei Frau Fitlauf) zusätzlich F3 in der psychosomatischen Rehabilitation. Aus Sicht des Behandlungs- und Rehabilitationssystems erscheinen

beide Fälle als eher unproblematisch – ganz unabhängig von dem seitens der Betroffenen erlebten Schwere der Beeinträchtigungen: beiden Personen ist ein bislang erfolgreicher Return to Work gelungen – Frau Fitlauf ist unmittelbar nach der Reha auf ihre Vollzeitstelle zurückgekehrt, Herr Mutmacher konnte wenige Wochen nach einer selbst erkämpften AU-Entlassung aus der Reha wieder in seine bisherige Firma zurückkehren und hat dort ein BEM durchlaufen. Beide Personen sind nach Beendigung ihrer Rehabilitation weitgehend symptomfrei und bewerten ihre aktuelle Situation positiv, nicht zuletzt dank der in der Rehabilitation gewonnen (Selbst-) Erkenntnisse sowie aufgrund der Hinweise und erlernter Techniken zur Selbstsorge: Hr. Mutmacher erwähnt dazu etwa den Austausch in der Gruppe, Tanztherapie und Achtsamkeitstraining und die Gespräche mit der Psychologin; letzteres wurde auch von Frau Fitlauf besonders hervorgehoben, ebenso wie die Sport- und Wellnessangebote, wohingegen die Gruppenangebote für sie – nicht zuletzt wegen der überwiegend viel älteren Teilnehmer/innen – wenig hilfreich erschienen.

Auch mit Blick auf das Zuweisungsgeschehen zur psychosomatischen Rehabilitation erweisen sich beide Fälle als typisch: bei beiden war es die jeweils langjährig vertraute Hausärztin, die die Maßnahme empfohlen hat.

Wichtig festzuhalten, erscheint uns auch, dass – abgesehen vom erfolgreichen RTW mit Hilfe der oder zumindest angeregt durch die Rehabilitation und der entweder schon vorher oder auch erst nach der Rehabilitation zusätzlich genutzten Psychotherapie beide Personen von positiven Veränderungen in ihrer Lebenssituation berichten. So spricht Herr Mutmacher davon, dass der Hintergrund für seine Krise und die nachfolgende Rehabilitation nicht allein aus dem Anlass der Zuspitzung seiner beruflichen Situation als überforderte Führungskraft verständlich wird, sondern aus einer generellen *Lebenskrise* (unglückliche Beziehung; Konfliktvermeidung; Nicht-Nein-Sagen-Können; geringe Entscheidungsfähigkeit). Nach der Rehabilitation und durch seine Psychotherapie unterstützt, ist es Herrn Mutmacher gelungen seine gesamte Lebenssituation zu verändern: im Bereich der privaten Lebensführung hat er den Mut gefunden, sich von seiner langjährigen Partnerin zu trennen und damit eine unglückliche Beziehung zu beenden, im beruflichen Bereich hat er die Kraft gefunden sich mit dem Arbeitgeber auf eine 30 Stunden Stelle zu einigen und aus der Führungsposition ins zweite Glied zurückzutreten und sich damit aus der beständig überfordernde Situation herauszunehmen. Mit der Weiterführung von Achtsamkeitstraining und dem Beginn regelmäßiger Meditation ist es Herrn Mutmacher gelungen, seine persönliche Situation zu stabilisieren. Frau Fitlauf konnte durch die verständige Beratung seitens ihrer Hausärztin zunächst akzeptieren, dass ihre chronische Blasenentzündung auch psychisch mitbedingt ist und damit in der Krise die psychosomatische Rehabilitation akzeptieren. Als Lerneffekt hat sie aus der Rehabilitation und der anschließenden Psychotherapie aktiv die Entscheidung zur Begrenzung ihrer Arbeitszeit getroffen; durch ihre vor Kurzem erfolgte Heirat,

haben sich auch Prioritäten in Richtung einer prospektiv eher gesundheitsdienlichen Work-Life-Balance verändert, etwa durch den Kinderwunsch des Paares.

An beiden Fällen wird darüber hinaus sichtbar, dass aus der Perspektive der gesamten Lebensführung Probleme in der Arbeitswelt und im Privatleben – bei Herrn Mutmacher in anderer Gewichtung als bei Frau Fitlauf – immer eng miteinander verwoben sind, und zwar unabhängig worin der unmittelbare Anlass der Krise auftaucht.

Mit Blick auf die Arbeitswelt zeigt im Vorfeld der akuten Krise, bei allen Unterschieden im Einzelnen sowohl bei Herrn Mutmacher als auch bei Frau Fitlauf eine Gemeinsamkeit in den langen Zeiten des *Präsentismus*, also dem Versuch trotz bereits deutlich wahrnehmbarer Symptome und Beeinträchtigungen möglichst lange in der Arbeit durchzuhalten – Frau Fitlauf muss starke Schmerzmedikamente, später sogar Psychopharmaka einnehmen um den Anforderungen des beruflichen Alltags nachzukommen, Herr Mutmacher verdrängt die Konflikte, hat aber erschöpfungsbedingt immer mehr Fehltage und gleitet immer tiefer in die Depression, bis es zu Abmahnungen und schließlich zur (juristisch unwirksamen) Kündigung kommt. Diese auch in anderen Fallstudien unseres Samples beobachtbare Tendenz zum Präsentismus verweist auf fehlende Frühwarnsysteme in den Betrieben, aber möglicherweise auch auf eine fehlende Aufmerksamkeit der niedergelassenen Ärzte/innen für das Durchhaltesystem, nicht zuletzt, weil der gesellschaftliche Konsens über die Zuverlässigkeit und das Durchhalten in der Arbeit bei Patienten wie Ärzten gleichermaßen vorhanden ist.

Beide Fälle stehen schließlich auch für den Einfluss familial früh sozialisierter und erworbener Haltungen, Lebensführungsstrategien und Vulnerabilitätsrisiken, die sich bei beiden „Fällen“ jedoch deutlich unterscheiden. Frau Fitlauf verbringt eine behütete Kindheit und Jugend als Einzelkind in einem großstädtischen Umfeld, hat eine gute Beziehung zu den sie stark fördernden Eltern, insbesondere zur Mutter. Als Heranwachsende entwickelt sie eine starke Leistungsorientierung (Schule, Sport), übernimmt Verantwortung, ist gut organisiert und wählt ein anspruchsvolles Studienfach. Die starke Leistungsorientierung macht sich dann auch im Beruf bemerkbar, in dem sie ohne Rücksicht auf ihre psychische und körperliche Belastungsfähigkeit regelmäßig ca. 60 Stunden pro Woche arbeitet. Herr Mutmacher hingegen ist in kleinstädtischer Umgebung als jüngstes von vier Kindern in einem Elternhaus aufgewachsen, in dem elterliche Gewalt gegen die älteren Geschwister herrschte, von der er als jüngstes Kind auch durch seine der Mutter geschützte Beziehung zu der sich eine sehr enge (kollusive?) Beziehung entwickelte. Nach dem Abitur zieht Herr M. in eine Großstadt, auch um sich von dieser engen Mutterbindung zu lösen, nimmt ein naturwissenschaftliches Studium auf, das er allerdings nicht beendet. Die Entscheidung zu einer dann abgeschlossenen Lehre als Verlagsbuchhändler ergibt sich dann aus einem Studentenjob, bei dem er seine Liebe zum Umgang mit

Büchern entdeckt. Herr M. charakterisiert sich als zurückhaltend, kann sich nicht abgrenzen auch um Konflikten aus dem Wege zu gehen. Diese erworbenen Persönlichkeitsmerkmale tragen dann, sowohl im Beruf als auch im Privatleben dazu bei, dass sich Probleme aufschichten, die dann an seinem Arbeitsplatz kumulieren.

Herr Mutmacher steht für Selbstreflexion und zieht angesichts seiner Lebenskrise Bilanz und trifft sowohl für sein Berufsleben wie für sein Privatleben wichtige Entscheidungen, die aus seiner Sicht zu einer verbesserten Lebensqualität und aus der Depression führen. Seine Befürchtungen vor einem eventuellen Arbeitsplatzverlust angesichts der Übernahme seiner Firma durch einen Konzern ist begründet und könnten das neue Gleichgewicht, das sich Herr Mutmacher erarbeitet hat, stören: die Aussichten eines Verlagskaufmanns mit 57 Jahren in seinem geliebten Beruf eine neue Stelle in einem überschaubaren, vertrauten und Sicherheit gebenden Milieu dürften eher schwierig sein. Die positiven Erfahrungen aus der Rehabilitation und Therapie mit einer erfolgreichen selbst initiierten Veränderung dürften seine „Agency“ gestärkt und ihm eine verbesserte Widerstandsfähigkeit gegenüber kritischen Ereignissen gegeben haben. Zudem haben die durch den Reha-Aufenthalt und die Psychotherapie angeregten Selbstreflexionen bei Herrn Mutmacher zu einer Offenheit für eine ggf. erforderliche weitere professionelle Hilfesuche und -annahme geführt. Frau Fitlauf überspielt über lange Zeit, vermutlich aufgrund ihrer starken Leistungsorientierung ihres familial tradierten Pflichtbewusstseins ihre körperlichen Beschwerden; aufgrund ihrer starken sportlichen Orientierung und der gut überstandenen Unfälle dürfte sie ein eher instrumentelles Verhältnis zu ihrem Körper entwickelt haben, so dass sie erst in der Krise auch psychische Mitursachen anerkennen kann. In der Reha gelingt es ihr Anregungen zur Stressbewältigung und vor allem auch zur Selbstsorge zu übernehmen und begibt sich, angeregt durch die psychologischen Gespräche in der Rehaklinik, anschließend in eine Psychotherapie. Schließlich gelingt es ihr bei der Rückkehr in der Arbeit Grenzen der Arbeitszeit auszuhandeln.

### *7.4.2. Einmalige oder zweimalige Inanspruchnahme einer stationären psychosomatischen Rehabilitation und mindestens eine LTA IN oder LTA Q Maßnahme mit erfolgreichem RTW (LMRpsych + LTA)*

Im Folgenden werden zwei Fallstudien von insgesamt 29 Fällen aus unserem Interviewsample vorgestellt, die im RSD-Datensatz der Gruppe LMRpsych + LTA (Inanspruchnahme einer oder zweier stationärer psychosomatischer Rehabilitation/en plus mindestens einer LTA) zugehören. Zum Zeitpunkt des Interviews sind beiden Personen – (wieder) in ihren ursprünglichen Berufen tätig.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Zunächst wird der dem RSD-Datensatz entnommene Versichertenverlauf der beiden ausgewählten Fälle – Frau Suhl und Frau Keller – um die Angaben aus dem Fragebogen und den Interviews ergänzt (Abbildung 35 bzw. Abbildung 36). Danach folgt eine tabellarische Zusammenfassung der wichtigsten Daten zu Person, Familienstand, Bildungs- und Berufsabschluss und zum Beschäftigungsstatus; zusätzlich werden die Hauptdiagnose (soweit die RSD-Daten vorliegen) und die selbstberichtete Diagnose, die Attribution(en) der Krankheitsursache, AU-Zeiten, Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen sowie der Beschäftigungsstatus zum Zeitpunkt des Interviews dargestellt. Daran schließt sich eine stichwortartige biografische Skizze („Kurzvita“) an (Tabelle 22 bzw. Tabelle 23). Schließlich folgt der Fallvergleich.

### Frau Suhl

Zum Zeitpunkt des etwa zweistündigen Interviews (mit Vor- und Nachgespräch) im Juli 2022 in den Räumen der BWS ist Frau Suhl 47 Jahre alt. Der erfolgreiche RTW in einen neuen Betrieb ihres alten Berufsfeldes gelang ihr Ende 2017.

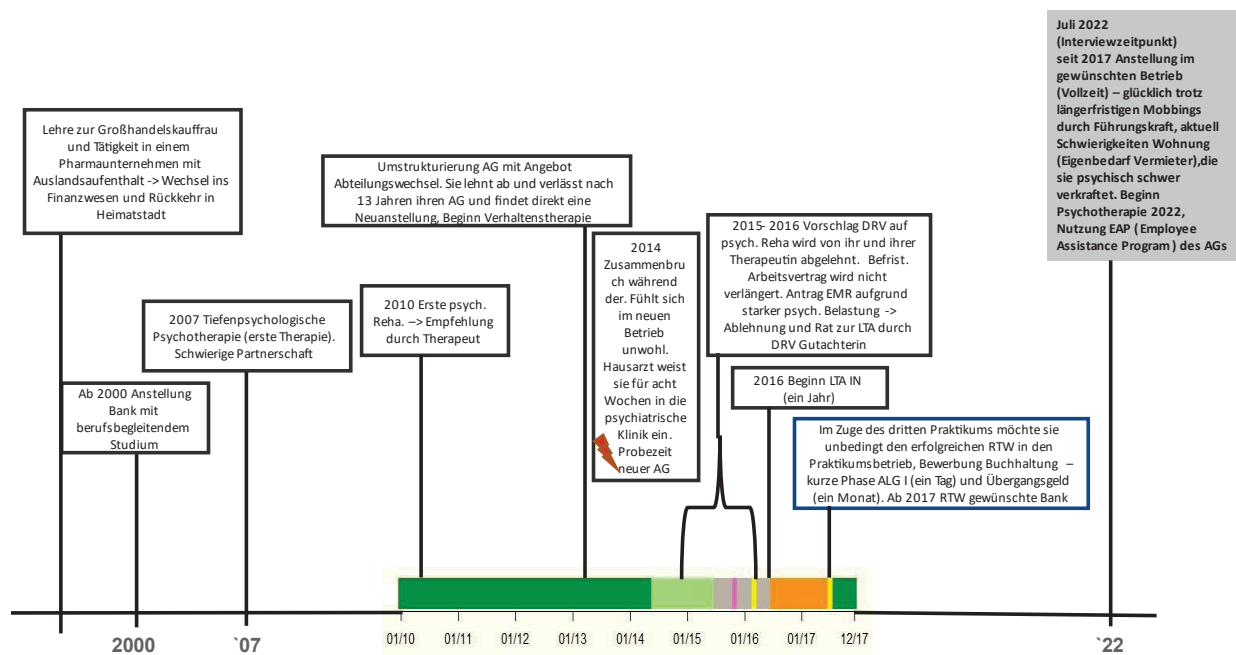


Abbildung 35 Verlaufsdarstellung Frau Suhl (Quelle: eigene Darstellung).

Tabelle 22 Übersichtstabelle Frau Suhl.

<b>Geschlecht:</b>	weiblich
--------------------	----------

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Alter:</b>	47 Jahre
<b>Familienstatus:</b>	Ledig, alleinlebend
<b>Wohnort:</b>	Großstadt
<b>Diagnosen aus RSD (letzte Inanspruchnahme LTA):</b>	F3
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	schwere chronische Depression, Angstzustände
<b>Komorbidität:</b>	keine
<b>Attribution</b>	Kindheit/Adoleszenz. Sieht ihre Eltern retrospektiv als emotional distanziert an. Sie vermitteln der Befragten kein Urvertrauen und Sicherheitsgefühl -> gering entwickelter Selbstwert
<b>Problemlagen</b>	Umgang und Akzeptanz mit/von Veränderungen. Starke Unsicherheit
<b>Behandlungen/ Reha</b>	Psychotherapie mit tiefenpsychologischem Ansatz, psychosomatische Reha, hausärztliche Versorgung, Psychotherapie, achtwöchiger Aufenthalt in psychiatrischer Klinik, EAP-Programm des AG, drei Psychiaterinnen ab 2010, Psychopharmaka
<b>AU-Status vor erster Rehamaßnahme:</b>	Erwerbstätig, keine AU
<b>AU-Status vor letzter Rehamaßnahme:</b>	ALO, krankgeschrieben
<b>Letzte Tätigkeit vor Reha:</b>	Bankfachwirtin
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	Abitur
<b>Erlerner Beruf/Studium:</b>	Großhandelskauffrau/Bankfachwirtin
<b>Letzter Beruf vor LTA_IN</b>	Bankfachwirtin
<b>Art der LTA_IN</b>	Integrationsmaßnahme
<b>Aktueller Beruf:</b>	Angestellte Buchhaltung
<b>Erwerbsstatus 2018:</b>	RTW in Vollzeitbeschäftigung



## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Erwerbsstatus zum Zeitpunkt des Interview 2022:</b>	Vollzeitbeschäftigung (Buchhaltung)
<b>Kurzvita:</b>	
<p>Frau Suhl stammt laut eigener Aussage aus einer klassischen Mittelstandsfamilie. Ihr habe es soweit an nichts gefehlt und sie habe eigentlich eine schöne Kindheit gehabt. Jedoch charakterisiert sie die Ehe der Eltern als „nicht schön“, ihr Vater war Choleriker, die Mutter und die Kinder hatten seinem Willen zu folgen. Auch kritisiert sie, dass ihre Eltern ihr keine gesunde Beziehung vorlebten und ihr kein Urvertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten vermittelten. Zudem spricht sie von einer spürbaren Anspannung, die ständig herrschte. Im Zuge einer emotional stark negativ geprägten Paarbeziehung (2001-2007), bricht Frau Suhl nach Beendigung der Beziehung 2008 auch den Kontakt zu ihren Eltern ab. Der Vater ist mittlerweile verstorben, hier kann sie das genaue Jahr nicht benennen. Zu ihrem Bruder pflegt die Befragte einen guten und engen Kontakt. Er sehe die Vergangenheit anders „<i>wo du ein Drama siehst seh ich noch nicht mal ein Problem</i>“ und toleriert den Kontaktabbruch zur Mutter. Ihr Freundeskreis ist ein prägender Faktor ihres Lebens.</p> <p>Frau Suhl entschließt sich nach dem Abitur eine Ausbildung als Großhandelskauffrau zu absolvieren, da sie sich ein Studium nicht zutraut (erste Absolventin in der Familie) und beginnt im Bereich der Pharmaindustrie zu arbeiten. Nach einem dreimonatigen Arbeitsaufenthalt im Ausland wechselt sie in die Bankenbranche und gelangt, nach mehreren Einjahresverträgen innerhalb eines Betriebes, zu ihrem schließlich langjährigen Arbeitgeber. Sie zeigt sich in den darauffolgenden Jahren immer wieder vulnerabel, so hat sie 2009 einen Hörsturz und Schlafattacken, nachdem ihr Arbeitgeber wirtschaftliche Probleme hat. Auf Anraten ihrer Psychotherapeutin nimmt Frau Suhl im Jahre 2010 eine psychosomatische Rehabilitation in Anspruch. Diese Maßnahme dient als Abschluss für die Aufarbeitung der emotional stark negativ geprägten Paarbeziehung (2001-2007), für die die Interviewte 2007 zum ersten Mal eine Psychotherapie beginnt und ebnet gleichzeitig den Weg in die weitere Behandlungskette -&gt; von 2010- 2013 regelmäßige Inanspruchnahme einer Psychiaterin, ihre zweite Psychiaterin sucht sie kurz nach ihrem Burnout 2014 auf. Hier werden ihr Psychopharmaka verschrieben, die ihr über die Jahre nicht weiterhelfen. Seit über vier Jahren nimmt sie nun keine Medikamente mehr ein. Anfang 2021 beendet sie schließlich die Zusammenarbeit mit ihrer dritten Psychiaterin, da sie sich als stabil ansieht und ihr, so ihre Überzeugung, eine Verhaltenstherapie ausreicht.</p> <p>Nach der psychosomatischen Rehabilitation 2010 ist Frau Suhl wieder arbeitsfähig und findet ohne Probleme in die Arbeitswelt zurück. Durch eine Umstrukturierung seitens des Arbeitgebers im Jahr 2013 beginnt eine abwärtsgerichtete Spirale, da die Akzeptanz, Umsetzung und der Umgang mit</p>	

Veränderungen Frau Suhl schwerfallen, zu diesem Zeitpunkt ist sie bereits 13 Jahre im selben Unternehmen. Es wird ihr von Seiten des Arbeitgebers ein Abteilungswechsel angeboten, den sie ablehnt, woraufhin sie das Unternehmen verlässt und ein neues Arbeitsverhältnis antritt. Sie fühlt sich im neuen Betrieb unwohl und erleidet während der Probezeit 2014 einen psychischen Zusammenbruch. Frau Suhl begibt sich für acht Wochen in eine psychiatrische Klinik (Hausarzt weist sie ein). Die DRV möchte sie zu diesem Zeitpunkt in eine psychosomatische Reha schicken, das lehnen aber sowohl Frau Suhl als auch ihr damaliger Therapeut ab. Ihr befristeter Arbeitsvertrag wird dann letztendlich nicht verlängert. Da sie weiterhin psychisch stark belastet ist, stellt sie zusammen mit ihrem Psychotherapeuten den Antrag auf eine EMR. Es erfolgt eine Ablehnung und der Rat eine berufliche Rehabilitation anzutreten. Frau Suhl zeigt sich motiviert und wird durch die Empfehlung ihrer neuen Psychotherapeutin (ab Mai 2014 bis aktuell) auf ein Arbeitsintegrationsnetzwerk aufmerksam. Sie wird bei einer Rehafachberaterin vorstellig und beginnt die LTA im Jahr 2016. Frau Suhl bewertet die LTA-Maßnahme rückblickend als positiv und nutzt das erste Praktikum als Auszeit sowie Entspannung und um neue Arbeitsfelder kennenzulernen. Dennoch ist ihr von Anfang an klar, dass sie wieder in den Bereich ihrer vorherigen Tätigkeit zurückkehren will und richtet ihr zweites Praktikum daran aus. Im Zuge des dritten Praktikums will sie unbedingt vom Praktikumsbetrieb (Großbetrieb Bank), den sie aktiv ausgesucht hat übernommen werden und bewirbt sich, trotz geringerer Bezahlung und anderem Tätigkeitsbereich, auf eine freie Stelle in der Buchhaltung. Im August 2017 erfolgt schließlich die Anstellung im gewünschten Betrieb. Frau Suhl ist zufrieden, obwohl sie im Gespräch von Mobbing durch ihre Führungskraft erzählt. Aktuell nimmt sie Psychotherapie und das EAP (Employee Assistance Program) ihres Betriebes in Anspruch. Zum Zeitpunkt des Interviews erfährt Frau Suhl private Rückschläge, ein Schreiben ihres Vermieters kündigt das Mietverhältnis aufgrund Eigenbedarfs. Eine Veränderung die Frau Suhl schwer trifft, da sie weder bereit ist die Wohnung aufzugeben noch ihren Kiez zu verlassen; hier deutet die Interviewte Suizidgedanken an. Sie sucht ihre vorherige Psychiaterin wieder auf, die als Gutachterin in der von ihr angestrebten gerichtlichen Klage fungieren soll.

Frau Suhl hat einen GdB von 30 mit Gleichstellung und strebt an mit 63 Jahren in Altersrente zu gehen. Ein Arbeitgeberwechsel kommt für sie nicht mehr in Frage, für eine weitere Veränderung verfügt sie nicht über genug Kraft.

### *Frau Keller*

Zum Zeitpunkt des etwa eineinhalb Stunden dauernden Interviews im Sommer 2022 bei ihr Zuhause ist Frau Keller 41 Jahre alt; ihre psychosomatische Rehabilitation 2014 liegt bereits länger zurück. Nach

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

einer beruflichen Umschulung als Steuerfachangestellte 2015 und einigen Jahren Tätigkeit in diesem Beruf, arbeitet Fr. Keller seit 2021 wieder als Altenpflegerin mit 30-Stunden in Teilzeit.

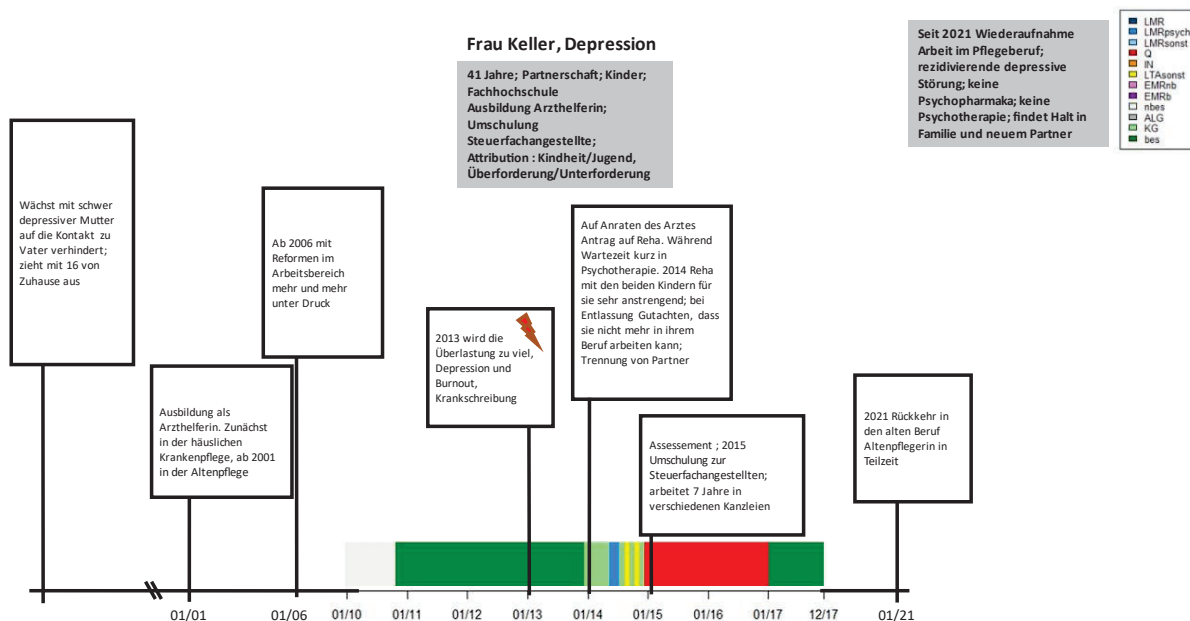


Abbildung 36 Verlaufsdarstellung Frau Keller (Quelle: eigene Darstellung).

Tabelle 23 Übersichtstabelle Frau Keller.

<b>Geschlecht:</b>	Weiblich
<b>Alter:</b>	41 Jahre
<b>Familienstatus:</b>	Mit Partner und Kindern im Haushalt
<b>Wohnort:</b>	Mittelgroße Stadt
<b>Diagnosen aus RSD:</b>	F3
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	Burnout, Depression
<b>Komorbidität:</b>	Migräne
<b>Attribution</b>	Familiäre Verhältnisse, Beruf
<b>Problemlagen</b>	Mangelnde Abgrenzung im Beruf, Präsentismus, fehlende Achtsamkeit

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Behandlungen/ Reha</b>	Psychotherapie - psychosomatische Reha – Berufswechsel am Ende der Reha empfohlen - berufliche Qualifizierung (Umschulung zur Steuerfachangestellten)
<b>AU-Status vor Reha:</b>	Erwerbstätig
<b>Letzte Tätigkeit vor Reha:</b>	Altenpflegerin
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	POS
<b>Erlerner Beruf/Studium:</b>	Arzthelferin
<b>Letzter Beruf vor LTA_Q</b>	Altenpflegerin
<b>Art der LTA_Q</b>	Umschulung zur Steuerfachangestellten
<b>Aktueller Beruf:</b>	Altenpflegerin
<b>Erwerbsstatus 2018:</b>	Erwerbstätig
<b>Erwerbsstatus zum Zeitpunkt des Interviews 2022:</b>	Erwerbstätig (Teilzeit, 30 Stunden)
<b>Kurzvita:</b>	
<p>Fr. Keller wächst alleine mit einer schwer depressiven Mutter auf, zu der sie zeit ihres Lebens ein schwieriges Verhältnis hat. Früh muss sie lernen selbstständig zu sein. Ihre Kindheit bewertet sie im Rückblick als „schlimm“, ihre Mutter erzählt öfters Lügen über ihren Vater und verhindert den von Fr. Keller erwünschten Kontakt zu ihm. Bereits mit 16 Jahren zieht sie von Zuhause aus, eine Art Flucht vor der Mutter. Sie nimmt danach den Kontakt zu ihrem Vater wieder auf, ihre Mutter sieht sie nur noch sporadisch. Nach einer Krebsdiagnose stirbt ihre Mutter 2005, was keine großen Emotionen bei ihr auslöst, wofür sie sich schuldig fühlt. Sie heiratet früh, bekommt 2 Kinder, trennt sich aber bald vom Vater ihrer Kinder.</p> <p>Fr. Keller wollte immer im medizinischen Bereich arbeiten und macht mit 16 Jahren eine Ausbildung als Arzthelferin. Zunächst in der häuslichen Krankenpflege tätig, beginnt sie 2001 in der Altenpflege zu arbeiten. Zu Beginn ihrer Tätigkeit ist sie sehr zufrieden: sie hat genügend Zeit auf die Bewohner einzugehen und fühlt sich gebraucht. Diese Situation ändert sich ab etwa 2006 mit immer neuen Reformen in der Pflege. Der Personalschlüssel wird enger, die Fluktuation der Mitarbeiter ist hoch, viele verlassen die Arbeitsstelle. In Folge fällt immer mehr Arbeit an, der Zeitdruck nimmt zu und sie muss immer öfter einspringen was sie mehr und mehr überfordert. Das geht so weit, dass sie sich vor dem Telefon versteckt, alleine das Klingeln des Telefons führt zu Panikattacken. Freunde</p>	

bemerken Veränderungen bei ihr, sie fällt nun öfter krankheitsbedingt aus. Ein Berufswechsel kommt für sie aber (noch) nicht in Frage.

2013 wird die Überlastung zu viel, ihr damaliger Partner ist ständig auf Montage, so hat sie keinen Ansprechpartner in ihrem Privatleben. Bei ihrem praktischen Arzt hat sie schließlich einen psychischen Zusammenbruch und wird von ihm krankgeschrieben, die verordneten Medikamente will sie aber nicht nehmen. Auf Anraten des Arztes stellt sie einen Antrag auf eine med. Reha. Während der Wartezeit ist sie kurz in Psychotherapie. Die Reha ist dann mit den beiden Kindern für sie sehr anstrengend, sie hat keine Zeit für sich, die Aufnahme in die Reha findet sie sehr unpersönlich, viele Angebote sind wegen Personalmangels nicht vorhanden. Im Rückblick hätte sie die Reha auch lieber später gemacht, die Reha kam für sie, wie sie selbst sagt, zu früh.

Bei der Entlassung wird ein Helfersyndrom attestiert, das bedeutet, sie soll nicht mehr in ihrem Beruf arbeiten und auch insgesamt nicht mehr als 6 Stunden, was sie total überrascht. Sie wird arbeitsunfähig entlassen und ist über ein Jahr krankgeschrieben. Nach der Reha erfolgt die Trennung von ihrem damaligen Freund. In der Reha fühlte sie sich der eigenen Einschätzung nach fehl am Platz, auch die Entlassungsdiagnose hält sie für falsch.

Bei einem Assessment wird ihr schließlich eine berufliche Umschulung zur Steuerfachangestellten empfohlen. Sie absolviert die Umschulung, obwohl es kein Beruf ist, den sie unbedingt ergreifen will. Danach arbeitet sie mehrere Jahre in verschiedenen Kanzleien, wird dabei aber immer unglücklicher. Im Oktober 2021 fasst sie den Entschluss den Beruf der Steuerfachangestellten nicht weiter auszuführen. Sie wäre schon früher in den alten Beruf zurückgekehrt, hatte aber Angst, dass die RV verlangt, dass sie ihre Umschulung zurückzahlen muss. Schließlich findet sie eine Teilzeitarbeit in einer Wohngruppe mit 11 Bewohnern, davon 3 Demente. Die Bewohner können noch das meiste selbst, die Arbeit ist für sie wesentlich leichter als die vorherige. Sie geht nun wieder gerne in die Arbeit, nimmt auch wieder mehr am sozialen Leben teil. Professionelle Hilfe nimmt sie nicht in Anspruch und will auch weiter keine Medikamente nehmen. Als ihr Hausarzt eine weitere Reha, diesmal wegen Migräne empfiehlt, lehnt sie ab.

Ihr derzeitiger Zustand ist sie stabil, sie achtet mehr auf ihre Grenzen und will sich nicht mehr abhängig machen, auch nicht von einem neuen Partner, der sie aber sehr in ihrer Entwicklung unterstützt. Perspektivisch sieht sie sich, auch wenn es ab und zu depressive Episoden gibt, weiter in Arbeit.

### *Fallvergleich*

Frau Suhl und Frau Keller stehen exemplarisch für die Heterogenität der Gruppe LMRpsych + LTA und dennoch lassen sich einige Gemeinsamkeiten finden. Beide wachsen, obwohl bei Frau Suhl erst nach Nachfragen thematisiert, in familiären Verhältnissen auf die belastend sind. Frau Keller leidet unter ihrer Mutter und wünscht sich Kontakt zu ihrem Vater, was die Mutter verhindert. Es folgt später ein Kontaktabbruch, eine Parallele zu Frau Suhl, die ebenfalls jeden Kontakt zu ihrer Mutter abbricht. Durch ihren frühen Auszug von zuhause, im Prinzip der Wunsch den familiären Verhältnissen zu entkommen, muss Frau Keller früh „erwachsen sein.“ Beruflich findet sie ihren Platz im von ihr gewünschten medizinischen Bereich und absolviert eine Ausbildung zur Arzthelferin, was ihr später als Altenpflegerin zugutekommt. Frau Suhl macht eine Lehre zur Großhandelskauffrau und etabliert sich über die Jahre als wichtige Mitarbeiterin. Bei beiden kommt es im Verlauf des Arbeitslebens zu Irritationen und Veränderungen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr bewältigt werden können. Frau Keller empfindet ihre Arbeit immer mehr als entfremdet und ihr Gefühl, „es nicht mehr richtig zu machen können“ führt mehr und mehr zu psychischen Krisen. Zudem fällt es ihr schwer sich abzugrenzen, was die Belastungen durch häufige Ausfälle von Mitarbeitern stetig erhöht. Schließlich erkennt ihr Hausarzt die Situation und spricht sie darauf an, was einen psychischen Zusammenbruch erzeugt. Die von ihrem Arzt empfohlene Reha erfüllt aber nicht ihre Erwartungen, vor allem da sie als damals alleinerziehende Mutter, mit ihren beiden Kindern in die Reha geht, was keine Erholung zulässt. Bei Frau Suhl lässt sich keine eindeutige Kausalität zu ihrer psychischen Vulnerabilität feststellen. Wirtschaftliche Probleme beim Arbeitgeber, mögliche Entlassung, werden von ihr explizit genannt. Dazu kommen aber persönliche Schwierigkeiten in ihrer Paarbeziehung, hier nimmt sie auf Anraten ihrer Psychotherapeutin 2010 eine psychosomatische Rehabilitation in Anspruch. Diese Maßnahme dient gewissermaßen als Abschluss für die Aufarbeitung einer emotional stark negativ geprägten Paarbeziehung (2001-2007) und ist zugleich der erste Baustein in der weiteren Behandlungskette.

Maßgeblich bei Frau Keller für die weitere Entwicklung ist der Entlassungsbericht der Reha. Es wird ihr ein Helfersyndrom attestiert und die Empfehlung gegeben nicht mehr in ihrem Beruf zu arbeiten, eine Einschätzung die Frau Keller nicht teilt. Dennoch fügt sie sich und lässt sich, in ihren Augen, mehr oder weniger in eine Umschulung als Steuerfachangestellte drängen. Dieser Beruf entspricht nicht ihren Wünschen und dennoch lässt sie sich unter dem Eindruck der professionellen Ratgeber, darauf ein. Frau Suhls Motivation für eine LTA ist hauptsächlich die Ablehnung ihres EMR-Antrages. Vor dem Zeitpunkt der Antragstellung war sie vorher noch in psychiatrischer Behandlung, danach arbeitslos und sah keinen Weg zurück in Arbeit. Der Rat zu einer LTA kam schließlich von einer Gutachterin der DRV, danach stellte sich Frau Suhl direkt bei einem Rehafachberater vor, der die LTA empfiehlt. Für Frau Suhl ist die LTA IN eine geeignete und sinnvolle Maßnahme, um in ihrem alten Arbeitsfeld zu

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

verbleiben. Bei Frau Keller kommt es zu der paradoxen Situation, dass sie zwar zunächst in ihrem neuen Beruf mehrere Jahre arbeitet, zum Zeitpunkt des Interviews aber wieder in ihrem alten Beruf, bei veränderten Bedingungen, tätig ist.

Frau Suhl bewertet die LTA\_IN im Nachhinein als positiv, als eine Auszeit und Orientierungshilfe bzw. als nützlich, um Kontakte zu Wunschbetrieben aufzunehmen. Einzelne Module innerhalb der Maßnahme hatten für sie aber keinen Mehrwert, hier spielt sicher ihre hohe Berufsqualifizierung eine Rolle. Die LTA IN wird von ihr als eine Art Coaching, Fort- bzw. Weiterbildung und Arbeitserprobung beschrieben. Beide Personen sind aktuell erwerbstätig, was für die Maßnahmen spricht, wenngleich Frau Keller nicht im umgeschulten Beruf tätig ist. Sie nimmt auch keine psychotherapeutische Hilfe in Anspruch und nimmt auch keine Medikamente, während Frau Suhl professionelle Hilfe sucht und auch bekommt. Sie ist zwar generell wieder erwerbsfähig, bleibt aber latent vulnerabel. Die Erfahrungen psychischer Krisen haben sie aber soweit sensibilisiert, dass sie alles dafür tut, nicht erneut in eine manifeste Krise zu kommen. Frau Keller profitiert von ihrem stabilen Umfeld mit einem neuen Partner, der sie offensichtlich sehr unterstützt. Professionelle Hilfe lehnt sie ab, so lehnt sie etwa eine neuerliche Empfehlung ihres Hausarztes, diesmal zu einer somatische Reha wegen ihrer Migräne, dezidiert ab. Sie setzt auf Selbstachtsamkeit und hat die Stundenzahl bei der Arbeit auf 30 reduziert, was für sie, wie sie sagt, gut machbar ist. Dazu kommen die verbesserten Arbeitsverhältnisse, sie sieht wieder einen Sinn in ihrer Arbeit und bereut die Entscheidung zum Wechsel nicht.

Mit Blick auf das Zuweisungsgeschehen zur psychosomatischen Rehabilitation ist es bei Frau Keller der praktische Arzt, bei Frau Suhl die behandelnde Psychotherapeutin. In beiden Fällen liegt die Maßnahme zum Zeitpunkt des Interviews bereits mehrere Jahre zurück (2014 bzw. 2010). Die LTA erfolgte bei Frau Keller im Abstand von einem Jahr zur psychosomatischen Reha, bei Frau Suhl aber erst nach 6 Jahren. Hier ist wohl maßgeblich der Entlassbericht zu nennen, der offensichtlich bei den beiden Interviewten sehr unterschiedlich ausfiel. Frau Keller wird explizit nahegelegt den Beruf zu wechseln, was bei Frau Suhl nicht der Fall ist. Hier erfolgt die negative Entwicklung nach der Reha über eine Umstrukturierung seitens des Arbeitgebers die eine abwärtsgerichtete Spirale bei ihr in Gang setzt. Da die Akzeptanz, Umsetzung und der Umgang mit Veränderungen Frau Suhl schwerfallen, kommt sie mit der Situation nicht mehr zurecht. Der abgelehnte EM-Antrag führt aber nicht in eine depressive Situation, im Gegenteil zeigt sie dann, während der LTA IN Maßnahme starke Eigeninitiative und ist sehr zielgerichtet, mit ein Grund dafür, dass sie schnell wieder beruflich Fuß fassen kann. Die Selbstachtsamkeit von Frau Suhl zeigt sich auch darin, dass sie sich selbst Hilfe zur Stabilisierung sucht und in Anspruch nimmt. Am Arbeitsplatz selbst geht Frau Suhl aber nicht offen mit Ihrer Erkrankung um, die öfter zu Fehlzeiten führt. Sie weiß um die Diskrepanz zwischen ihrer äußeren „sicheren“ Erscheinung und ihrer inneren Gefühlswelt, denn trotz ihrer strukturierten und versierten Arbeitsweise

plagen sie Selbstzweifel, der Druck nach Perfektion und eine starke Unsicherheit. Bei der fehlenden Thematisierung ihrer Erkrankung mag das Arbeitsumfeld eine Rolle spielen, Frau Keller arbeitet dagegen im sozialen Bereich, wo es einfacher für sie ist mit ihrer Problematik offensiv umzugehen.

Bei Frau Keller ist untypisch, obwohl wir solche Fälle auch schon bei früheren Studien hatten, dass sie nach einigen Jahren im Umschulungsberuf wieder in ihren alten Beruf zurückkehrt. Vielleicht hat diese Phase aber auch ihren Blick auf sich selbst insoweit verändert, als dass sie nun achtsamer mit sich als Person umgeht: die Reduzierung der Arbeitszeit und die günstigeren Verhältnisse an ihrem aktuellen Arbeitsplatz sprechen für eine Selbstwirksamkeit, die eine Verstetigung erwarten lässt. Frau Suhl scheint, das Alter mag hier auch eine Rolle spielen, vulnerabler, reflektiert dies aber und versucht über Hilfen von außen ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu erhalten. Beide Fälle würden wir als prognostisch „positiv“ einschätzen, obwohl externe Veränderungen – wie bei Frau Suhl die angedrohte Kündigung ihrer Wohnung– auch wieder zur Instabilität führen können. Dennoch hat Frau Suhl im Verlauf bewiesen, dass sie mit eigener Initiative eine für sie zufriedenstellende Wendung erzeugen kann.

### *7.4.3. Einmalige Inanspruchnahme einer stationären psychosomatischen Rehabilitation und Inanspruchnahme mindestens einer stationären somatischen Rehabilitation (LMRpsych\_1 + LMRsom)*

Im Folgenden werden zwei Fallstudien von insgesamt 8 Fällen aus unserem Interviewsample vorgestellt, die im RSD-Datensatz der Gruppe *LMRpsych\_1+LMRsom* (einmalige Inanspruchnahme einer stationären psychosomatischen Rehabilitation plus min. irgendeiner somatischen Reha) zugehören. Die Vorgehensweise ist im Folgenden dieselbe wie bei den vorigen Fallvorstellungen. Die Daten des RSD-Datensatzes der beiden ausgewählten Fälle – Frau Quelle und Frau Horst – werden um die Angaben aus dem Fragebogen und den Interviews ergänzt (Abbildung 37 und Abbildung 38). Danach folgt eine tabellarische Zusammenfassung der wichtigsten Daten zur Person. Daran schließt sich eine stichwortartige biografische Skizze („Kurzvita“) an (Tabelle 24; Tabelle 25). Schließlich folgt der Fallvergleich.



## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

### Frau Quelle

Zum Zeitpunkt des etwa eineinhalb Stunden dauernden Interviews im Frühjahr 2022 ist Frau Quelle 56 Jahre alt und lebt von eigenen Ersparnissen da ihr ALG1 inzwischen ausgelaufen ist. Das Interview findet Online statt, was sich in Bezug auf die Offenheit der Themen als schwierig herausstellt.<sup>63</sup> Die psychische Problematik von Frau Quelle ist ursächlich auf einen schweren, unverschuldeten Skiunfall zurückzuführen, der ihre bisherige Arbeitsfähigkeit verändert und ein Unfalltrauma mit sich bringt.

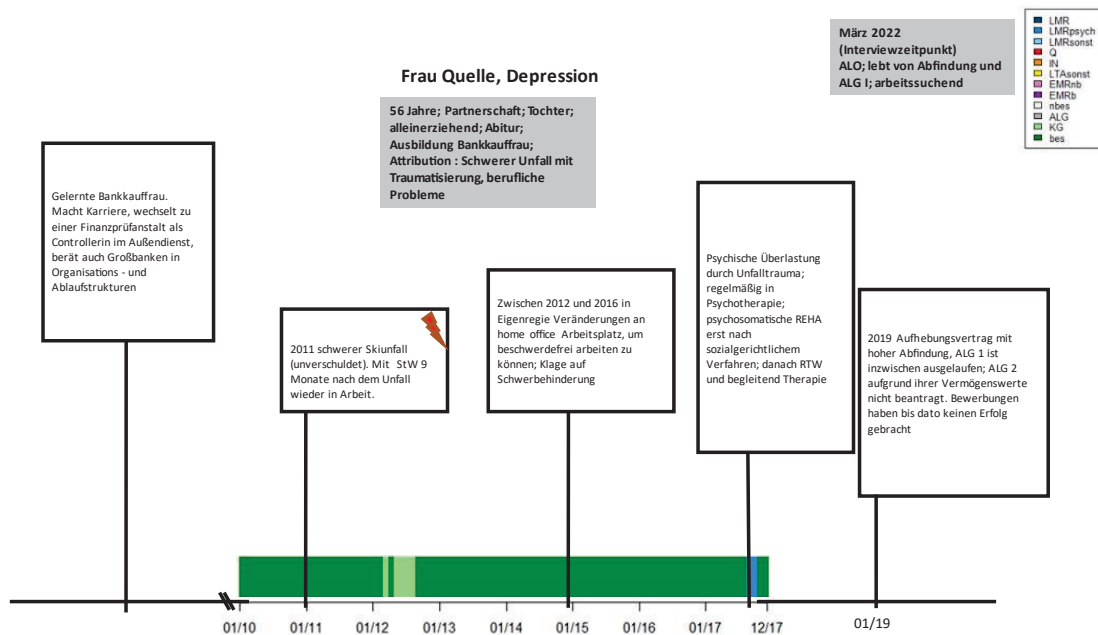


Abbildung 37' Verlaufsdarstellung Frau Quelle (Quelle: eigene Darstellung).

Tabelle 24 Übersichtstabelle Frau Quelle.

<b>Geschlecht:</b>	Weiblich
<b>Alter:</b>	56 Jahre
<b>Familienstatus:</b>	Alleine mit Tochter im Haus lebend
<b>Wohnort:</b>	ländlich
<b>Diagnosen aus RSD:</b>	F3
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	Trauma; spricht im Interview nicht explizit über psychische Probleme

<sup>63</sup> Online-Interviews verlaufen in der Regel nach unserer Erfahrung anders ab als Face-to-Face Interviews. Da im Zeitraum des Projekts zum Teil noch Corona-Einschränkungen galten, wurde ein Teil der Gespräche Online geführt.

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Komorbidität:</b>	Körperliche Folgen nach schwerem Skiunfall
<b>Attribution</b>	Externes Ereignis (schwerer Unfall mit Traumatisierung); berufliche Probleme
<b>Problemlagen</b>	Nach Unfall mit körperlichen Problemen, psychischen Folgen und Begleiterscheinungen; beruflich sehr ehrgeizig, initiiert selbst zahlreiche Veränderungen am Arbeitsplatz, Schwerbehindertenausweis, seit 2019 ALO, Arbeitssuche scheitert an Überqualifizierung oder ihren hohen finanziellen Forderungen
<b>Behandlungen/ Reha</b>	med. Reha – sonst. LTA– Psychotherapie – psych Reha (nach sozialgerichtlichem Verfahren) – RTW – Psychotherapie
<b>AU-Status vor Reha:</b>	Erwerbstätig
<b>Letzte Tätigkeit vor Reha:</b>	Bankkauffrau
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	Abitur
<b>Erlerner Beruf/Studium:</b>	Bankkauffrau
<b>Aktueller Beruf:</b>	-
<b>Erwerbsstatus 2018:</b>	Erwerbstätig
<b>Erwerbsstatus zum Zeitpunkt des Interview 2022:</b>	ALG 1 ausgelaufen, lebt von Ersparnissen
<b>Kurzvita:</b>	
<p>Frau Quelle ist gelernte Bankkauffrau. Über mehrere Filialen und Bankhäuser hinweg hat sie Karriere gemacht und ist in eine verantwortungsvolle Position aufgestiegen. Nach einigen Jahren in verschiedenen Banken wechselt sie zu einer Finanzprüfanstalt. Dort arbeitet sie als Controllerin im Außendienst, baut ein großes berufliches Netzwerk auf und berät auch Großbanken in Organisations- und Ablaufstrukturen. Beruflich ist sie sehr zufrieden mit ihrem Leben.</p> <p>2011 ändert sich alles schlagartig durch einen schweren und unverschuldeten Skiunfall im Ausland. Zunächst vor Ort behandelt und von der örtlichen Polizei befragt, wird sie eine Woche später nach Deutschland mit einem Krankentransport überführt, den sie in ihrer Erinnerung als unsachgemäß einschätzt. Sie selbst habe sich im Vorfeld um die Aufnahme in ein Krankenhaus in Deutschland bemüht. Nach der Ankunft in Deutschland wird sie nochmals operiert und die fehlerhafte</p>	

Behandlung korrigiert. Nach einem längeren Krankenhausaufenthalt ist sie zunächst krankgeschrieben, eine medizinische Reha erfolgt erst einige Monate später, da sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wegen eines Beckenleidens als nicht rehafähig eingestuft wird. Das wirkt sich im weiteren Verlauf negativ aus, da ihre Unfallversicherung sich weigert, das Krankengeld zu zahlen. Darauf klagt sie im Nachgang das Geld ein. Ihr Arbeitgeber legt ihr während des Krankengeldbezugs einen neuen Arbeitsvertrag mit schlechteren Konditionen zur Unterschrift vor, den sie nach einigem Überlegen unterschreibt.

Mit einer StW kommt Frau Quelle 9 Monate nach dem Unfall schließlich wieder zurück in Arbeit. Trotz anhaltender Beschwerden (v.a. ein Schleudertrauma) geht sie wieder in den von ihr geschätztem Außendienst. Sie ist immer noch stark mit ihrer Arbeit identifiziert und will auch nicht, aufgrund der einschränkenden Beschwerden, in den Innendienst wechseln. Neben finanziellen Gründen fehlt ihr hier der wertschätzende Kontakt zu den Kunden sowie die selbständige Arbeitsweise. Eine Nachbegleitung der Reha erfährt sie seitens eines Psychotherapeuten, bis keine weitere Verlängerung der Therapie mehr möglich ist. Im Anschluss lässt sie sich von einem Coach betreuen, den sie selbst finanziert. Im gesamten Behandlungsverlauf hat sie nach eigener Aussage leichte Psychopharmaka konsumiert, um eine innere Ruhe herzustellen

Zwischen 2012 und 2016 nimmt sie in Eigenregie Veränderungen an ihrem Homeoffice Arbeitsplatz vor, um beschwerdefrei arbeiten zu können. Dabei beantragt und erkämpft sich mit juristischer Unterstützung einen neuen Schreibtisch, einen neuen Arbeitsstuhl etc. Weiterhin beantragt sie in dieser Zeit einen GdB beim Versorgungsamt und klagt, bis sie schließlich den Status der Schwerbehinderung erhält. Weiter ist Frau Quelle in Psychotherapie, spricht aber über ihre konkreten psychischen Belastungen im Interview nicht. Es ist anzunehmen, dass sie die gerichtlichen Verfahren belasten und v.a. ihre Erinnerung an den Unfall traumatisch wirkt. Sie berichtet davon, dass bei ihrem Aufenthalt in der psychosomatischen Reha 2017, die sie auch erst nach sozialgerichtlichem Verfahren erhält, eine Art Retraumatisierung stattfand. Dafür macht sie Geräusche im Wald, die spontan eine Abwehrhaltung erzeugten, verantwortlich.

Im Anschluss an die Reha kehrt Frau Quelle wieder an ihren Arbeitsplatz im Außendienst zurück, unterschreibt aber 2019 einen Aufhebungsvertrag und wird arbeitslos. ALG1 ist inzwischen ausgelaufen, ALG 2 beantragt sie aufgrund von Vermögen und Ersparnissen nicht und lebt derzeit von ihrer Abfindung. Die bis dato vergebliche Suche nach neuer Arbeit scheitert entweder an ihrer Überqualifizierung oder zu hohen Gehaltsvorstellungen.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

### Frau Horst

Zum Zeitpunkt des etwa eineinhalb Stunden dauernden Interviews im Sommer 2022 ist Frau Horst 56 Jahre alt und wirkt im Gespräch schwer depressiv. Nach mehreren Aufenthalten in der Psychiatrie und Tageskliniken wegen Suizidgefahr, befindet sie sich seit September 2021 in EM-Rente.

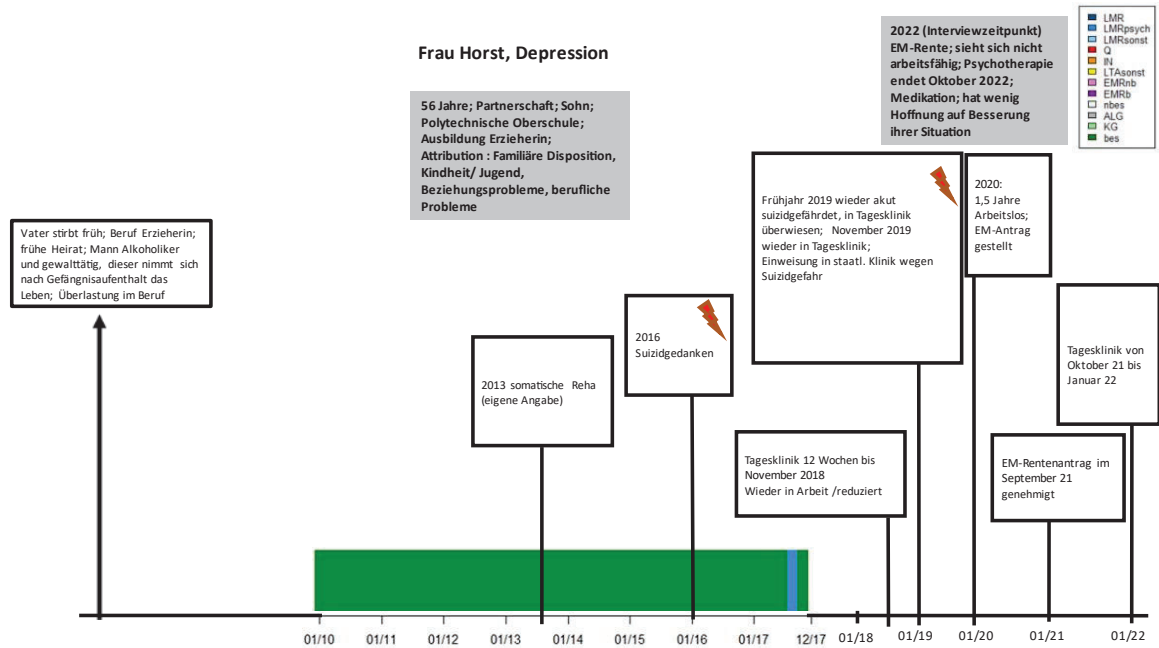


Abbildung 38 Verlaufsdarstellung Frau Horst (Quelle: eigene Darstellung).

Tabelle 25 Übersichtstabelle Frau Horst.

<b>Geschlecht:</b>	Weiblich
<b>Alter:</b>	56 Jahre
<b>Familienstatus:</b>	Mit Partner lebend, ein erwachsener Sohn
<b>Wohnort:</b>	Ländlich
<b>Diagnosen aus RSD:</b>	F3
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	Schwere Depression, Suizidgedanken
<b>Komorbidität:</b>	chronische Nebenhöhlenentzündungen

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Attribution</b>	Familiäre Disposition (depressive Schwester, Suizid eines Cousins); Probleme in der eigenen Herkunftsfamilie, Ex-Mann Alkoholiker und gewalttätig; Beruflicher Stress, mangelnde Anerkennung durch Leitung und Kollegen am Arbeitsplatz
<b>Problemlagen</b>	Wächst in schwierigen Verhältnissen auf, früher Verlust des Vaters, Gewalt in der Ehe, mangelnde Unterstützung und Anerkennung in der Arbeit
<b>Behandlungen/ Reha</b>	somatische Reha – Medikamente – psychosomatische Reha – Tagesklinik – Stationärer Aufenthalt (Akutklinik) – Tagesklinik – Psychotherapie – Tagesklinik - EM-Rentenantrag – ALO – EM-Rente genehmigt
<b>AU-Status vor Reha:</b>	Erwerbstätig
<b>Letzte Tätigkeit vor Reha:</b>	Erzieherin
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	POS
<b>Erlerner Beruf/Studium:</b>	Erzieherin
<b>Aktueller Beruf:</b>	-
<b>Erwerbsstatus 2018:</b>	Teilzeitarbeit
<b>Erwerbsstatus zum Zeitpunkt des Interview 2022:</b>	EM-Rente
<b>Kurzvita:</b>	
<p>Frau Horst ist die jüngste von 6 Kindern und wächst mit 5 älteren Geschwistern auf. Ihre Mutter wollte offenbar nur 2 Kinder und lässt sie von klein auf spüren, dass sie, wie sie es formuliert, eigentlich überflüssig ist. Der Vater, zu dem sie sich mehr hingezogen fühlt, stirbt als sie 16 Jahre ist, was für sie ein schwerer Schock bedeutet. In der DDR aufgewachsen, erlernt sie den Beruf der Erzieherin und heiratet früh, um eine Wohnung zu bekommen. Ihr damaliger Mann ist Alkoholiker - aus dieser Ehe stammt der ältere Sohn - und gewalttätig. Nach der Trennung hat sie große Angst vor ihm, v.a. als er wieder aus dem Gefängnis entlassen wird, wo er eine Haftstrafe absitzt. Als er sich schließlich das Leben nimmt, ist sie erleichtert, was Schuldgefühle erzeugt.</p> <p>Nach der Wende arbeitet sie an Schulen als Erzieherin, an ihrem letzten Arbeitsplatz ist sie 20 Jahre tätig. Bei der Arbeit kommt es durch Ausfall von Lehrern immer mehr zu Überlastungen, Frau Horst ist immer öfter krankgeschrieben, von ein paar Wochen bis hin zu einigen Monaten. Am Arbeitsplatz fragt keiner ihrer Kollegen nach ihr, auch bei der Rückkehr interessiert sich niemand für sie, was sie zunehmend kränkt.</p>	

Eine erste somatische Reha hat sie eigene Angaben nach 2013 wegen einer chronischen Nebenhöhlenentzündung. Während der Reha hört sie einen Vortrag über Depression und erkennt alle Symptome bei sich, was einen psychischen Zusammenbruch zur Folge hat. Auch ihr soziales Umfeld bekommt mehr und mehr Veränderungen bei ihr mit und reagiert darauf, indem sie darauf hingewiesen wird, was sie ignoriert. 2016 sind ihre depressiven Symptome dann aber so stark, dass sie nicht mehr arbeiten kann. Sie verliert viel Gewicht und hat Suizidgedanken. Ihr Hausarzt verschreibt ihr Medikamente, die sie seither regelmäßig nimmt. Es folgt, wieder eigene Angabe, 2016 eine psychosomatische Reha, die ihr aber nicht viel bringt. Phasen von Krankschreibungen und Arbeit wechseln sich danach ab. 2018 wird sie wegen neuerlicher Suizidgedanken in eine Tagesklinik überwiesen, wo sie 12 Wochen verbleibt.

Nach der Entlassung kehrt sie wieder zurück in Arbeit, reduziert aber die Arbeitszeit auf 5 Stunden/Tag. Obwohl sie für sich dringend einen Psychologen bräuchte, gelingt es ihr nicht, einen in ihrem ländlichen Raum zu finden. Im Frühjahr 2019 ist sie wieder akut suizidgefährdet und wird in eine Tagesklinik überwiesen. Nach der Entlassung wieder kurz in Arbeit, wird sie im November 2019 neuerlich in eine Tagesklinik überwiesen. Eine stationäre Behandlung lehnt sie ab, da sie zuvor sehr schlechte Erfahrungen mit Mitpatienten gemacht hat (Alkoholiker, Gewalt). Sie sucht sich danach einen Psychotherapeuten und findet einen, der ihr auch kurzfristig helfen kann. Es folgt eine zeitlich kurze psychische Stabilisierung, darauf aber eine weitere Einweisung in eine Akutklinik wegen Suizidgefahr. Ihr behandelnder Psychiater drängt noch vor der Einweisung darauf, dass sie einen EM-Antrag stellen soll. Nach der Entlassung ist sie schließlich 1,5 Jahre krankgeschrieben, danach arbeitslos. Ihr Sohn, der beim Arbeitsamt arbeitet, hilft ihr letztlich bei der Beantragung einer EM-Rente. Der Antrag wird im September 2021 genehmigt. Kurz darauf kommt sie von Oktober 21 bis Januar 22 wieder in eine Tagesklinik

Frau Horst sieht sich nicht mehr arbeitsfähig. Familiär gibt es, so ihre Erklärung, wohl eine Disposition. Eine ihrer Schwestern ist ebenfalls schwer depressiv, ein Cousin hat sich das Leben genommen. Im Oktober 2022 endet ihre Psychotherapie, derzeit sieht sie sich nicht als suizidgefährdet an, was sie als Fortschritt empfindet, allerdings sieht sie kaum Hoffnung auf eine Besserung ihrer Situation. Im Gespräch macht sie insgesamt einen sehr depressiven Eindruck, das mag aber auch von den Medikamenten kommen, die sie auch während des Gesprächs einnehmen muss.

### *Fallvergleich*

Sowohl Frau Horst als auch Frau Quelle sind zum Zeitpunkt des Interviews nicht (mehr) erwerbstätig. Frau Horst ist inzwischen in EM-Rente, Frau Quelle sucht nach einem neuen Job. Sieht man sich die Verläufe im RSD-File an, sind beide wesentlich über den gesamten Zeitraum bis 2017 beschäftigt. Bei

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Frau Horst scheinen beide Rehas nicht im dokumentierten Verlauf auf. Auch wenn die beiden auf den ersten Blick in der RSD-Datenbank „unkompliziert“ aussehen, nimmt v.a. bei Frau Horst die persönliche Entwicklung einen geradezu katastrophalen Verlauf nach 2017 an. Prinzipiell kann man in beiden Fällen von Präsentismus ausgehen, eine kontinuierliche Beschäftigung, wie sie im RSD-File zu sehen ist, sagt auch nichts über den tatsächlichen Zustand der Person und ihre Beeinträchtigungen aus. Insbesondere Frau Horst scheint nach einer langen Zeit der Erwerbstätigkeit „ausgebrannt“, fehlende Anerkennung durch Leitung und Kollegen führen immer mehr zu psychischen Krisen bis in der somatischen Reha (chronische Nebenhöhlenentzündung) alles in ihr Angestaute aufbricht. Seitdem oszilliert sie nur noch zwischen Psychiatrie, Tageskliniken und therapeutischer Behandlung. Frau Quelles Ursprung ihrer psychischen Beeinträchtigungen liegt dagegen in einem externen Ereignis, einem schweren Unfall, dessen Folgen sich über die Jahre mehr und mehr bemerkbar macht. Zudem kommen gerichtliche Auseinandersetzungen hinzu, die sich wiederholen, zuletzt ein sozialgerichtliches Verfahren wegen Ablehnung der psychosomatischen Reha. Das ist in unserem Sample der einzige Fall, wo trotz Empfehlung und Unterstützung seitens des Therapeuten eine Reha abgelehnt wird und das Gefühl bei Frau Quelle, dass sie „um alles“ kämpfen muss, verstärkt.

Frau Quelle erzählt im Interview wenig zu ihrer familiären Situation und spricht auch nicht explizit über ihre psychische Krankheit. Der Unfall nimmt einen großen Teil des Gesprächs ein, da sie hier den Ausgangspunkt für alle weiteren Probleme sieht. Frau Horst dagegen spricht offen über ihre Familiensituation, die sie im Rückblick sehr negativ sieht. Sie war das von der Mutter ungeliebte Kind, der Verlust des Vaters und eine frühe Heirat - wie in der DDR oft üblich, um an eine Wohnung zu kommen - bestimmen ihre Jugend und frühe Erwachsenenzeit. In der Ehe erlebt sie Gewalt und hat nach der Trennung Angst vor ihrem Ex-Mann. Nach seinem Suizid ist sie innerlich erleichtert, was Schuldgefühle erzeugt.

Alles in allem schichten sich bei Frau Horst mehrerer Problemfelder auf: eine schwierige Kindheit, ein gewalttätiger Ex-Mann, zunehmende Überlastung bei der Arbeit, keine Anerkennung ihrer Leistungen in der Arbeit bei Übernahme immer mehr Tätigkeiten. Diese Kombination führt irgendwann zu einem psychischen Zusammenbruch, bis hin zu Suizidabsichten. Zwischen ihrer somatischen und psychosomatischen Reha liegen 3 Jahre, nach der Reha findet sie eigentlich nie wieder richtig ins Berufsleben, Krankheitsphasen wechseln sich mit psychiatrischen Behandlungen ab. 5 Jahre nach der Reha stellt sie einen EM-Antrag. Frau Quelle andererseits denkt nicht über eine EM-Rente nach, sondern versucht wieder in Arbeit zu kommen. Trotz ihrer Qualifikationen gelingt ihr das nicht, da insbesondere ihre Gehaltsvorstellungen zu hoch sind und sie nicht bereit ist davon abzurücken. Ihre finanziellen Verhältnisse erlauben ihr von Ersparnissen zu leben, sodass sie nicht den Weg in ALG 2 gehen muss. Frau Quelle scheint insgesamt aber sehr durchsetzungsfähig, hat sich über Jahre ihren Arbeitsplatz gestaltet und scheut auch nicht vor gerichtlichen Auseinandersetzungen zurück.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Bei Frau Horst geht es aktuell nur noch darum ihre Situation zu stabilisieren. Sie muss starke Medikament nehmen, ohne die sie, wie sie sagt, „nicht mehr leben kann.“ Suizidale Gedanken kommen immer wieder, auch ihr soziales Umfeld, ihr neuer Mann und die Kinder, können, trotz Unterstützung ihr nicht wirklich helfen. Aktuell ist sie in psychologischer Behandlung, was sie sehr positiv sieht. Insgesamt zeigen die Fälle einen großen Kontrast, die psychosomatische Reha folgt in beiden Fällen der somatische, aus ganz unterschiedlichen Gründen. Bei Frau Horst lösen die somatische Reha und der dort stattfindende Vortrag zu Depression eine Krise aus, da sie sich selbst in den Ausführungen wiedererkennt. Bei Frau Quelle folgt die somatische Reha auf ein externes Ereignis, das ursächlich für die danach stattfindenden Veränderungen ist. Erst 6 Jahre nach ihrer somatischen Reha kommt sie in eine psychosomatische Reha in der ihr Trauma, nach eigenen Angaben, reaktiviert wird, allerdings nicht als Folge der Behandlungen, sondern durch äußere Bedingungen (Wald).

Die weitere Prognose für Frau Horst ist eher negativ, da es ihr die letzten Jahre nicht gelungen ist, einen für sie akzeptablen Sinn im Leben zu finden. Die inzwischen genehmigte EM-Rente bleibt ambivalent: einerseits weiß Frau Horst, dass sie nicht mehr belastbar ist und eine Rückkehr in Arbeit für sie unmöglich ist, andererseits fühlt sie sich mit Mitte 50 zu jung, um am „normalen“ Leben nicht mehr teilzunehmen. Hoffnung macht ihre aufgenommene Psychotherapie, die sie bereits stabilisiert, was für sie ein großer Fortschritt bedeutet.

Bei Frau Quelle fällt eine Prognose schwer: entscheidend ist, ob sie für sich anerkennen kann, nicht mehr in derselben Weise leistungsfähig zu sein wie zuvor. Über ihre familiären Verhältnisse spricht sie im Interview wenig. Sie ist alleinlebend und hat ihre (erwachsene) Tochter im Haushalt. Sie ist aber, soweit nachvollziehbar, aktuell in therapeutischer Behandlung, ob sie soziale Unterstützung in Form von Familie oder Freundschaften hat, bleibt unklar. Prinzipiell hat Frau Quelle die Eigenschaft, die für sich notwendigen Dinge zu organisieren und sich offensiv zu auftauchenden Problemen zu verhalten. Das ist ein starker Kontrast zu Frau Horst die ganz in ihre Depression versunken ist und keinerlei Motivation für eigenes Handeln mehr entwickeln kann. Ihr Fall ist insofern besonders interessant, da er zeigt, dass eine lange Zeit aufgeschichtete Problematik zu dramatischen Entwicklungen führen kann, auch wenn das zunächst gar nicht sichtbar ist. Im Prinzip kann man sagen, dass Frau Horst bereits mit Anfang 50 nicht mehr in der Lage war, ihrem Leben nach der ersten schweren Krise eine Wendung zu geben. Vielleicht wären am Arbeitsplatz erste Signale sichtbar gewesen. Aber auch hier hat Frau Horst nie offensiv das Gespräch gesucht, sondern die ganze Frustration mit nach Hause genommen, bis hin zum buchstäblichen Zusammenbruch. Die Reha kam wahrscheinlich zu spät und auch die vergebliche Suche nach einem Therapeuten hat mit zur Verstetigung ihrer Situation geführt, die schließlich mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben endete.



Beide Fälle zeigen anhand des RSD-Files eigentlich keine besonderen Auffälligkeiten bis 2017. Danach ist der Verlauf aber weitgehend negativ: bei Frau Horst endet die Abwärtsspirale in der EM-Rente, Frau Quelle ist aktuell arbeitslos. Das zeigt, dass administrative Daten wenig über den tatsächlichen Zustand einer Person aussagen, aber auch prognostisch nur begrenzt heranzuziehen sind.

### *7.4.4. Zweimalige Inanspruchnahme einer stationären psychosomatischen Rehabilitation: einmal mit erfolgreichem und einmal mit gescheitertem RTW (LMRpsych\_2)*

Im Folgenden werden die Fallstudien von zwei „Zwillingen“ (Frau *Meister*, 45 Jahre alt; Frau *Angstmann* 55 Jahre alt) miteinander systematisch verglichen; sie wurden ausgewählt, weil sie innerhalb der Gruppe der zweifachen Inanspruchnahme von Leistungen zur psychosomatischen Rehabilitation (LMRpsych\_2, n=11) für die Fallkonstellationen mit *minimalem Kontrast* stehen (Abbildung 39 bzw. Abbildung 40). Die beiden Fälle weisen in einigen zentralen Merkmalen große Ähnlichkeiten, wie z.B. psychische Nachwirkungen aus belastender Kindheit/Jugend, gleiches Berufsfeld, aber ohne inhaltliche Identifikation mit dem Beruf, lange Zeiten des Präsentismus mit in Teilen sehr ähnlichen Beschwerden (z.B. Ängste, die Arbeit nicht zu schaffen, Schlaflosigkeit), langfristige Krankheitsverlaufskurven sowie lange kontinuierliche Beschäftigungszeiten jeweils beim gleichen Arbeitgeber (Tabelle 26; Tabelle 27). In der vergleichenden Analyse wollen wir zeigen, welche Aspekte im Krankheitsverlauf, in den Interaktionen und Erfahrungen mit der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung (psychosomatische Rehabilitation, Psychiatrie, Arbeitsagentur), im Privatleben und am Arbeitsplatz für die unterschiedlichen Ergebnisse beim Return to Work verantwortlich sind.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Frau Meister

Das Interview – Dauer mit Vor- und Nachgespräch: gut anderthalb Stunden – fand Anfang August 2021 in entspannter Atmosphäre auf der Sonnenterrasse des kleinen Eigenheims statt, das Frau Meister mit ihrem zweiten Mann und ihrem dreijährigen Sohn in einem ruhigen großstädtischen Randbezirk bewohnt. Frau Meister ist zu diesem Zeitpunkt 45 Jahre alt und seit kurzem nach Beendigung ihrer dreijährigen Elternzeit wieder in ihrer alten Bank auf eigenen Wunsch mit reduzierter Arbeitszeit, in einem neuen Team und nicht mehr in ihrer früheren mittleren Führungsposition beschäftigt.

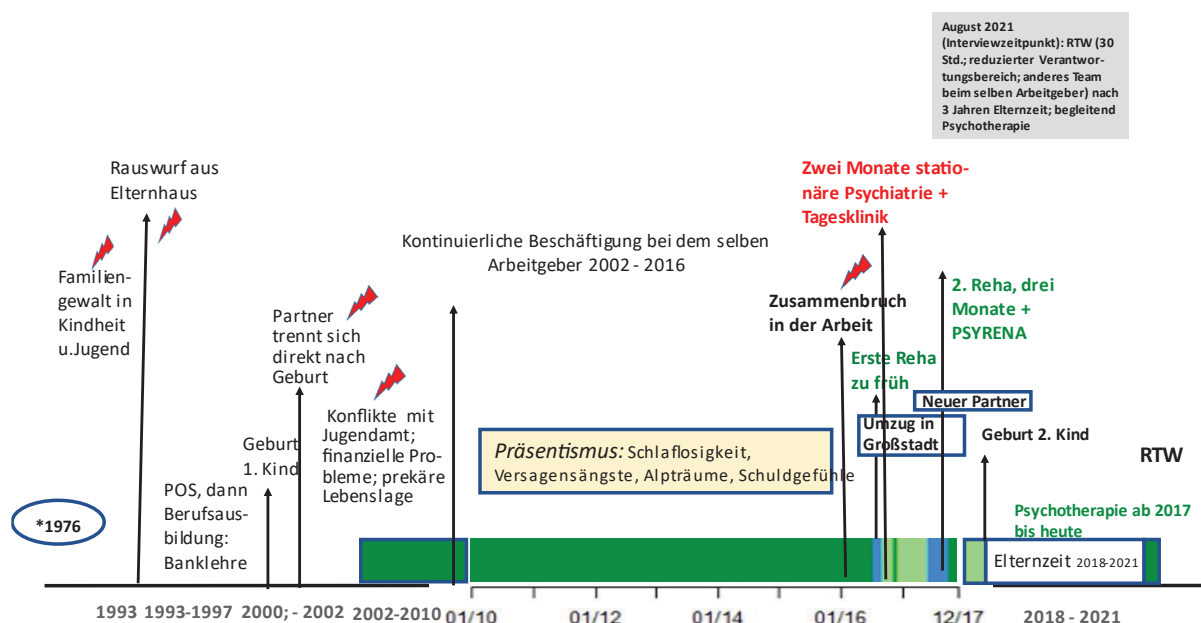


Abbildung 39 Verlaufsdarstellung Frau Meister (Quelle: eigene Darstellung).

Tabelle 26 Übersichtstabelle Frau Meister.

<b>Geschlecht:</b>	weiblich
<b>Alter:</b>	45 Jahre
<b>Familienstatus:</b>	verheiratet, lebt mit ihrem Ehemann und dem 3-jährigem Sohn in einem Einfamilienhaus
<b>Wohnort:</b>	Großstadt, Wohnlage: Peripherie mit viel Grün
<b>Bildungsabschluss</b>	POS/mittlere Reife
<b>Erlerner Beruf/Studium:</b>	Abgeschlossene Lehre als Bankkauffrau

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Diagnosen:</b>	F-3; F-4
<b>selbstberichtet:</b>	PTBS; Depressionen; Suizidgedanken; Alpträume; Ängste
<b>Komorbidität:</b>	Schlafstörungen
<b>Problemlage(n)</b>	<p><i>Anlass</i> für die erste psychosomatische Reha: dramatischer Zusammenbruch in der Arbeit;</p> <p>Überforderung in der Arbeit durch mittlere Führungs-position (Schlaflosigkeit; steht nachts auf um die Arbeitsaufgaben für den nächsten Tag vorzubereiten)</p> <p>Aufbrechen traumatischer Kindheitserlebnisse;</p> <p>Langjähriger Präsentismus;</p> <p>Schuldgefühle wegen Vernachlässigung des Sohnes aus der ersten Ehe;</p> <p>Suizidgedanken führen zur Aufnahme in die stationäre Psychiatrie</p>
<b>Attribution</b>	<p>Erfahrungen von häuslicher Gewalt und Überwachung in Kindheit und Jugend;</p> <p>Alkoholkonsum und Beziehungskonflikte der Eltern;</p> <p>Überforderung in der Arbeit als Anlass</p>
<b>Aktueller Beruf:</b>	Bankkauffrau
<b>AU-Status vor Reha:</b>	arbeitsunfähig, nach Zusammenbruch → Krankengeldbezug;
<b>Letzte Tätigkeit vor Reha:</b>	Bankkauffrau (Vollzeit) vor der ersten psychosom. Reha Krankengeldbezug vor der zweiten psychosom. Reha.
<b>Behandlungen/Reha</b>	<p>Erste psychosomatische Reha 2016 („kam zu früh“); danach: Umzug in Großstadt und direkt anschließend:</p> <p>Stationäre Psychiatrie (8 Wochen Aufenthalt), danach: Tagesklinik</p> <p>Zweite psychosomatische Reha 2017 (3 Monate), anschließend PSYRENA;</p> <p>Psychotherapie seit 2017 (noch zum Interview-zeitpunkt) andauernd, aber ausschleichend;</p>
<b>Erwerbsstatus 2018:</b>	Vor Auslaufen des KG-Bezugs von 2018 bis 2021 drei Jahre Elternzeit nach Geburt ihres zweiten Kindes-;

<b>Erwerbsstatus aktuell:</b>	Rückkehr in den alten Betrieb: 30-Std. Stelle in einem anderen Team; Rückzug aus Führungsaufgaben;
<p>Kurzvita:</p> <p><i>Familie, Kindheit und Jugend</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau M. wurde in der zweiten Hälfte der 70er Jahre in der DDR als ältestes Kind (drei jüngere Brüder) in eine Familie geboren, in der viel Alkohol getrunken wurde und die von einer traumatisierenden Erziehungspraxis (der Mutter) mit viel Gewalt geprägt war (Herumschleifen an den Haaren, Einsperren in dunkles Bad, Ausgangsverbote, kein Taschengeld viele Schläge: aufgrund der blauen Flecken traute sich Frau M. nicht, beim Sport den Trainingsanzug auszuziehen; weder das Umfeld noch der Hausarzt haben auf die deutlichen Anzeichen häuslicher Gewalt reagiert. Ihre Brüder wurden nicht auf diese Weise misshandelt, ihr jüngster Bruder geradezu hofiert; Frau M. führt dies darauf zurück, dass sie ein Mädchen war. Als weitere psychische Belastungen berichtet Frau M. davon, dass die Familie von der Stasi beobachtet wurde und dass ihre Mutter eine Nebenbeziehung zu ihrem Onkel hatte, die den Kindern nicht verborgen blieb.</li> <li>- Als Frau M. mit 17 Jahren ihren ersten Freund hatte, wurde sie von ihren Eltern aus ihrem Zuhause geworfen und musste sich dann alleine durchschlagen.</li> </ul> <p><i>Schulabschluss und Berufsausbildung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach Beendigung der Polytechnischen Oberschule (POS) beginnt Frau Meister auch aus finanziellen Gründen eine Lehre zur Bankkauffrau, obwohl sie sich ein Fachhochschulstudium „Touristik“ gewünscht hätte, welches ihr später Auslandsaufenthalte ermöglicht hätte.</li> </ul> <p><i>Berufsverlauf und kritische Lebensereignisse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2000 Geburt ihres ersten Sohns; da der Vater des Kindes Beziehungen mit anderen Frauen unterhält und sich nicht um das Kind kümmert, verlässt ihn Frau M. direkt nach der Geburt; da sie nun als Alleinerziehende zunächst nicht arbeiten kann gerät sie in der Folge in eine finanziell äußerst prekäre Lebenslage: sie beginnt sie noch im Mutterschutz Nebenjobs nachzugehen, da das Jugendamt ihr mit der Fremdunterbringung ihres Sohns gedroht hat, falls sie weiterarbeite; die nächsten Jahre werden zu einer großen Belastung unter Armutbedingungen bis Frau M. 2002 eine feste Beschäftigung fern von ihrem Heimatort bei einer Bank annimmt; dies wiederum wird nachträglich zu starken Schuldgefühlen ihrem Sohn gegenüber führen;</li> <li>- In ihrem Unternehmen bewährt sich Frau M., so dass sie schon bald mittlere Führungsaufgaben übertragen bekommt. Parallel zu ihrer Berufstätigkeit entwickeln sich aber schon bald eine Reihe von psychischen Beschwerden: Verstärkung der schweren schon vorher vorhandenen Alpträume, die sich auf ihre Kindheits- und Jugenderlebnisse beziehen; sie kann nur in „schwarz-weiß“, nicht farbig träumen. Nach dem betriebsinternen Aufstieg kommen immer mehr Versagensäste hinzu, die Arbeit nicht mehr zu schaffen; Frau M. nimmt sich die Arbeit nach Hause mit, was wiederum dazu führt, dass sie sich nicht genügend um ihren Sohn kümmern kann, der ihr in der Pubertät entgleitet (Dem Sohn gelingt es dann später, sein Abitur nachzuholen und hat heute zu seiner Mutter wie zu dem kleinen Halbbruder ein sehr gutes Verhältnis). Frau M.' Belastungsfähigkeit wird durch die Schlaflosigkeit zusätzlich eingeschränkt, so dass es zu immer häufigeren und längeren Fehlzeiten kommt, die auch von den Vorgesetzten bemerkt und kommentiert werden.</li> </ul> <p><i>Zusammenbruch und Beginn der Behandlungskette</i></p>	

- 2016 kommt es zu einem dramatischen Zusammenbruch in der Arbeit: Frau M. konnte nichts mehr lesen, nichts mehr schreiben, wurde von ihren Kolleginnen angeschrien, bekam Weinkrämpfe und musste von einem Bekannten zu ihrer Hausärztin gebracht werden, die ihr eine psychosomatische Reha empfahl und den Antrag für sie ausfüllte, weil Frau M. dazu selbst nicht mehr in der Lage war;
- 2016 erste psychosomatische Reha: hier lässt sich von einer Fehlzuweisung sprechen, da Frau M. noch so stark in der akuten Krise steckte, dass sie von den verschiedenen Angeboten nicht profitieren konnte; in den Gruppen bekam sie beständig Weinkrämpfe, die Gespräche gingen an ihr vorüber und über die Abende beklagte sie sich, weil dort dauernd wie sie sagte „Party“ sei und viel Alkohol getrunken wurde. Aus der Reha wurde Frau M. als arbeitsunfähig entlassen. Frau M. entschloss sich nach diesem Aufenthalt erneut in eine andere Großstadt umzuziehen;
- Noch im selben Jahr und nach dem Umzug entwickelte Frau M. Selbstmordgedanken und zeigte Symptome einer schweren Depression; sie begab sich dann (oder wurde überwiesen?) in eine stationäre psychiatrische Behandlung, die nach acht Wochen in eine tagesklinische Betreuung übergeleitet wurde. Die psychiatrische und tagesklinische Behandlung wurde von Frau M. als ausgesprochen hilfreich erlebt, weil sie dort viele Gespräche führen und über ihren bisherigen Lebensweg reflektieren konnte. Bei einer Filiale der Bank, bei der sie von Beginn ihrer Berufslaufbahn beschäftigt war, konnte sie dann wieder ihre Arbeit aufnehmen, allerdings nur kurzfristig, weil sich dann erneut Ängste und Depressionen zeigte;
- nach einer längeren Phase der Krankschreibung konnte Frau M dann 2017 eine zweite psychosomatische Rehabilitation antreten, die für insgesamt drei Monate bewilligt wurde; inzwischen hatte Frau M. ihren heutigen Ehemann kennen gelernt, der sie in dieser für sie schweren Phase sehr gut unterstützen konnte. Von dieser Maßnahme hat Frau M., wie sie im Gespräch mehrfach betonte, sehr viele positive Anregungen mitgenommen, auch wenn sie sich noch wieder vollständig stabilisiert hatte; die anschließende PsyRENA Maßnahme hat sie als sehr hilfreich erlebt.
- Nach der Reha ist Frau M. wieder an ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt; nach kurzer Zeit zeigte sich aber, dass sie den Belastungen der Arbeit noch nicht wieder gewachsen war und sie für längere Zeit krankgeschrieben wurde; auf Anregung der Klinik hat Frau M. eine tiefenpsychologische Therapie begonnen.
- In der Zwischenzeit kam ihr zweiter Sohn zur Welt und Frau M. entschloss sich zur Wahrnehmung einer dreijährigen Elternzeit – nicht zuletzt, weil sie in den ersten Lebensjahren für ihr Kind da sein wollte, war sie ja bei ihrem inzwischen erwachsenen Sohn umstände-halber nicht verwirklichen konnte; der Arbeitgeber sicherte ihr zu, dass sie im Anschluss wieder an die Arbeitsstelle zurückkehren könne (da Frau M. zu diesem Zeitpunkt ja noch formal beschäftigt war, entsprach diese Zusage auch der Rechtslage). Frau M. betonte, dass sie unbedingt wieder zurück in Arbeit wollte, weil für sie die Arbeit eine unabdingbare Voraussetzung für das Gefühl von Unabhängigkeit bedeute.

### *Rückkehr in Arbeit*

- Nach Ende der von Frau M. auch als „Auszeit“ gesehene Elternzeit, hat Frau M. vor kurzem (vor dem Interview) ihre Arbeit wiederaufgenommen. Frau M. ist nun in einem neuen Team beschäftigt, konnte für sich eine 30-Std. Stelle aushandeln und sie ist auf eigenen Wunsch von ihren früheren Führungsaufgaben entbunden worden. Die nach der Rehabilitation begonnene und von ihr als sehr hilfreich beurteilte Psychotherapie setzt Frau M. noch weiter fort, lässt sie aber so langsam ausschleichen.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

### Frau Angstmann

Das ohne Vor- und Nachgespräch etwa über eine Stunde lang dauernde Interview fand Ende Juli 2021 auf Wunsch von Frau Angstmann am Vormittag in einem ruhigen Gartenlokal statt. Frau Angstmann war zum Zeitpunkt des Interviews 45 Jahre alt, ihre zweite Reha lag etwa zwei Jahre zurück, derzeit ist sie arbeitssuchend. Motivation zum Gespräch: Frau M. will aufgrund der überwiegend positiven Erfahrung in der Reha „etwas zurückgeben“; im Gespräch überraschte sie, dass der Schwerpunkt auf ihrer Lebens- und Krankheitsgeschichte und nicht auf der Bewertung der Reha lag.

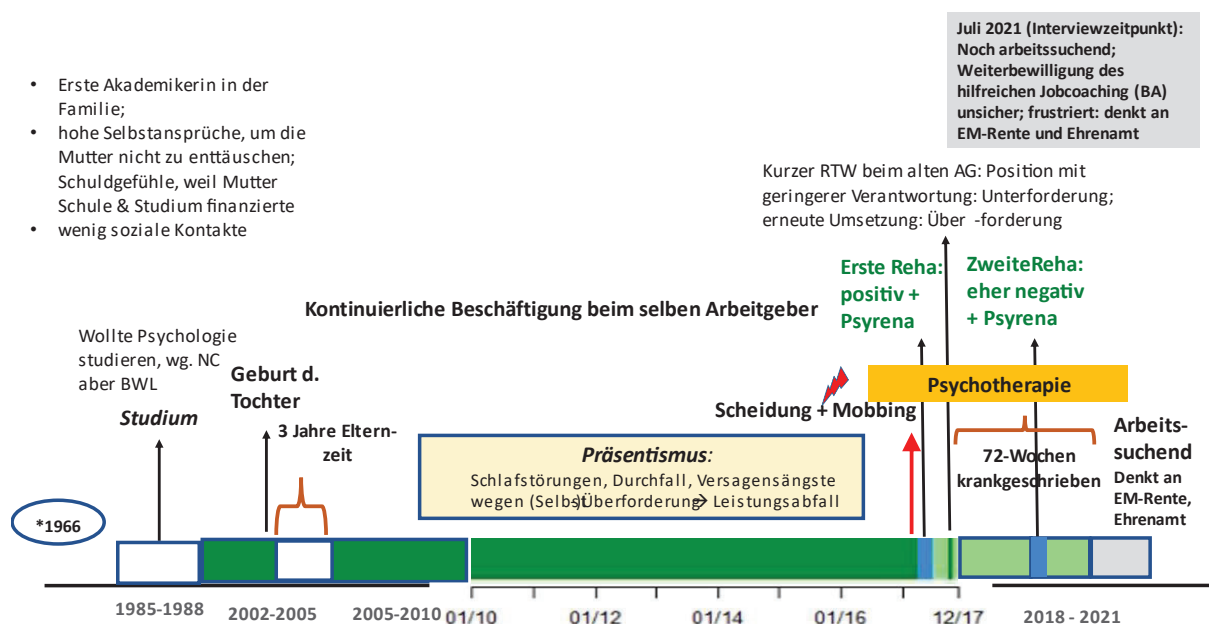


Abbildung 40 Verlaufsdarstellung Frau Angstmann (Quelle: eigene Darstellung).

Tabelle 27 Übersichtstabelle Frau Angstmann.

<b>Geschlecht:</b>	weiblich
<b>Alter:</b>	55 Jahre
<b>Familienstatus:</b>	geschieden hat einen neuem Partner (living together apart); 19-jährige Tochter wohnt zu Hause (in Ausbildung)
<b>Wohnort:</b>	Großstadt

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Bildungsabschluss</b>	Abitur
<b>Erlerner Beruf/Studium</b>	Diplom-Betriebswirtin
<b>Diagnosen:</b> <b>Selbstberichtet:</b>	F-4 (Angststörungen) Ängste vor Leistungsversagen, soziale Ängste Schlaflosigkeit, Durchfall vor Herausforderungen
<b>Komorbidität:</b>	M-5 (Kreuzschmerzen), H-9 (Hörstörungen)
<b>Attribution:</b>	Beginn der Angstsymptome schon in der Schule
<b>Problemlagen:</b>	große Versagensängste hat Schwierigkeiten, Prioritäten zu setzen und Entscheidungen zu treffen wenig soziale Außenkontakte
<b>Erlerner Beruf:</b>	Betriebswirtin im Bankwesen
<b>Aktueller Beruf:</b>	Betriebswirtin im Bankwesen, z.Zt. d. Interviews: arbeitssuchend
<b>Behandlungen/Reha</b>	2016 analytische Psychotherapie nach Scheidung und Mobbing im Beruf 2017 erste psychosom. Reha (7 Wochen) + PsyRENA Ende 2020 zweite psychosomatische Reha + PsyRENA weiterhin Psychotherapie (nunmehr aber VT) 2021 Job-Coach (10 Einheiten durch BA bewilligt, Fort-setzung trotz Wunsch der Klientin unklar)
<b>AU-Status vor Reha:</b>	Vor erster psychosomatischer Reha: Vollzeitstelle mit Führungsaufgaben Vor zweiter Reha: Krankengeldbezug, bei Ablauf der Maximaldauer Abfindung vom Arbeitgeber
<b>Letzte Tätigkeit vor Reha:</b>	Bankkauffrau
<b>Erwerbsstatus 2018:</b>	Krankengeldbezug
<b>Erwerbsstatus aktuell:</b>	Arbeitssuchend
Kurzvita: <i>Familie, Kindheit und Jugend</i>	

- Frau A. wächst als Einzelkind bei einer alleinerziehenden Mutter auf, zu der eine sehr positive, beschützende Beziehung besteht; über den Vater wird nur berichtet "es war kein Vater da". Erste Angstsymptome treten schon in der Schule auf (vor Schulaufgaben, Prüfungen, vor der Rückkehr nach den Ferien); Frau A. hat nur wenige Freundinnen, was sich dann auf dem Gymnasium fortsetzt.

#### *Bildungsgang und Berufseinstieg*

- Nach dem Abitur möchte Frau A. eigentlich Psychologie studieren, erhält aber wegen des Numerus clausus keinen Studienplatz und wählt dann BWL mit dem Schwerpunkt Organisation, weil dort auch psychologische Inhalte eine Rolle spielen. Auch während des Studiums leidet Frau A. unter Ängsten und auch Schlaflosigkeit und Somatisierungsstörungen (Durchfall) vor Prüfungen. Sie setzt sich selbst immer wieder unter Erfolgsdruck, weil sie sich ihrer Mutter gegenüber, die „nur Volksschule hatte“ und ihr Gymnasium und Studium mitfinanziert hat, verantwortlich fühlt und auch Schuldgefühle hat, weil die Mutter sich so verausgabte. Die Verpflichtung resultiert auch daraus, dass sie, wie sie betonte, die erste in ihrer Familie ist, die ein Studium aufgenommen und abgeschlossen hatte.
- Nach dem Studium erhält Frau A. eine Stelle bei einer großen Bank und wird sofort als stellvertretende Abteilungsleiterin eingesetzt. Sie fühlt sich dadurch überfordert, auch weil sie nicht in einem Team eingebunden gewesen sei, was sie sich gewünscht habe und noch immer wünsche, sondern als Einzelkämpferin arbeiten musste; dabei habe sie schon gesehen und das auch später immer wieder erlebt, dass Prioritäten zu setzen und Entscheidungen zu treffen „nicht so ihre Sache“ sei; vielmehr würde sie sich immer „zu sehr in Details verlieren und darüber die große Linie vernachlässigen“. Dies sei – und das zieht sich durch das gesamte Interview – bis heute ihr Problem und habe schließlich auch zu Problemen mit Vorgesetzten geführt.
- Nach Heirat und der Geburt ihrer Tochter 2002 geht Frau A. für drei Jahre in Elternzeit, was zu einer Abschwächung der Symptome beiträgt, weshalb sie diese Zeit auch als eine positiv erlebte „Auszeit“ beschreibt.

#### *Verstärkung der Symptome nach der Elternzeit, lange Jahre des Präsentismus*

- Nach der Rückkehr aus der Elternzeit nehmen die Ängste und Somatisierungsstörungen wieder zu: Durchfall vor wichtigen Terminen und bei Stress verbunden mit schweren Schlafstörungen. Frau A. steht immer öfter schon um zwei Uhr nachts auf, um an Listen für den nächsten Tag zu arbeiten. Sie hat Angst, die Arbeit nicht rechtzeitig oder nicht in der geforderten Qualität nach ihren eigenen Ansprüchen erledigen zu können. Diese Ängste scheinen in der Folge auch in einer Art self-fulfilling-prophecy dazu geführt zu haben, dass die Arbeitsergebnisse tatsächlich schlechter geworden waren, vielleicht auch, weil Frau A. bei der Bearbeitung die falschen Prioritäten gesetzt und sich verzettelt hatte, was ihr von ihrer Chefin, kurz vor der ersten psychosomatischen Reha in einem Beurteilungsgespräch auch in sehr verletzender Weise kommuniziert wurde. Trotz der starken Symptome hält Frau A. durch, beißt die Zähne zusammen und versucht auch ohne Beruhigungsmedikamente und ohne professionelle Hilfe zurechtzukommen bis es 2016 zu einer krisenhaften Zuspitzung durch die Verdichtung beruflicher und privater Ereignisse kommt.



*Krise und Einstieg in die Behandlungskette*

- Zusätzlich zu den vorhandenen Belastungen kommt es in der Arbeit zu Konflikten und einer Kränkung durch ihre Chefin, von der sich Frau A. nicht nur gemobbt fühlt, sondern an der sie auch das mangelnde Verständnis für ihre Situation und das starre Beharren auf Vorgaben bemängelt;
- Im privaten Bereich lässt sich Frau A. 2016 scheiden, nachdem sich ihr Mann schon vorher wegen einer anderen Frau, die auch noch in derselben Straße wohnt, von ihr getrennt habe;
- Als drittes emotional belastendes Ereignis berichtet Frau A. vom Tod des gemeinsamen Hundes; dies könnte auch als Symbol für die Beendigung eines wichtigen Lebensabschnitts von Frau A. gedeutet worden sein.
- Angesichts dieser Zuspitzung entschließt sich Frau A. zur Inanspruchnahme einer tiefenpsychologischen Therapie in deren Verlauf sie dann 2017 selbst den Antrag auf eine psychosomatische Rehabilitation stellt.
- Die Rehabilitation erlebt Frau A. als äußerst positiv, sie sagt: „jeder Mensch sollte eine Reha machen“. Gut fand sie u.a. das gemeinsame Kennenlernen am ersten Tag in einem großen Saal am runden Tisch, die Angebotsvielfalt: insbesondere Tanztherapie (Frau A. ist sehr musikalisch: spielt Gitarre, hat sich gerade ein Schlagzeug gekauft, macht mit ihrer Tochter, die Elektro-Bass spielt gemeinsam Musik), Körper- und Selbstwahrnehmung (Achtsamkeit), Ergotherapie (gestalten mit Ton), Sportangebote/Bewegung, Schwimmen, gemeinsame Ausflüge/Wanderungen, etc. Frau A. bewertet auch die Gruppenangebote positiv und pflegt noch Kontakt zu ehemaligem Mitpatienten. Kritisch sieht sie, dass es nur ein Gespräch mit einer Psychologin pro Woche gab, auch die Gespräche mit den Reha-Fachberatern hat sie als wenig hilfreich erlebt.
- Im Anschluss an die Reha nimmt Frau A. auch das PsyRENA-Angebot wahr, auch hier bestehen noch Kontakte;
- Nach der Entlassung aus der Reha ist Frau A. zunächst krankgeschrieben. Bei ihrer Rückkehr wird sie an eine Außenstelle ihres Unternehmens versetzt und – noch bei gleichem Gehalt – mit für ihre akademische Ausbildung deutlich unterfordernden Aufgaben betraut; sie fühlt sich auf ein „Abschiebegleis“ mit reinen Tabellenarbeiten verschoben und bekommt Rückenprobleme und entwickelt ein „Maushand“-Syndrom. Nach Verhandlungen gelingt ihr eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz aber mit derselben fordernden und wenig kommunikativen Chefin, die sie nun nur noch als „Projektleiterin“ einsetzt. Auch hier kann Frau A. den Anforderungen nicht mehr entsprechen, die alten Symptome treten wieder auf und sie wird erneut krankgeschrieben. Frau A. einigt sich mit dem Arbeitgeber auf einen Auflösungsvertrag.
- Die zweite psychosomatische Rehabilitation kann wg. Corona erst im Spätherbst 2020 angetreten werden. Die Bewertung fällt sehr viel zurückhaltender aus als bei der ersten Reha, auch weil viele Angebote coronabedingt ausgefallen sind, die Psychologin aus Sicht von Frau A. viel zu jung und unerfahren war und vor allem zu viele Tests durchgeführt wurden, die Frau A. als stressig erlebt hat (Ängste, Durchfall) und aus denen vor allem keine Empfehlungen folgten. Besonders negativ hat Frau A. die Bemerkung der Therapeuten bei der Aufnahme in der Klinik erlebt: „Berentungen machen wir hier nicht“.
- Nach der Rückkehr aus der Klinik nimmt Frau A. wieder das PsyRENA-Angebot an und meldet sich bei der Arbeitsagentur als arbeitssuchend; Bewerbungen sind bisher erfolglos geblieben;

- Wahrscheinlich aufgrund ihrer hohen Qualifikation sind Frau A. von der Arbeitsagentur 12 Einheiten mit einem Job-Coach bewilligt worden, was sie als äußerst hilfreich erlebt hat. Ob es eine Fortsetzung gibt, was sich Frau A. wünscht, ist zum Zeitpunkt des Interviews noch offen.

*Bislang kein RTW: weitere Perspektiven*

- Frau A. hat zum Zeitpunkt des Interviews (Juli 2021) noch keine klaren beruflichen Vorstellungen, sie könnte sich vielleicht eine Tätigkeit in der Erwachsenenbildung (bei einem großen Unternehmen) vorstellen, ansonsten hat sie viele Interessen und keine Perspektive für die sie wirklich „brennt“. Sie könnte sich auch eine EM-Rente vorstellen, mit ehrenamtlicher Arbeit ohne Druck und einem 480 Euro Zusatzverdienst. Sie ist derzeit schon ehrenamtlich aktiv. Jetzt fährt sie erst mal mit ihrem neuen Lebensgefährten und Wohnmobil in Urlaub, im Herbst besucht sie eine alte au pair Austauschschülerin in Südfrankreich, mit der sie immer Kontakt gepflegt hat. Sie fühlt sich derzeit gut sozial eingebunden. Mein Eindruck: sie wird demnächst einen EMR-Antrag stellen. Die Lebensorientierung hat sich in Richtung: `ich arrangiere mich mit meiner Situation, versuche mich nicht zu stressen, mache nur so viel, wie ich es zulassen kann, evtl. 480 € Job und ehrenamtliche Arbeit, aber eben alles ohne Druck.

*Fallvergleich*

Wie in vielen anderen Fallstudien sind auch Frau Meister und Frau Angstmann ein Beleg für die vielfach in unseren Fallstudien vorkommende *sehr lange Zeiten des Präsentismus* – bei diesen beiden „Fällen“ jeweils fast ein Jahrzehnt – und damit auch für eine *sehr bzw. zu späte Inanspruchnahme* von professioneller Fremdhilfe, die erst in einer krisenhaften Zuspitzung erfolgt. Sowohl bei Frau Meister als auch bei Frau Angstmann zeigen sich die Auswirkungen des Präsentismus in der Arbeitswelt, etwa durch schlechtere Arbeitsergebnisse oder durch eine zunehmende Häufung von Fehlzeiten; als dies von den Vorgesetzten angesprochen ist die Entwicklung zur Krise bereits sehr weit fortgeschritten. Damit rückt das Thema einer frühzeitigen Erkennung und daran anschließender Präventionsmaßnahmen in den Vordergrund; dies betrifft dabei sowohl die Arbeitswelt, vor allem aber auch das primärärztliche System; zwar erfolgen die meisten Empfehlungen zur Antragstellung auf eine stationäre medizinische Rehabilitation durch Hausärzte, vereinzelt auch durch Psychotherapeuten, allerdings auch hier oft nach langen symptomspezifischen Behandlungen, die zumindest aus der Außensicht der Forschung angesichts der Fallstudien zu früheren Rehabilitationsempfehlungen hätten führen sollen.

Bei Frau Meister scheint das Durchhalten vor allem durch die erzwungene Selbständigkeit nach dem Rauswurf aus dem Elternhaus mit 17 Jahren und die schwierigen ersten Jahre als Alleinerziehende sowie durch die Verantwortlichkeit für ihren Sohn begründet, bei der zehn Jahre älteren Frau Angstmann scheint das Durchhalten als generationstypischer Habitus verankert. Letztlich zeigt sich im Präsentismus aber auch die Angst vor einem Versagen vor äußeren Anforderungen und seiner

Sichtbarkeit für Andere. Der Versuch alleine mit den Symptomen zurecht zu kommen, dürfte ganz allgemein und nicht nur bei diesen beiden Fällen sowohl mit der Angst vor Stigmatisierung und den befürchteten Unterstellungen von mangelnder Leistungsbereitschaft, -fähigkeit und von Inkompetenz zusammenhängen, sondern auch mit der gesellschaftlich verankerten Vorstellung, niemandem mit den eigenen Problemen zur Last zu fallen.

Eine weitere Gemeinsamkeit der „Zwillinge“ liegt in der *Attribution der Gründe für die psychischen Belastungen in der Kindheit und Jugend*, auch wenn sich das Ausmaß bei beiden Befragten stark voneinander unterscheidet. Während es bei Frau Angstmann bereits im Schulalter beginnende Ängste sind, die von der Mutter verständnisvoll (und vielleicht überbehütend?) aufgefangen werden, sind es bei Frau Meister traumatisierende Erfahrungen von massiver Gewalt und Demütigung (gegenüber ihren jüngeren Brüdern) sowie Vernachlässigung und Desinteresse (Rauswurf aus dem Elternhaus). Die lebensgeschichtlichen Nachwirkungen, wie sie sich dann in Schlaflosigkeit und Somatisierungsstörungen bei Frau Angstmann und in Alpträumen und Schlaflosigkeit bei Frau Meister zeigen geben einen Hinweis auf eine *analytisch eigenständige Gruppierung* von Personen bei der Auswertung der Daten der Interviews unter der Überschrift *„Frühe psychisch belastende Erlebnisse“* (vgl. Kapitel 7.7). Die „Fälle“ von Frau Meister und Frau Angstmann stehen hier stellvertretend für die insgesamt 13 Fälle in unserer Interviewstichprobe, die auch durch besonders *lange Krankheitsverläufe* und *Präsentismus* gekennzeichnet sind.

Frau Angstmann und Frau Meister arbeiten bei als Bankkauffrauen (einmal mit akademischer Qualifikation, einmal mit abgeschlossener Lehre). Auffällig ist dabei, dass es sich bei der Berufswahl nicht um Wunschberufe handelt; Frau Angstmann wollte Psychologie studieren, konnte dies aber nicht, weil ihre Abiturnoten nicht für den n.c. ausreichen waren; Frau Meister wollte Tourismusmanagement studieren, hat dann aber in ihrer finanziell prekären Situation die Banklehre als sicheren Hafen gewählt. Beide Frauen haben gleichwohl - auch wenn ohne starke inhaltliche Identifikation – in ihrem Beruf Erfolg, fühlen sich aber aus unterschiedlichen Gründen überfordert: Frau Angstmann, die von Anbeginn an eine stellvertretende Abteilungsleiterposition erhielt und von sich selbst sagte, dass dafür erforderliche Kompetenzen wie Prioritätensetzung und Entscheiden nicht ihre Stärken seien; Frau Meister wurde aufgrund ihrer guten Leistungen in einem mittlere Führungsposition befördert, entwickelte aber bald wie Frau Angstmann Versagensängste. Als Reaktion darauf nahm Frau Meister Arbeit mit nach Hause, Frau Angstmann begann nachts ab zwei Uhr die Agendalisten für den nächsten Tag abzuarbeiten. Hier zeigt sich, inwieweit die nachwirkenden negativen Erfahrungen und Symptome aus Kindheit und Jugend sich mit den Anforderungen der Arbeitswelt – und bei Frau Meister auch mit den Schuldgefühlen ihrem ersten Sohn gegenüber – vermischen und gegenseitig verstärken. Trotz des geringen identifikatorischen Stellenwerts des Berufs taucht die Frage eines möglichen Berufswechsels bei beiden Frauen an keiner Stelle auf: das mag auch

daran liegen, dass mit Blick auf die Lebenssituation und des Lebensalters ein Berufswechsel nicht (mehr) angedacht war.

Die Erfahrungen bei der Inanspruchnahme externer fachlicher Unterstützung wird im Grundsatz von beiden Frauen positiv bewertet. Das gilt auch für die in der Ehe- und Berufskrise von Frau Angstmann aufgenommene Psychotherapie wie auch für die beiden nachfolgenden stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen, die Teilnahme an PsyRENA, eine Weiterführung psychotherapeutischer Hilfe auch nach der zweiten Rehabilitation sowie für das Angebot der Arbeitsagentur für eine Stellensuche und -vorbereitung durch einen Job-Coach. Auch bei Frau Meister fällt die Beurteilung der insgesamt angebotenen Maßnahmen insgesamt sehr positiv aus, mit der Ausnahme der ersten stationären Rehabilitation, die unmittelbar nach dem erfolgten Zusammenbruch für sie viel zu früh kam. Hier zeigte sich dann die daran anschließende intensive und zugleich geschützte achtwöchige stationäre Behandlung in der Psychiatrie (freiwillig aufgenommen!) mit der anschließenden tagesklinischen Behandlung als angemessener und hilfreicher. Mit Blick auf die Zuweisungspraxis zur Rehabilitation kommt die „zu frühe“ Reha im Verhältnis zur „zu späten“ Rehabilitation wesentlich weniger häufig vor: dennoch scheint es hier wichtig, dass innerhalb des Verlaufskurvenmodells vor der Zuweisung gemeinsam mit den Rehabilitanden/innen eine individuelle Abklärung erfolgt, ob eine Reha zu diesem Zeitpunkt der richtige Weg ist oder andere Maßnahmen in der aktuellen Situation ggf. passfähiger sind.

### *Differenzen mit Blick auf die Rückkehr in Arbeit*

Nimmt man das zentrale Ziel der Rehabilitation in den Blick, dann gilt ein gelungener Wiedereinstieg nach den entsprechenden Maßnahmen in Arbeit (RTW) als Erfolgskriterium, anschließende lange Zeiten der Erwerbslosigkeit oder der Ausstieg in eine Erwerbsminderungsrente als Scheitern. An den beiden „Fällen“ zeigt sich sowohl mit Blick auf den Verlauf als auch auf den Zeitpunkt nach dem Abschluss der zum Zeitpunkt der Studie erfassten Rehabilitationskette die *Rolle des Arbeitsgebers als eine zentrale Einflussgröße*: während der Arbeitgeber von Frau Meister „zu ihr steht“ wie sie es im Interview formuliert hat, ist die Beziehung zwischen Frau Angstmann und ihrem Arbeitgeber und insbesondere zu ihrer vorgesetzten Chefin deutlich belastet; dies dürfte teilweise aus den vor der Krise über längere Zeit beobachteten Leistungsabfall bei Frau Angstmann resultieren, in ihren Augen war es aber vor allem der Perfektionismus und die Legitimationsbedürftigkeit ihrer Chefin gegenüber der nächsthöheren Instanz im Unternehmen, die zu einem krankenden und als Mobbing erlebten Verhalten der Chefin führte. Nach dem die Rückkehr in Arbeit nach der ersten Rehabilitation nur kurze Zeit funktionierte, einigte sich Frau Angstmann nach Ende der zweiten Rehabilitation mit ihrem Arbeitgeber auf einen Auflösungsvertrag. Danach war sie lange Zeit krankgeschrieben und hat sich dann bei der Arbeitsagentur arbeitssuchend gemeldet. Bis zum Zeitpunkt des Interviews hatte sie noch

keine neue Anstellung gefunden. In der Zwischenzeit hat sie sich vielen liegengebliebene Hobbys, z.B. gemeinsam mit der Tochter zu musizieren gewidmet und plant mit ihrem neuen Lebensgefährten Campingtouren und sie hat eine Vielzahl ehrenamtlicher Arbeiten übernommen. Am Ende des Interviews sagt sie, sie könne sich auch das vorzeitige Ausscheiden in eine Erwerbsminderungsrente vorstellen, verbunden mit einem Mini- oder Midijob. Da sie nicht für eine spezifische Berufstätigkeit „*brenne*“ wie sie es ausdrückte, wird hier noch einmal die bei der biografischen Anamnese wichtige Thematik der Identifikation mit dem erlernten bzw. ausgeübten Beruf wichtig, um ggf. gezielte Hilfestellungen, wie etwa Berufsorientierung anzubieten.

#### *7.4.5. Mehrmalige Inanspruchnahme stationärer psychosomatischer Rehabilitation mit und ohne berufliche rehabilitative Leistungen (Wiederholer)*

Im Folgenden werden zwei Fallstudien von insgesamt 8 Fällen aus unserem Interviewsample vorgestellt, die der Gruppe der Wiederholer (mehrmalige Inanspruchnahme (min. drei) einer stationären psychosomatischen Rehabilitation mit und ohne berufliche rehabilitative Leistungen) zugehören. Zum Zeitpunkt des Interviews befinden sich beide Personen in Arbeit, jedoch ist eine der Personen aufgrund starker depressiver Symptome arbeitsunfähig.

Zunächst wird, siehe die einleitenden Ausführungen der Fallbeispiele oben, der dem RSD-Datensatz entnommene Versichertenverlauf der beiden ausgewählten Fälle – Frau Tosch und Herr Kaul– um die Angaben aus dem Fragebogen und den Interviews ergänzt (Abbildung 41 bzw. Abbildung 42). Danach folgt eine tabellarische Zusammenfassung der wichtigsten Daten zu Person, Familienstand, Bildungs- und Berufsabschluss und zum Beschäftigungsstatus; zusätzlich werden die Hauptdiagnose (soweit die RSD-Daten vorliegen) und die selbstberichtete Diagnose, die Attribution(en) der Krankheitsursache, AU-Zeiten, Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen sowie der Beschäftigungsstatus zum Zeitpunkt des Interviews erhoben. Daran schließt sich eine stichwortartige biografische Skizze („Kurzvita“) an (Tabelle 28 und Tabelle 29). Schließlich folgt der Fallvergleich.

##### *Frau Tosch*

Zum Zeitpunkt des etwa zweistündigen Interviews (mit Vor- und Nachgespräch) im August 2021 in den Räumen des BWS-Instituts ist Frau Tosch 58 Jahre alt. Der erfolgreiche RTW gelang ihr ein Jahr nach der Weiterbildung zur Pflegefachberaterin im Jahr 2019.

*„[...] und **beruflich** hab ich immer, mh 'n sehr hohen Anspruch gehabt an meiner Ar-/ selber an meiner Arbeit (.) was mich auch **jetzt** glaube ich wieder total überfordert (.) ich schaffe es **schlecht** meine Ansprüche runterzufahrn (.)“ (Tosch Z. 227-230)*

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

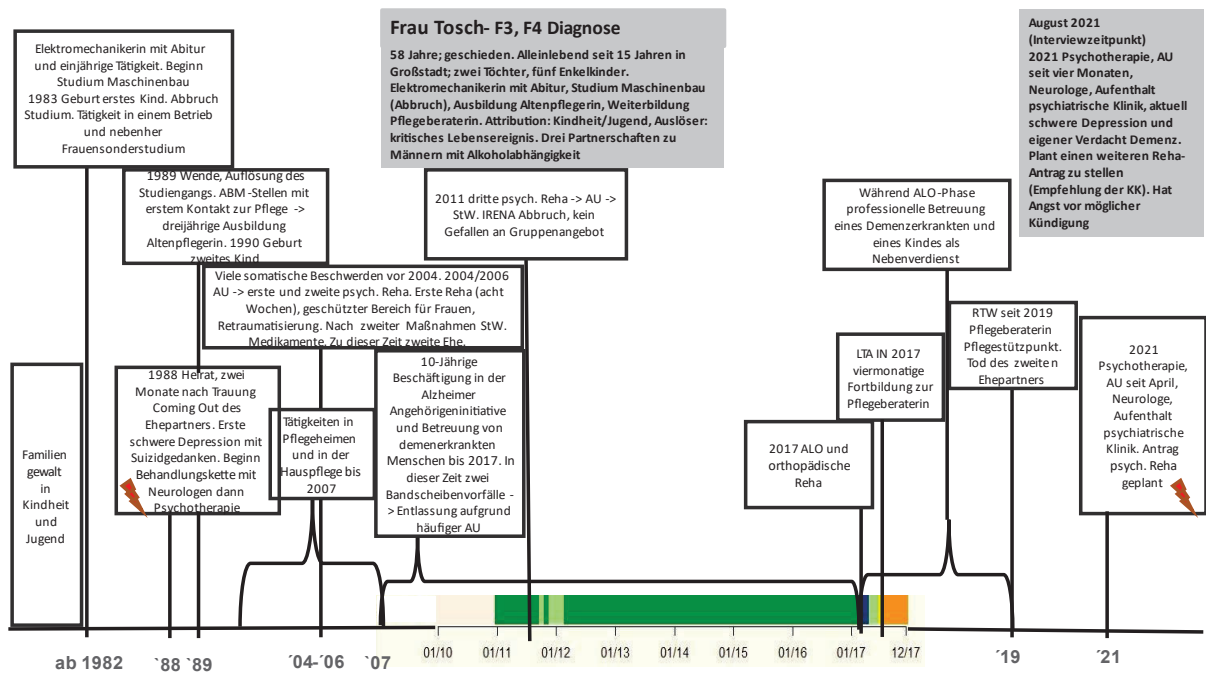


Abbildung 41 Verlaufsdarstellung Frau Tosch (Quelle: eigene Darstellung).

Tabelle 28 Übersichtstabelle Frau Tosch.

<b>Geschlecht:</b>	<b>weiblich</b>
<b>Alter:</b>	<b>58 Jahre</b>
<b>Familienstatus:</b>	<b>geschieden, alleinlebend seit 15 Jahren</b>
<b>Wohnort:</b>	<b>Großstadt</b>
<b>Diagnosen aus RSD (letzte Inanspruchnahme LTA):</b>	<b>F3, F4</b>
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	<b>schwere chronische Depression</b>
<b>Komorbidität:</b>	<b>Orthopädische Beschwerden, chronischer Schmerz</b>
<b>Attribution</b>	<b>Kindheit/Adoleszenz. Missbrauch und Gewalt. Negativ geprägtes Verhältnis zur Mutter- Vertrauensverlust und Leistungsdruck</b>
<b>Problemlagen</b>	<b>Überforderung, somatische Beschwerden (Rücken), Erschöpfung, Hilflosigkeit, hoher Anspruch an sich (berufl.)</b>

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Behandlungen/ Reha</b>	<b>Neurologische Versorgung, mehrere Psychotherapien, hausärztliche Versorgung, drei psychosomatische Rehas, eine orthopädische Reha, psychiatrische Klinik, Psychopharmaka</b>
<b>AU-Status vor Rehas:</b>	<b>längere AU-Zeiten</b>
<b>Letzte Tätigkeit vor Rehas:</b>	<b>erste bis dritte Reha: Altenpflegerin mit beratender Tätigkeit, AU</b> <b>vierte Reha: arbeitslos mit AU</b>
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	<b>Abitur mit Elektromechanikerin</b>
<b>Erlerner Beruf/Studium:</b>	<b>Studium Maschinenbau (Abbruch), Altenpflegerin</b>
<b>Letzter Beruf vor LTA_IN</b>	<b>Altenpflegerin mit beratender Tätigkeit</b>
<b>Art der LTA_IN</b>	<b>Weiterbildung zur Pflegeberaterin</b>
<b>Aktueller Beruf:</b>	<b>Pflegeberaterin</b>
<b>Erwerbsstatus 2018:</b>	<b>Arbeitslos mit Nebentätigkeit</b>
<b>Erwerbsstatus zum Zeitpunkt des Interview 2021:</b>	<b>Vollzeitbeschäftigung. AU</b>
<b>Kurzvita:</b>	
<p>1988 erlebt Frau Tosch ihre erste schwere Depression mit Suizidgedanken. Auslöser ist das Coming Out ihres ersten Ehepartners, der sie zwei Monate nach der Trauung verlässt. Dennoch gelingt die Trennung gut und respektvoll, sodass heute noch ein freundschaftlicher Kontakt besteht. Sie sucht sich, auch wegen der sozialen Verantwortung ihres ersten Kindes gegenüber, Hilfe bei einem Neurologen. Unzufrieden mit der Behandlung wechselt sie den Arzt und beginnt eine medikamentöse Therapie, darauffolgend ihre erste Psychotherapie. Nach der Wende 1989 wird ihr Studiengang (Frauensonderstudium) aufgelöst und sie wird mehrfach in ABM-Stellen vermittelt. Während der letzten Arbeitsbeschaffungsmaßnahme hat sie erstmals Kontakt zum Pflege- und Gesundheitsbereich und beginnt darauf mit einer dreijährigen Ausbildung zur Altenpflegerin. In dieser Zeit bekommt sie ihr zweites Kind und geht eine Beziehung zu einem alkoholkranken Mann ein. Bis 2007 ist Frau Tosch als Altenpflegerin in Altenheimen und in der häuslichen Pflege beschäftigt. Aufgrund der beruflichen und privaten Belastungen verstärken sich somatische Beschwerden, die sich als chronische Schmerzen manifestieren und häufige Krankschreibungen zur Folge haben. 2004 rät ihr ihre Hausärztin zu ihrer ersten psychosomatischen Rehabilitation, die sie</p>	

im selben Jahr antritt. Hier wird sie einem gesicherten Frauenbereich zugewiesen. In der Reha wird der Interviewten bewusst, dass die Ursachen ihrer somatischen und psychischen Probleme in ihrer Kindheit und Jugend liegen und sie lässt die Erinnerungen an den sexuellen Missbrauch und die Gewalterfahrungen zu. Trotz anfänglicher Skepsis, sie sieht keine Gemeinsamkeiten mit ihren weiblichen Mitrehabilitanden, schließt sie schnell Kontakt und baut Beziehungen zu den anderen Rehabilitandinnen auf, die ihr in der achtwöchigen Reha guttun. Die Gruppentherapien eröffnen den Weg in die Krankheitsbearbeitung und lassen sie dennoch mit vielen Fragen zurück, die sie motivieren und auch zwingen nach der Rehamaßnahme eine Psychotherapie anzufangen. Sie wird arbeitsfähig entlassen und steigt, obwohl sie sich stark belastet fühlt, direkt wieder in den beruflichen Alltag ein. Weiter vulnerabel und nach erneuter Arbeitsunfähigkeit beantragt sie nach Empfehlung der Psychotherapeutin 2006 die zweite psychosomatische Reha. Eine Familienaufstellung innerhalb der Gruppentherapie löst eine Retraumatisierung aus, die durch eine Mitrehabilitandin teilweise aufgefangen wird. Von der anwesenden Therapeutin ist Frau Tosch jedoch enttäuscht und fühlt sich in der Reha von den Therapeuten und Ärzten alleingelassen, da sich niemand nach ihrem Befinden und ihren Bedürfnissen erkundigt. Die weitere Krankheitsbearbeitung erfolgt mit ihrer ansässigen Therapeutin. 2006 geschieht die räumliche Trennung zu ihrem zweiten Ehepartner, der alkoholabhängig ist. Hier spricht sie davon lange Zeit nicht und nur schwer losgelassen haben zu können, erst mit dem Tod des Mannes 2019 gelingt ihr der Schlussstrich. 2007 beginnt sie die Beschäftigung bei einer Alzheimer Angehörigeninitiative, betreut demenzerkrankte Personen und führt auch beratende Tätigkeiten aus. Trotz schlechter Arbeitsbedingungen und Bezahlung macht ihr die Arbeit Spaß und erfüllt sie. 2011 geht Frau Tosch nach vorangegangenen Krankschreibungsphasen erneut in eine psychosomatische Reha und nimmt danach die IRENA-Nachsorge in Anspruch, welche ihr nicht zusagt; es kommt zum Abbruch. Sie wird arbeitsunfähig aus der Rehaklinik entlassen und kehrt mit der Stufenweisen Wiedereingliederung in Arbeit zurück. Aufgrund zweier Bandscheibenvorfälle und häufiger AU wird sie nach 10-jähriger Beschäftigung 2017 entlassen und absolviert im gleichen Jahr eine orthopädische Reha. Im ALO-Status ist sie sich wegen ihrer beruflichen Zukunft unsicher, bis eine ihrer Töchter (angestellt bei Krankenkasse) den Vorschlag unterbreitet, dass sie eine Weiterbildung zur Pflegeberaterin anstreben soll. Sie beantragt die LTA\_IN und nimmt eine viermonatige Weiterbildung in Anspruch. Danach ist sie arbeitssuchend und betreut als Nebenverdienst ein kleines Mädchen und einen demenzerkrankten Mann bis ihr 2019 der RTW gelingt. Frau Tosch ist auch 2021 in Psychotherapie. Zurzeit des Interviews ist sie bereits vier Monate krankgeschrieben und hat einen mehrwöchigen Aufenthalt in einer Psychiatrie hinter sich. Zudem hat sie ihre neurologische Betreuung gewechselt. Sie beschreibt ihre aktuelle Depression als „so schlimm wie nie“ und hat große Angst dementiell erkrankt zu sein; auch das die Untersuchungsergebnisse bisher nicht eingetroffen sind, belastet sie sehr. Frau Tosch ist sich



bewusst, dass vermeintliche Demenzsymptomatiken Beschwerden ähneln, die innerhalb eines depressiven Schubes auftreten können, doch überwiegt die Angst und Sorge, auch da sie genetisch vorbelastet ist. So berichtet sie von ihrem schwer demenzerkrankten Vater. Zu ihrer Mutter hat die Interviewte ein schwieriges Verhältnis. Die traumatischen Erlebnisse in ihrer Kindheit hat Frau Tosch mittlerweile aufgearbeitet und spricht hierbei positiv über die Erfahrungen innerhalb der rehabilitativen Maßnahmen sowie über ihre Psychotherapeutin:

„[...] ansonsten konnte ich mich in diesen äh Therapien, in den einzelnen, Einrichtungen ganz gut einfinden (.) konnte da gut mitmachen (.) und hab auch ganz viel gelernt (.) und hab über mich viel erfahrn (.) mich selber kennengelernt (.) das war schon gut (.) bin ich froh dass ich das gemacht habe (.) (Tosch Z. 437-440)

„ [...] aber diesen Missbrauch selber, hab ich dann erst, ähm für viele Jahre später bearbeiten können, bei meiner vorletzten Therapeutin (.) und das war gut so (.) da kann ich jetzt anders damit umgehn (.) ich (unv. #00:27:13-5#) es nicht ähm ungeschehn machen (.) aber das hat für mich 'n Platz, und da soll's bleiben [...] und ich verstehe viele=viele Zusammenhänge warum ich, so bin wie ich bin (.) deshalb ähm die Frage vorhin, wann das alles angefangen hat (.) 1988 (?) nee det war eigentlich schon früher [...]“(Tosch Z. 408-415).

Auf Anraten der Krankenkasse, die sie während ihres Aufenthaltes in der psychiatrischen Akutklinik kontaktieren, strebt Frau Tosch eine weitere psychosomatische Reha an. Der Antrag soll im August 2021 erfolgen.

### *Herr Kaul*

Zum Zeitpunkt des etwa zweistündigen Interviews (mit Vor- und Nachgespräch) im August 2021 in den Räumen des BWS-Instituts ist Herr Kaul 56 Jahre alt.

„ [...] weil ich denn auch wieder so merkte naja ich=ich fang wieder an abzurutschen hab ich denn einfach auch, n Antrag auf ne Reha gestellt weil ich dachte ich muss auch mal raus (.)“ (Kaul Z. 1055-1057)

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

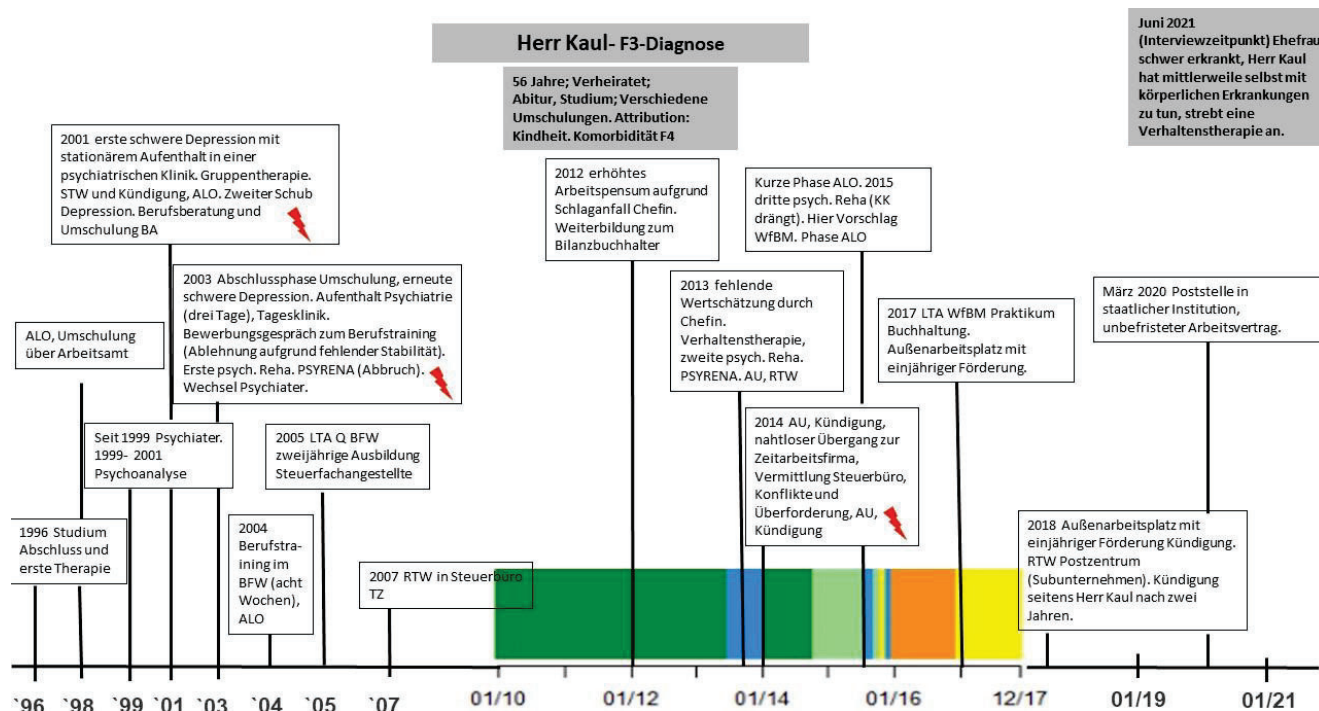


Abbildung 42 Verlaufsdarstellung Herr Kaul (Quelle: eigene Darstellung).

Tabelle 29 Übersichtstabelle Herr Kaul.

<b>Geschlecht:</b>	<b>männlich</b>
<b>Alter:</b>	<b>56 Jahre</b>
<b>Familienstatus:</b>	<b>verheiratet</b>
<b>Wohnort:</b>	<b>Großstadt</b>
<b>Diagnosen aus RSD (letzte Inanspruchnahme LTA):</b>	<b>F3</b>
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	<b>Depression, soziale Phobien</b>
<b>Komorbidität:</b>	<b>F4</b>
<b>Attribution</b>	<b>Kindheit/Adoleszenz</b>
<b>Problemlagen</b>	<b>Arbeitsplatzanforderungen, Leistungsdruck in der Arbeitswelt, Konzentrationsstörungen -&gt; Gedankenflucht, „Schusseligkeit“, Unsicherheit und Ängste</b>
<b>Behandlungen/ Reha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1996 Gesprächstherapie</li> <li>- Seit 1999 Psychiater, Wechsel 2003 Psychiaterin</li> </ul>

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1999-2001 Psychoanalyse</li> <li>- 2001 stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik</li> <li>- 2001 Gruppentherapie</li> <li>- 2003 2-3 Tage stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, danach Tagesklinik</li> <li>- 2013 Verhaltenstherapie</li> <li>- aktuell: strebt eine weiter Verhaltenstherapie an</li> <li>- 2003 erste psychosomatische Reha (Krise, Vorschlag Ehefrau) -&gt; PSYRENA (Abbruch)</li> <li>- 2013 psychosomatische Reha (Auszeit, Eigeninitiative) - &gt; PSYRENA (gute Erfahrung)</li> <li>- 2015 dritte psychosomatische Reha (Krankenkasse drängt, positive Erfahrung, Ratschlag zur WfBM)</li> </ul>
<b>AU-Status vor Rehas:</b>	<p>Erste und zweite Reha- kurze AU</p> <p>Dritte Reha- lange AU-Phase (Aufforderung seitens der gesetzlichen Krankenkasse)</p>
<b>Letzte Tätigkeit vor Rehas:</b>	<p>Erste Reha: Umschulung zum Programmierer</p> <p>Zweite und dritte Reha: Bilanzbuchhalter</p>
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	Hochschulstudium
<b>Erlerner Beruf/Studium:</b>	<p>Elektroingenieur, Umschulung Softwareentwickler, Weiterbildung Programmierer, Umschulung Steuerfachangestellter, Weiterbildung Bilanzbuchhalter</p>
<b>Aktueller Beruf:</b>	Mitarbeiter im Postzentrum (Vollzeit)
<b>Erwerbsstatus 2018:</b>	RTW in Vollzeitbeschäftigung
<b>Erwerbsstatus zum Zeitpunkt des Interview 2022:</b>	Vollzeitbeschäftigung
<p><b>Kurzvita:</b> Herr Kaul absolviert ein Studium der Elektrotechnik (19 Semester), wo er nebenbei bei der Post jobbt, was ihm schon damals viel Spaß bereitet. Trotz Zweifel schließt er das Studium ab und ist stolz dies geschafft zu haben. Als Ingenieur ist er zweimal befristet beschäftigt. Rückblickend erkennt der Interviewte schon hier psychische Auffälligkeiten, jedoch sind ihm diese zum damaligen</p>	

Zeitpunkt nicht bewusst. Nach 700- 800 Bewerbungen im Bereich Ingenieurswesen, spricht hier von großer Frustration, und 1,4 Jahren Beschäftigung in befristeten Verträgen entschließt sich Herr Kaul 1998 über das damalige Arbeitsamt zu einer einjährigen Umschulung als Softwareentwickler im Bildungszentrum. Die erste darauffolgende Anstellung in einer Unternehmensberatung enttäuscht ihn, er fühlt sich überfordert, erlebt ungünstige Strukturen und Mobbing. Zudem sendet die Führung unterschiedliche Signale, zum einen drohen sie ihm bereits nach drei Monaten mit der Kündigung aufgrund unzureichender Leistungen, zum anderen schicken sie den Befragten zu einer einwöchigen Weiterbildung nach Kalifornien. Herr K. verlässt die Firma und beginnt 2001 bei einer weiteren Unternehmensberatung zu arbeiten, in dieser erlebt er bessere soziale Strukturen, doch kommt er mit dem Leistungsdruck nur schwer zurecht. Sein guter Verdienst und der eigene Anspruch verschärfen den inneren Druck und es stellen sich erste signifikante Symptome ein. Die Kollegin seiner Hausärztin vermutet eine schwere Depression und empfiehlt ihm „auf sich aufzupassen“. Herr Kaul schiebt diese Bedenken beiseite und strebt keine Veränderung an. Drei Monate später leidet er unter Suizidgedanken und wird erneut bei seiner Hausärztin vorstellig. Hier wird der Entschluss zu einem sechswöchigen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Akutklinik gefasst. Die verabreichten Medikamente helfen ihm und Herr Kaul stabilisiert sich. Nach einem sechswöchigen Angebot einer Therapiestation und einem Urlaub mit seiner Frau, die eine große Stütze für ihn darstellt, steigt er mit der Stufenweisen Wiedereingliederung bei seinem alten Arbeitgeber. Einen Tag nach erfolgter Gesundheitschreibung wird er von der Unternehmensberatung gekündigt.

Durch die Kündigung erlebt Herr Kaul eine Phase der Nutzlosigkeit und Stagnation, benötigt 15 Stunden Schlaf und rutscht 2001 in seine zweite Depression. Eine Gruppentherapie stabilisiert ihn und er nimmt das Angebot der Bundesagentur für Arbeit zur Findungsphase bzw. Berufsberatung an. Aufgrund mangelnder Alternative wird ihm ein weiteres Mal eine Umschulung/Weiterbildung zum Programmierer empfohlen. Diese gefällt ihm gut und er spricht hier von einer ausgesprochen guten Phase; seine Frau vermutet, dass er möglicherweise manische Anzeichen zeigt, was sich nicht bestätigt. In der Abschlussphase Ende 2002/Anfang 2003 stürzt Herr Kaul ab und gerät in eine Abwärtsspirale, verantwortlich macht er den aufkommenden Stress und die Reduzierung seiner Medikamente. Sein Psychiater schreibt ihn nicht krank -> „*Sie müssen arbeiten gehen*“. Der Befragte trennt sich vom Psychiater und geht für drei Tage in eine Psychiatrie, was ihm zu diesem Zeitpunkt nicht guttut. Er erhält die Krankschreibung und nimmt das Angebot einer Tagesklinik in Anspruch, welches durch Antipathie seitens der Therapeutin wenig erfolgreich ist. Anschließend schlägt ihm seine Frau die Beantragung einer Reha vor. Der Antrag wird abgelehnt und Herr Kaul legt Einspruch ein. Nach Vorstellung bei einer Gutachterin, die bis heute seine Psychiaterin ist, wird seine erste

psychosomatische Rehabilitation bewilligt, welche er im Herbst 2003 antritt. Die andere Umgebung, die Angebote, Therapien sowie seine Mitrehabilitanden, welche ähnliche psychische Problematiken aufweisen, nimmt er äußerst positiv wahr und formuliert, dass die Reha „ganz toll für ihn war“. Aus der Reha wird er krankgeschrieben entlassen und beginnt die PSYRENA-Nachsorge, diese bricht er aufgrund von Kommunikationsbarrieren ab. Er erhält in der Reha die Empfehlung zum Berufstraining im BFW und tritt dies im Herbst 2004 für 6 bis 8 Wochen an. Hier erzählt der Interviewte stolz über die ausgezeichneten Ergebnisse in den unterschiedlichen Tests, speziell im Logiktest, welchen er mit 100% abschließt. Im Laufe des Gesprächs berichtet er von einem Bewerbungsgespräch zum Berufstraining in einem weiteren BFW (2003/2004), bei welchem er aufgrund mangelnder Stabilität, er bricht in Tränen aus, abgelehnt wird. Die damalige Ablehnung und die Formulierungen der Psychologin treffen ihn hart.

Im BFW wird ihm die zweijährige Ausbildung zum Steuerfachangestellten empfohlen und angeboten, die er nach dreimonatiger Arbeitslosigkeit im Februar 2005 antritt. Die Form und Umsetzung, der schulisch geprägten Ausbildung, sowie das Auswendiglernen liegen ihm nicht und er schildert es als „Qual“; seine Mitschüler „necken“ ihn. Die Abschlussprüfungen sind mit Zeitdruck verbunden, was ihm nicht liegt, und Herr K. erfährt bei der mündlichen Prüfung einen Blackout. Zudem erläutert er, dass ihn die Prüferin nicht mochte, er fällt durch und schließt die Ausbildung im zweiten Anlauf ab. Während der Ausbildung absolviert er ein Praktikum im Büro einer Steuerberaterin und wird direkt nach Abschluss von dem Büro übernommen. Hier ist er in Teilzeit auf drei Tage die Woche beschäftigt. Er schildert eine angenehme Atmosphäre und bleibt bis 2014 in dem Unternehmen. Das gute Verhältnis verändert sich 2012 durch einen Schlaganfall der Chefin (er spricht von einem zu hohen Arbeitspensum). Der Sohn der Vorgesetzten, zwei Kollegen und Herr Kaul übernehmen die Geschäfte und er macht in diesem Jahr eine Weiterbildung zum Bilanzbuchhalter. Eine Situation auf der Weihnachtsfeier 2012, in der seine Chefin anmerkt, dass das Jahr durchwachsen war, zieht Herrn Kaul den Boden unter den Füßen weg. Seine Chefin bringt ihm keine Wertschätzung entgegen, kein Dankeschön und äußert den Wunsch nach höherer Stundenarbeitszeit, auch sein niedriges Gehalt von unter 2000 Euro sagt ihm nicht zu.

Herr Kaul stellt 2013 erneut einen Antrag auf Reha und begibt sich für fünf Wochen in die psychosomatische Reha, hierbei nutzt er auch nachfolgend das Nachsorgeangebot in Form von PSYRENA. Der Konflikt mit seiner Chefin spitzt sich zu und er spürt großen Druck. Im Dez. 2013 erfolgt die Kündigung seitens der Arbeitgeberin. Der Interviewte wendet die direkte Kündigung ab, in dem er seine Schwerbehinderung von einem GdB 50 kommuniziert. Diesen Vorteil hat er in der Vergangenheit nicht genutzt und schwieg zu seiner psychischen Erkrankung. Nach weiterer Krankschreibung sowie der Kündigung strebt er die Tätigkeit in einem größeren Unternehmen an

und bewirbt sich schon während der Konfliktphase mit seiner alten Arbeitgeberin explizit bei dieser Art Firmen für einen Posten in der Buchhaltung. Kleine Unternehmen können Schwierigkeiten und Abhängigkeiten mit sich bringen, die er so nicht möchte, zudem ist der Verdienst laut seiner Erfahrungen schlecht. Bei einem Großunternehmen erlebt er zunächst ein erfolgreiches Auswahlverfahren und Begeisterung seitens der Recruiter, wegen seiner Überqualifizierung wird er schließlich nicht genommen. Über das Recruiting wird er an die angegliederte Bank des Großunternehmens vermittelt und wird direkt nach dem Auslaufen der Beschäftigung bei dem vorherigen Steuerbüro angestellt. Das dortige Team arbeitet bereits seit mehreren Jahrzehnten zusammen und er beschreibt ein schwieriges Verhältnis zu Kollegen sowie der Vorgesetzten. Seine Neigung zur Gedankenflucht und den besonders zu Anfang verstärkten Schusseligkeiten/unkonzentriertes Arbeiten forcieren den beginnenden Konflikt. Da er Zeitarbeiter ist, schickt ihn die Vorgesetzte teilweise nach zwei Stunden einfach nach Hause. Die Fronten verhärten sich und nach zahlreichen Grundsatzdiskussionen, wird Herr Kaul durch den Recruiter erneut an ein kleineres Steuerbüro vermittelt, hierbei handelt es sich um ein StartUp. Stress, er arbeitet auch am Wochenende, Zeitdruck und die Unternehmensstruktur führen zu Fehlern seitens Herrn Kaul. Anschließend der beginnenden Kritik durch den Arbeitgeber lässt sich Herr K. krankschreiben, woraufhin die Kündigung 2014 erfolgt. Der Befragte erfährt darauf, dass der neue Chef von der ehemaligen Arbeitgeberin (Steuerbüro) über seine Schwerbehinderung in Kenntnis gesetzt wurde.

Nach dem Auslaufen der Krankschreibung und einer Phase der Arbeitslosigkeit wird Herr Kaul von der Krankenkasse zu einer weiteren Reha gedrängt, welche er 2015 antritt. Erneut macht der Befragte positive Erfahrungen und fühlt sich fit. In der Reha raten ihm die Therapeuten/Pädagogen zu einer Maßnahme in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfBM). Nach darauffolgender erneuter Arbeitslosigkeit beginnt er 2017 die Beschäftigung bei der WfBM mit einjährigem Übergangsgeld und beginnt sein erstes Praktikum in der Buchhaltung einer Firma. Er entschließt sich keine weiteren Praktika zu absolvieren, da die Chefin der Firma zufrieden mit seiner Arbeit ist. Herr Kaul bereut die Entscheidung zur Tätigkeit in dieser Firma jedoch schnell. Die Mandanten sind ein „*schwieriges*“ Klientel und aus sozioökonomisch prekären Verhältnissen; Kommunikation und unstrukturierte Unterlagen frustrieren ihn. Zudem drängt die Arbeitgeberin ihn zur Vollzeitbeschäftigung und nutzt seiner Meinung nach, die Beschäftigten der WfBM aus. Seine „*Unkonzentriertheit*“ und „*Schusseligkeit*“ werden zum Thema und kritisch von der Chefin gesehen. Sie traut ihm nichts zu und kündigt ihm nach der abgelaufenen einjährigen Förderung durch die WfBM.

Über eine Freundin bekommt er danach einen Arbeitsplatz bei einem Postzentrum. Trotz 42 Stunden Tätigkeit bei dem Subunternehmer empfindet Herr Kaul Glück und die Vollzeitstelle bestärkt ihn in seinem Selbstbild. Diese Art der Arbeit ist für ihn mit positivem Stress verbunden und auch das Mobbing durch zwei Kollegen verunsichert ihn nicht. Hier holt sich der Befragte vor allem die Bestätigung und das Feedback von außen und schildert immer wieder die positiven und wertschätzenden Erlebnisse mit Kunden; er fühlt sich wertvoll, hat Spaß und seine „Schusseligkeiten“ nehmen nicht überhand. Mindestlohn, minimaler Urlaub und Druck durch seinen Arbeitgeber, er zögert die unbefristete Übernahme hinaus, zwingen Herrn Kaul zur Umorientierung und er kündigt, nachdem er den nahtlosen Übergang zu seinem heutigen Arbeitgeber gewährleisten konnte, nach zweijähriger Tätigkeit. Seit 2020 ist Herr Kaul in einer Poststelle einer großen öffentlichen Institution beschäftigt und hat mittlerweile einen unbefristeten Arbeitsvertrag. Er strebt eine weitere Verhaltenstherapie zur Stärkung seines Selbstwertgefühls an, um mehr nach innen zu schauen und seine Wünsche ausdrücken zu können, von seinem Drang der Anpassung und seinen Ängsten möchte er sich weiter lösen. Zudem macht der Befragte viel Sport und sieht diesen als essenziell für seine psychische Gesundheit.

#### *Familiäre Situation- keine Wertschätzung und Lob*

Seine problematische Familiengeschichte arbeitet er zum ersten Mal in einer Psychoanalyse (1999-2001) auf. Herr Kaul spricht von einer prägenden Mutter, die großen Ehrgeiz, auch für ihre Kinder, zeigt und hohe Ansprüche an diese stellt. Schon damals fühlt sich der Befragte stark unter Druck gesetzt. Die Mutter zeigt sich oftmals enttäuscht von den Leistungen des Interviewten und vermittelt weder Lob noch Anerkennung.

Herr Kaul vermutet bei beiden Elternteilen psychische Erkrankungen (Depression) und spricht vor allem bezüglich seiner Mutter, von traumatischen Erlebnissen, seine Schwester stirbt in Obhut der Mutter, die nicht professionell aufgearbeitet wurden. Zudem äußert er den Verdacht einer Borderline Erkrankung seitens des Vaters. Seine Eltern sind beide Kinder der 20er Jahre, unehelich geboren und hatten den Status von Außenseitern inne. Herr Kauls Vater flieht aus der ehemaligen DDR und holt den Bruder (16 Jahre Altersunterschied) und die Mutter nach; Herr Kaul wird in einer westdeutschen Großstadt geboren als beide schon älter sind. Sein Bruder ist manisch und erlebt 1992 seine erste Erkrankungsphase, was zu Konflikten in der Familie führt, da sein Bruder bis heute keine Krankheitseinsicht hat. Seine Mutter ist auf der Seite des Bruders und Herr Kaul wird nach seiner Heirat fallengelassen, da er in den Augen seiner Mutter die Familie verrät und verlässt. Dies ist ein schmerzhafter Prozess für Herrn K. Zudem erlebt er in einer manischen Phase seines Bruders

ein prägendes gewalttätiges Erlebnis und spricht von Todesangst, welches das Verhältnis zum Bruder nachhaltig schädigt.

### *Fallvergleich*

Frau Tosch und Herr Kaul stehen exemplarisch für die Heterogenität der Gruppe der „Wiederholer“. Dennoch lassen sich Gemeinsamkeiten finden, die vor allem in psychischen Belastungen innerhalb der Kindheit und Jugend zu finden sind. Beide wachsen in familiären Verhältnissen auf, die durch negative Erfahrungen geprägt sind und von beiden als Mitverursacher der lebenslangen Vulnerabilität sowie der häufigen akuten Krisen benannt werden. So spricht Herr Kaul davon, dass seine Mutter in der Rolle der Außenseiterin aufging und aufgrund starker sozialer Ängste ein Leben in sozialer Isolation kultivierte. Die fehlenden sozialen Kontakte schränkten Herrn Kaul ein, hatten einen negativen Einfluss auf seine Psyche und haben, laut des Befragten, zu seinen sozialen Phobien beigetragen. Weiterhin vermutet er, dass seine psychischen Probleme vererbt seien, da sein Bruder manisch erkrankt sei, der verstorbene Vater vermutlich an einer Borderline-Störung litt und die Mutter ein schwerwiegendes Trauma erlebte, das depressive Phasen nach sich zog. Frau Tosch führt ihre, zum Zeitpunkt des Interviews, stark erhöhte Vulnerabilität auf genetische Faktoren zurück, hierbei handelt es sich jedoch um eine neurologische Erkrankung, in Form einer schweren Demenzerkrankung des Vaters. Im Falle Frau Toschs übt der zweite Ehemann der Mutter, ihre Eltern lassen sich scheiden als Frau Tosch 11 Jahre alt ist, gegenüber ihr und seiner Familie sexuelle und körperliche Gewalt aus und trug damit maßgeblich zum Kindheitstrauma der Befragten bei. Die Mutter schützte ihre Tochter nicht und Frau Tosch verlor das Vertrauen in ihre Mutter. Ein innerfamiliärer Vertrauensverlust ist ebenso bei Herrn Kaul zu beobachten; hierbei seitens der Mutter. So sieht Herr Kauls Mutter die Heirat ihres Sohnes als großen Verrat an und bricht den Kontakt ab, als der Befragte das Elternhaus verlässt; dies habe ihn im Laufe seines Lebens immer wieder belastet. Beide Personen sind in ihrer Kindheit und Jugend einen hohen Leistungsdruck ausgesetzt und erhalten weder Lob noch Anerkennung für erbrachte Leistungen. Herr Kaul verortet hier den Ursprung seines brüchigen Selbstwertgefühls und nimmt an, dass diese Dynamik sehr auf seine Probleme im Arbeitsleben Einfluss genommen hat, auch da er gerade bei fehlender Wertschätzung durch Arbeitgeber und Kollegen schnell ein ausgeprägtes Belastungserleben erfährt. Frau Tosch richtet den vorgelebten hohen Anspruch ihrer Mutter im Laufe ihres Lebens stetig an sich selbst und generiert so einen starken Leistungsdruck, dem sie nicht standhalten kann.

Herr Kaul und Frau Tosch blicken auf weit zurückreichende Krankheitsgeschichten und diskontinuierliche und abwärts gerichtete Berufsverläufe unterhalb ihrer akademischen Qualifikation zurück. Herrn Kaul gelingt es die universitäre Ausbildung als Elektroingenieur, nach 19 Semestern erfolgreich abzuschließen. Diese lange Studienzeit liegt nicht an seinem Studentenjob bei der Post,



sondern an den bereits im Studienverlauf auftretenden depressiven Verstimmungen, Gefühlen des Ungenügens, Versagensängsten und einer Prokrastination, die sich dann im Verlauf der weiteren Berufsbiografie – von ihm als „Kampf“ bezeichnet – noch deutlich verstärken sollten. Noch am Ende des Studiums beginnt er eine Gesprächspsychotherapie und hat damit seinen ersten Kontakt mit dem psychotherapeutischen Versorgungssystem. Frau Tosch wird durch äußere Einflüsse dazu gezwungen ihr Maschinenbaustudium abubrechen, ihr Studiengang wird mit der Wende aufgelöst, und tritt nachfolgend zahlreiche ABM-Stellen an. Mit dem Coming Out ihres kurz vorher angetrauten ersten Ehemannes 1988 erlebt sie ihre erste akute psychische Krise und zeigt schwere depressive Symptome mit Suizidgedanken. Wie Herr Kaul kommt auch Frau Tosch ohne Probleme und schnell in (medikamentöse) Behandlung und Psychotherapie, erlebt jedoch eine Enttäuschung als der Neurologe ihr vorschlägt *„es doch mal zu dritt zu versuchen“*, was sie zu einem Wechsel in der neurologischen Betreuung veranlasst; anschließend beginnt sie ihre erste Psychotherapie. Dank einer ABM-Stelle kommt sie in Kontakt mit dem pflegerischen Gesundheitsbereich und entschließt sich zu einer dreijährigen Ausbildung als Altenpflegerin. Bis 2007 ist Frau Tosch als Altenpflegerin in mehreren Altenheimen und in der häuslichen Pflege beschäftigt. Der Berufseinstieg Herrn Kauls 1996 – in einer damals angespannten Arbeitsmarktsituation mit einer Arbeitslosenquote von 10,4 % im Vergleich zu 2022 von 5,8% – gestaltet sich schwierig; nach mehreren hundert Bewerbungen erhält er einen befristeten Vertrag, der nach etwa über einem Jahr nicht verlängert wird. In dieser frustrierenden Situation und der nachfolgenden Arbeitslosigkeit wird ihm vom Arbeitsamt 1998 eine einjährige Umschulung zum Softwareentwickler angeboten, die er erfolgreich abschließt und an deren Ende er eine gut dotierte Tätigkeit in einer Unternehmensberatung antritt. Innerhalb seiner beruflichen Laufbahn wird Herr Kaul nicht zur Ruhe kommen. Sie ist beeinflusst durch zahlreiche Umschulungen, Weiterbildungen und, ähnlich wie bei Frau Tosch, häufigen Arbeitgeberwechseln. Beiden ist es dennoch möglich im Jahr 2007 eine Tätigkeit anzutreten, Frau Tosch in der Alzheimer Angehörigeninitiative und Betreuung von demenierkranken Menschen in Vollzeit, Herr Kaul in einem Steuerbüro in Teilzeit, die eine Zeit der beruflichen Kontinuität und vermeintlichen Ruhe mit sich bringt. In ihrem Privatleben erreicht Frau Tosch dies nicht. Mehrere Beziehungen zu alkoholkranken Männern verstärken ihre psychischen Belastungen und es manifestieren sich somatische Beschwerden. Auch ihre zwei Töchter und ihre Enkelkinder können bei der Bewältigung der Erkrankung kaum helfen, obwohl Frau Tosch von dieser Seite aus durchweg Unterstützung erhält. Herr Kaul profitiert hingegen von seiner stabilen Paarbeziehung, die ihm Kraft gibt und ihn in seiner Krankheitsbewältigung unterstützt. Zudem verfügt seine Partnerin über ein sehr gutes Gehalt, was ihm ermöglichte über einen weiten Zeitraum in Teilzeit zu arbeiten und ihm, auch in Zeiten von Erwerbslosigkeit, seinen Lebensstandard sicherte. Da seine Ehepartnerin zurzeit des Interviews schwer körperlich erkrankt ist und die Diagnose einer vererbten degenerativen Krankheit erhalten hat, ist zu

befürchten, dass sich diese soziale Unterstützung abschwächen und dies einen negativen Effekt auf Herrn Kauls Erkrankungsverlauf nach sich ziehen wird.

Mit Blick auf das Zuweisungsgeschehen zur psychosomatischen Rehabilitation ist es bei Frau Tosch die Hausärztin, bei Herrn Kaul seine Partnerin. In beiden Fällen liegt die Maßnahme zum Zeitpunkt des Interviews bereits mehrere Jahre zurück (2011 bzw. 2015). Die letzte medizinische Reha absolvierte Frau Tosch aufgrund einer orthopädischen Indikation. Die psychosomatischen und beruflichen Rehabilitationen haben bei Frau Tosch wie auch bei Herrn Kaul einen erkennbaren Einfluss auf die Krankheitseinsicht und -bewältigung und führen zu Veränderungen im Leben. Damit sind nachhaltige Veränderungen in der Biografie gemeint, die aus psychisch belastenden Verhältnissen herausführen und zu einer gesundheitlichen Verbesserung führen, auch wenn diese nur von geringer Dauer ist. So erhält Frau Tosch durch die Retraumatisierung in der zweiten psychosomatischen Reha Einblick in die Ursachen ihrer psychischen Probleme, kann diese in ihrer Kindheit verorten und beginnt eine differenziertere Krankheitsbearbeitung, die ihr allerdings nur bedingt gelingt. Zudem trennt sie sich nach Aufenthalt in der Reha von ihrem zweiten Ehemann, einem Alkoholiker. Interessanterweise entschließt sich Frau Tosch, trotz der berichteten Schwere der psychischen Störung, erst spät in ihrer Behandlungsketten für den Weg in eine psychiatrische Akutklinik (2021). Herr Kaul geht den Weg in die Psychiatrie bereits zu einem früheren Zeitpunkt seiner Krankheitsgeschichte und nutzt die Angebote der psychiatrischen Akut- und Tageskliniken wiederholt. Warum Frau Tosch diese Möglichkeit erst spät sieht und in Anspruch nimmt bleibt offen. Ambulante Angebote scheinen in beiden Fällen wenig zu greifen und helfen allein nicht bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Aus den Interviews geht zwar hervor, dass diese scheinbar gut wirken, aber nicht ausreichen, um eine länger andauernde stabile Phase zu erreichen. Die Herausnahme aus dem Alltag und die (Therapie)Angebote in der Reha werden als intensiver und effektiver empfunden.

In ihrer 10-jährigen Beschäftigung bei der Alzheimer Angehörigeninitiative und Betreuung von demenzerkrankten Menschen geht Frau Tosch nicht offen mit Ihrer Erkrankung um. Häufige Fehlzeiten aufgrund der psychischen, aber auch mittlerweile erworbenen körperlichen Problemen, führen zur Kündigung, was für Frau Tosch eine schwere Enttäuschung darstellt, da sie dieser Tätigkeit sehr gern nachgegangen ist. Nach Kündigung und der orthopädischen Rehabilitation tritt sie 2017 eine LTA\_IN an. Frau Tosch bewertet die LTA im Nachhinein als positiv, auch wenn sie es danach nicht direkt in Arbeit schafft, doch hat die LTA-Maßnahme für sie keine relevante Bedeutung. Vielmehr geschah die viermonatige Fortbildung zur Pflegeberaterin, auf Wunsch ihrer Tochter, die die LTA initiierte. Nach der Integrationsmaßnahme ist sie für fast zwei Jahre arbeitslos und betreut einen demenzerkrankten Mann sowie ein kleines Mädchen als Nebenverdienst; der RTW gelingt ihr 2019 als Pflegeberaterin. Herr Kaul sieht seine zahlreichen LTA-Maßnahmen, eine Umschulung und Weiterbildung der BA zum

Softwareentwickler bzw. Programmierer, eine Umschulung im BFW zum Steuerfachangestellten und eine einjährige Maßnahme in einer WfBM durchaus ambivalent und spricht von sehr unterschiedlichen Erfahrungen, die von Mobbing seitens der anderen Rehabilitanden bis zu einer für ihn „*ausgesprochen guten Phase*“ reichen. Gemein ist, dass ihn die Maßnahmen irgendwann aufgrund vielfältiger Gründe überforderten, so lag ihm z.B. die rein schulisch geprägte Ausbildung zum Steuerfachangestellten nicht, auch die Prüfungsphasen erlebte er als große Belastungen und schildert den hohen Leistungsdruck, was in einem Blackout und in der Wiederholung der Prüfungen mündete. Beide Personen sind aktuell erwerbstätig, was für die Leistungen spricht, wenngleich Herr Kaul nicht in den umgeschulten Berufen tätig ist. Sie sind zwar generell wieder erwerbsfähig, bleiben aber latent vulnerabel. Herr Kaul ist mit seiner aktuellen nicht überfordernden, weitgehend von Druck entlasteten und voraussehbaren Arbeit zufrieden, auch wenn er diesen beruflichen Abstieg, wie das im Gespräch immer wieder anklingt, als Kränkung seiner intellektuellen Begabung und seines Selbstbildes empfindet. Nach den vielen Enttäuschungen und mehreren Umschulungen und Fortbildungen, zwei Aufenthalten in der Psychiatrie und drei psychosomatischen Rehabilitationen und jahrelangen Psychotherapien akzeptiert er gleichwohl diesen Return to Work und zieht ihn aus Gründen der Selbstachtung und der Wirkung auf Andere – er verbirgt seine Krankheit soweit es geht gegenüber der Außenwelt - einer Arbeitslosigkeit oder einer vorzeitigen Berentung vor, auch wenn er sich das aufgrund des guten Gehalts seiner Partnerin durchaus „leisten“ könnte. Zurzeit des Interviews ist Frau Tosch bereits vier Monate krankgeschrieben und hat einen mehrwöchigen Aufenthalt in einer Psychiatrie hinter sich. Zudem hat sie ihre neurologische Betreuung gewechselt. Sie beschreibt ihre aktuelle Depression als „*so schlimm wie nie*“ und hat große Angst demenzerkrankt zu sein. Die negative Entwicklung nach den letzten medizinischen und beruflichen Maßnahmen 2017 und die abwärtsgerichtete Spirale, kann sich Frau Tosch nur schwer erklären und zeigt dies auch im Interview, bei dem sie zu einem großen Teil in Tränen aufgelöst ist. Die drohende Kündigung anlässlich der erneuten schweren Belastungen machen ihr Angst. Auf Anraten der Krankenkassen strebt Frau Tosch die Beantragung einer weiteren psychosomatischen Reha an.

Bei der Gruppe der „Wiederholer“ handelt es sich um eine aus rehabilitationspolitischer Sicht besonders interessante Gruppe von meist älteren, sowohl psychisch als auch körperlich belasteten Rehabilitanden, die in drei Subvarianten differenziert werden können. So gibt es Personen, die in den Interviews angeben, dass sie es bis zur regulären Altersrente nur dann schaffen, wenn sie durch die regelmäßige Inanspruchnahme einer Rehabilitation eine Auszeit von ihrem belastenden Alltag wahrnehmen und sie sich damit intensiv der Krankheitsarbeit widmen können. Diese Personen wählen einen selbstgesteuerten Weg in die Rehabilitation. In der zweiten Subgruppe zeigen sich Menschen, die in einer wiederholten Reha eine Chance zur berufsbiografischen Neujustierung sehen (z.B. Frau Aaron), ob durch die Ruhephase innerhalb der medizinischen Rehabilitation und das Überdenken ihrer

beruflichen Situation oder durch die Inanspruchnahme einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben und damit die klare Absicht zur beruflichen Veränderung. Zum Dritten finden sich in dieser Gruppe der Mehrfachnutzer, Menschen mit hoher Vulnerabilität, welche aufgrund ihres beständigen Belastungserleben sowie rezidivierenden psychischen Erkrankungen, aber auch zum Teil durch fehlende Resilienz zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse, zu einer wiederholten Inanspruchnahme der Reha „gezwungen“ werden. Allen ist gemein, dass sie durch diese Vorgehensweise eine zumindest subjektive Arbeitsfähigkeit erreichen und diese über einen gewissen Zeitraum halten können. Die Personen mit fortlaufenden Inanspruchnahmen erleben im biografischen Verlauf wiederkehrende Belastungssituationen, die nicht im ambulanten Bereich aufgefangen werden können. Dabei greifen die ambulanten Angebote aus verschiedenen Gründen kaum. So lassen sich diese u.a. nicht mit Arbeitszeiten vereinbaren, bieten subjektiv keine adäquate Form der Therapie, helfen nicht bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder sind mit der eigenen Profession schwer zu vereinbaren. Zwar zeigt die ambulante psychotherapeutische Versorgung bei einigen Personen dieser Inanspruchnahmegruppe durchaus eine gute Wirkung, doch reicht sie für eine dauerhafte Stabilität nicht aus. Der Aufenthalt in der psychosomatischen Reha und damit die Herausnahme aus dem Alltag wird als intensiver und effektiver empfunden. Auch wenn der subjektive erwartete Nutzen der in Anspruch genommenen Leistungen sich im Kern unterscheidet, zielen die rehabilitativen Maßnahmen in der Regel auf ein stabiles Arbeitsleben, unabhängig davon, ob die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz oder die Aufnahme einer neuen Beschäftigung angestrebt wird. Weiterhin sind nachhaltige biografische Veränderungen zu beobachten, die aus psychisch belastenden Verhältnissen herausführen und die, zumindest für einen gewissen Zeitraum, eine signifikante gesundheitliche Verbesserung bewirken und damit nur kurzzeitig erfolgreich sind.

Frau Tosch ist der dritten Subvariante zu zuordnen. Ihr Leben ist durch eine hohe Vulnerabilität und mangelnde Resilienz zur Bewältigung von Belastungen und nicht normativen Lebensereignissen geprägt, die die Inanspruchnahme von medizinischen Rehaleistungen „erzwingen“. Oftmals werden die Maßnahmen von anderer Seite angestoßen und sie zeigt eine geringe Selbstwirksamkeit und Initiative, gleichwohl Frau Tosch über mannigfaltige und langjährige Erfahrungen innerhalb der psychotherapeutischen und rehabilitativen Versorgung verfügt. Herr Kaul wechselt im Laufe seiner Behandlungskette sein Inanspruchnahmeverhalten. So geht er 2013 ganz bewusst den Weg in die psychosomatische Reha, nimmt sich damit die Auszeit von den arbeitsweltlichen Belastungen und nutzt den Aufenthalt zur beruflichen Beratung und Neujustierung. Herr Kaul weiß mittlerweile welche Möglichkeiten ihm zur Verfügung stehen und hat gelernt, ungeachtet seiner chronifizierten Vulnerabilität, bis zu einem gewissen Grad selbstwirksam zu handeln.

## 7.5. Quergruppen

### 7.5.1. *EM-Rente als Ende der Leistungskette*

Für die Auswahl und Analyse des RSD-Files wurden von uns alle Personen ausgeschlossen, die im Zeitraum 2007-2017 eine EM-Rente bezogen haben. In der Fragebogenerhebung, die vier Jahre nach dem Ende der erhobenen Daten des RSD-Files stattfand, befanden sich aber 59 Personen, die die Angabe machten, eine Vollzeit-EM-Rente zu beziehen. 15 weitere Teilnehmer bezogen eine Teilzeit-EM-Rente, d. h., dass im Zeitraum von 2018-2022 ein Teil, der von uns Angeschriebenen eine EM-Rente beantragt und auch bewilligt bekam. Auch in unserem Interviewsample von insgesamt 70 Personen finden sich 13 Teilnehmer, die zum Zeitpunkt des Interviews eine EM-Rente bezogen oder bereits einen Antrag hierfür gestellt haben. Diese Personen sollen im Folgenden genauer betrachtet werden, da ein EM-Rentenbezug in der Regel den Abschluss der Leistungskette bedeutet und für die Rentenversicherung – aber nicht zwingend für die Betroffenen – ein „negatives Ereignis“ darstellt.

Aus einer vorherigen eigenen Studie WEMRE (vgl. Kardorff et al., 2020) wissen wir, dass die Zunahme von EM-Berentungen aufgrund diagnostizierter psychischer Beeinträchtigungen eine gesellschaftliche, volkswirtschaftliche und versorgungsbezogene Herausforderung an das Versorgungssystem stellt. Seit 2009 stehen EM-Berentungen wegen F-Diagnosen an erster Stelle für eine Frühberentung: 1993 betrug ihr Anteil noch lediglich 15,3 %, 2018 waren es insgesamt bereits 42,7 % (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019a). Hauptdiagnosen sind dabei mit steigender Tendenz F3 und F4 Diagnosen (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2014a). Das durchschnittliche Alter bei einer Erstbewilligung wegen F-Diagnosen beträgt 48,1 Jahre im Verhältnis zu 51,1 Jahren bei somatischen Erkrankungen (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015). 46 % der Erstbezieher von EM-Renten wegen F-Diagnosen haben vor dem Rentenantrag *keine* medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen (vgl. ebd.). Diese statistisch erhobene Zahl über alle EM-Rentner bestätigt sich bei unseren Teilnehmern aber nicht. Die Gruppe der EM-Rentner in unserem Sample hat, neben der Inanspruchnahme psychosomatischer Rehas, vielfältige psychotherapeutische und psychologische Hilfe in Anspruch genommen, ist also prinzipiell „austherapiert“, eine der Voraussetzungen für den Bezug einer EM-Rente.

Nur ca. 5% der wegen einer F-Diagnose befristet berenteten Personen kehren auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt zurück (vgl. Kobelt et al., 2009), dies steht in Kontrast zur Rückkehrmotivation von EM-Rentnern in verschiedenen Studien (vgl. Briest, 2018; Zschucke et al., 2016). Für unsere in den Interviews befragten Personen mit EM-Rente oder EM-Rentenantrag scheint ein Rückweg in Arbeit aber sehr unwahrscheinlich und wird in der Regel auch nicht gewünscht. Die EM-Rente bildet bei allen unseren Teilnehmern einer Art Abschluss einer umfangreichen Leistungskette mit vielfältigen Inanspruchnahmen von Versorgungsleistungen.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Prinzipiell lässt sich sagen, dass es *keinen typischen Weg in die EM-Rente* gibt. Wir haben es auch in unserem Sample mit sehr heterogenen biografischen Verläufen (von Hochqualifizierten bis hin zu Personen mit niedrigem Bildungsstand) zu tun. Lange stringente Erwerbsbiografien mit intaktem Familienleben kontrastieren mit brüchigen Erwerbsbiografien und prekären privaten Verhältnissen. Die Entstehung und Chronifizierung der psychischen Beschwerden findet auch in unterschiedlichen Lebensphasen und –lagen statt. Wir haben es häufig mit einem Wechsel zwischen Krisen und Phasen relativer Stabilität zu tun, sodass *kein* linearer Verlauf zu beobachten ist. Es gibt auch keine Auffälligkeiten bei den Berufsfeldern oder Branchen, aber eine Tendenz zu personenbezogenen Dienstleistungsberufen und Positionen mit Leitungsfunktionen. Ein entscheidender Faktor, der in den Interviews am meisten auffällt, ist das Vorhandensein weiterer somatischer Krankheiten, also eine Komorbidität, die in der Regel zu so schwerwiegenden Beeinträchtigungen führt, dass die eigene Leistungsfähigkeit stark vermindert ist und sich die Betroffenen nicht mehr vorstellen können, einer normalen Arbeit nachzugehen.

Die Motive für den Antrag einer EM-Rente sind nach den Ergebnissen unserer eigenen Studie WEMRE – und das bestätigt auch die hier vorliegende Untersuchung - ebenfalls sehr heterogen. Im Einzelnen können für eine Beantragung entscheidend sein:

- eine fehlende Perspektive, weiterhin *dauerhaft* der Berufstätigkeit nachgehen zu können
- Zunehmende psychische Belastungen
- Verkürzung der Zeiten der Berufsausübung zwischen den AU-Tagen
- Inanspruchnahmen psychiatrisch-psychotherapeutischer Angebote verlieren an Wirkung
- Entkommen einer ausweglos scheinenden Situation
- EM-Rente als Rettungsanker eines nicht mehr funktionierenden Lebenswegs
- EM-Rente als Auszeit für biografische Neujustierung
- EM-Rente als dauerhafte Alternative zur eingetretenen Arbeitslosigkeit
- Subjektive Wahrnehmung der fehlenden Perspektive, *aufgrund* der gesundheitlichen Einschränkungen wieder in Erwerbsarbeit zu gelangen
- Sehr häufig Komorbiditäten (multiple psychische Beeinträchtigungen oder Kombination aus psychischen und somatischen Beeinträchtigungen)

Insgesamt haben wir anhand der empirischen Daten und der individuellen Verläufe 13 Personen in die Kategorie EM-Rente eingeordnet. Davon hatten fünf Personen zum Zeitpunkt des Interviews einen Antrag gestellt: Frau Klick, Frau Pantelitsa, Frau Klein, Frau Suhl (die allerdings inzwischen wieder in Arbeit ist), Frau Paula. Sieben Personen befanden sich bereits in der EM Rente, in der Regel befristet: Frau Pasch, Frau Rübe, Frau Zeppelin, Frau Antje, Frau Horst, Frau Verde, Frau May. Eine Person befand

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

sich zum Zeitpunkt des Interviews in Teilzeit-EM-Rente (Frau Brunswig). Folgende Tabelle 30 und Abbildung 43 geben einen konkreten Überblick über die Personen und ihrer Hauptgruppenzugehörigkeit.<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> Siehe Kapitel 7.4

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Tabelle 30 Übersicht über zentrale Merkmale des Interviewsamples der EM-Gruppe, n=13.

Pseudonym	Alter	Familienstand	Diagnose	Attribution	höchster Berufsabschluss	Verlaufgruppe (fein)	Berufsstatus RSD (2018)
<b>Frau Antje</b>	47	alleinlebend	F3	Kr. Lebensereignis	Fachschule	LMRpsych_1 + LMRsom	ALO
<b>Frau Brunswig</b>	49	alleinlebend	F4	Kr. Lebensereignis	Lehre	LMRpsych_1	ALO
<b>Frau Horst</b>	56	mit Partner i. H.	F3	Familie	Fachschule	LMRpsych_1 + LMRsom	ALO
<b>Frau Klein</b>	54	mit Partner i. H.	F3	aufgeschichtet	Lehre	LMRpsych_1	RTW
<b>Frau Klick</b>	61	mit Partner i. H.	F3	som. Erkrankung, F	Fachhochschule	Wiederholer	ALO (AU)
<b>Frau May</b>	53	alleinlebend	M5	aufgeschichtet	Lehre	LMRsom + LTA_IN	ALO
<b>Frau Pantelitsa</b>	59	mit Partner i. H.	F3	aufgeschichtet	Fachhochschule	Wiederholer	ALO (AU)
<b>Frau Pasch</b>	55	allein mit Kind	F3	Trauma	Fachschule	LMRpsych_2 + LTA_IN	ALO
<b>Frau Paula</b>	60	mit Partner i. H.	F4	som. Erkrankung	Lehre	LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_Q	ALO
<b>Frau Rübe</b>	63	aalleinlebend	F3	Kr. Lebensereignis	Fachhochschule	LMRpsych_1	ALO (AU)
<b>Frau Suhl</b>	47	alleinlebend	F3	Kr. Lebensereignis	Hochschule	LMRpsych_1 + LTA_IN	RTW
<b>Frau Verde</b>	63	mit Partner i. H.	F3	som. Erkrankung	Fachhochschule	LMRpsych1 + LMRsom	RTW
<b>Frau Zeppelin</b>	61	alleinlebend	F3	som. Erkrankung	Lehre	LMRpsych_2 + LMRsom + LTA_IN	RTW



## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

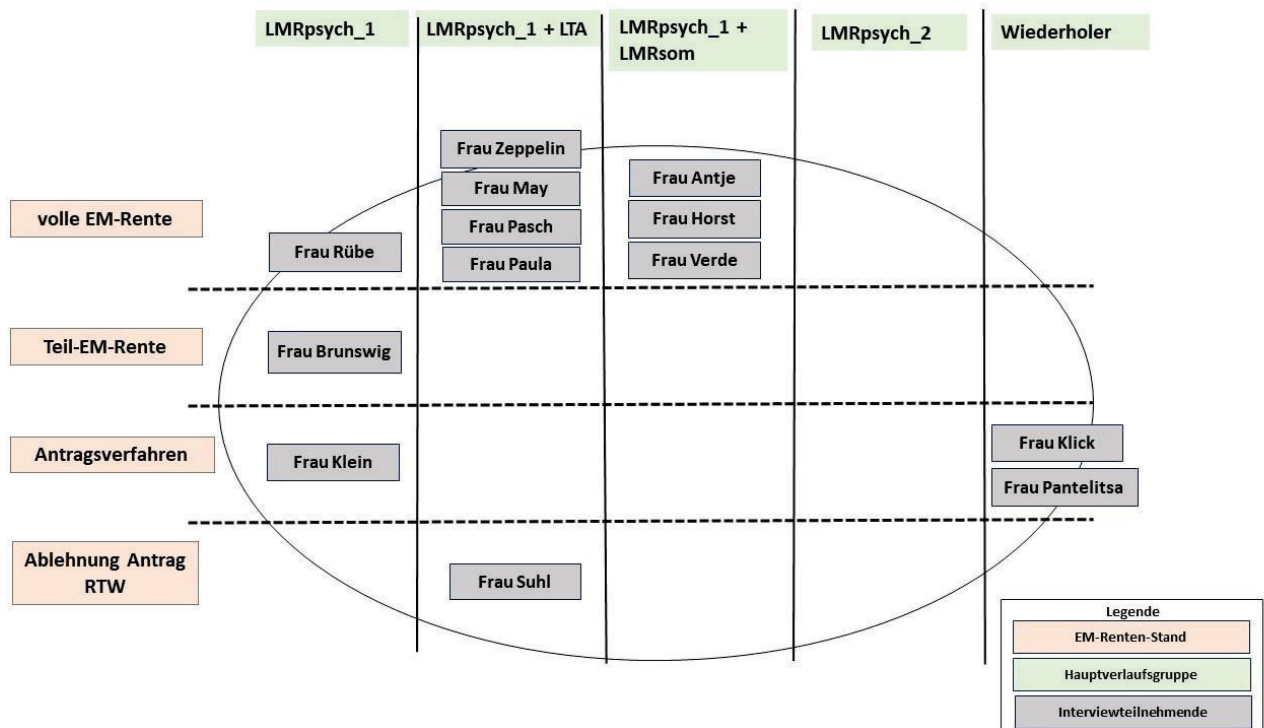


Abbildung 43 Rehabilitanden aus der EM-Gruppe, n = 13: Zuordnung zu den Hauptgruppen (Quelle: eigene Darstellung).

Nach diesen einleitenden Bemerkungen und den grafischen Darstellungen nun zur Gruppe der EM-Rentner in unserem Sample. Dabei soll zunächst die Differenz zu Personen gemacht werden die einen Antrag gestellt und solchen die den Antrag bereits bewilligt bekamen. Betrachten wir zunächst einen Fall genauer, bei dem die Betroffene bereits einen Antrag auf EM-Rente gestellt hat, über eine Genehmigung aber zum Interviewzeitpunkt noch nicht entschieden wurde.

### Antrag auf EM-Rente

Frau Pantelitsa ist zum Zeitpunkt des Interviews 59 Jahre alt und lebt mit ihrem Partner, der ebenfalls gerade einen EM-Antrag gestellt hat, in einer Mietwohnung in einer deutschen Großstadt. Sie hat einen erwachsenen Sohn mit ihrem Ex-Mann, der in einer anderen Stadt in Deutschland lebt. Mit 9 Jahren ziehen die Eltern von Frau Pantelitsa aus Griechenland nach Deutschland. Sie muss früh Verantwortung übernehmen, da sie als einzige in der Familie über den Schulbesuch fließend deutsch spricht und so vielfach als „Dolmetscherin“ die Eltern und Verwandte auf Ämter begleitet. Im Rückblick sieht sie ihre eigene Kindheit als eine Zeit, in der sie immer schon erwachsen sein musste und vieles, was Kinder und Jugendliche normalerweise tun, für sie nicht möglich war.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

*und ich glaub das ist so dieser Grundgedanke der bei mir äh natürlich da war und ich bin ja auch, ziemlich getriezt worden ne ich=ich konnte dann als=als Jugendliche viele Sachen nicht machen weil, Familie A braucht jetzt äh die Steuererklärung und Familie B und da musst du jetzt aber hin (.) und das ((lachend)) war dann alles so. (Pantelitsa, Z. 1492-1496)*

Nach der Schule absolviert Frau Pantelitsa eine Sozialarbeiterausbildung, später noch ein Studium der Soziologie. Bereits mit Mitte 30 ist sie in einer ersten psychotherapeutischen Behandlung. Eine erste medizinische Reha erhält sie 2005 wegen einer Asthmaerkrankung. Bei ihrer Arbeit verausgabt sie sich im Laufe des Arbeitslebens immer mehr, es fällt ihr schwer sich abzugrenzen und sie übernimmt immer mehr Aufgaben durch hohe Krankenstände von Kolleginnen, auch dann, wenn sie sich selbst krank fühlt.

*und dann war da plötzlich so und eben grade als ich krank geworden bin, und ich war auf jeden Fall eine Person die unglaublich viel Leute reingebracht hat also Klienten reingebracht hat und ähm- und auch so Vermittlungsperson zwischen den Kollegen (.) und da hatt ich natürlich Angst wenn ich jetzt wegfalle also ich- wenn ich krank bin dann bricht es vielleicht- was natürlich Blödsinn ist man denkt ja immer man ist ja so wichtig und nicht ersetzbar ne (...) ist natürlich Quatsch aber das hab ich zu dem Zeitpunkt ehrlich gedacht. (Pantelitsa, Z. 560-567)*

Es kommt schließlich zu einem Burnout, auf den eine erste psychosomatische Reha 2010 folgt. Danach befindet sie sich wieder in therapeutischer Behandlung, die kurzfristig hilft, aber ihr Verhalten in der Arbeit bleibt dasselbe wie zuvor: mangelnde Abgrenzung und ein, wie sie selbst sagt, „ausgewachsenes Helfersyndrom“ führen nach der Reha schnell wieder zu Erschöpfungszuständen und psychischen Problemen.

*und dann hatt ich auch einen Job gehabt wo ich eben auch Schichten gearbeitet hab und neben diesen Schichten hatt ich auch noch ne WG zusätzlich noch von Jugendlichen (.) und da war's so dass dann Tag und Nacht- also die Kollegen riefen an da ist äh will sich jemand umbringen der ist in der Krise und ich bin dann sofort losgefahren. (Pantelitsa, Z. 266-272)*

Eine weitere psychosomatische Reha 2014, mit nachfolgender Therapie ändert nur wenig. Innerhalb ihres Trägers verschärfen sich die Arbeitsbedingungen, hohe Krankenstände, Fluktuation der Kolleginnen, eine negative Arbeitsatmosphäre, liegengebliebene Arbeit, ein bedürftiges Klientel, das sie auch in ihrer Freizeit kontaktiert, das alles führt schließlich zu einer Belastungssituation, die in eine schwere psychische Krise mündet, welche zu einem Zusammenbruch führt. Darauf erfolgt eine lange 2-jährige Krankschreibung, eine weitere Reha 2020, danach eine Nachbetreuung in Form von Psyrena.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Frau Pantelitsa kommt zwar kurz nochmals an ihren Arbeitsplatz zurück, wird aber bald wieder krankgeschrieben. Nachdem sie schließlich zur BA überwiesen wird, erhält sie dort den Hinweis des medizinischen Dienstes, doch eine EM-Rente zu beantragen:

*also das- (1) und dann, be- ist mir vorgeschlagen worden, genau dann bin ich ausgesteuert worden vom Krankengeldbezug bin dann ins Arbeits- äh -amt gekommen, und die ham dann gleich gesagt Mensch stellen Sie den Antrag auf EU-Rente Sie (Pantelitsa, Z. 968-971)*

2021 stellt sie schließlich den EM-Renten Antrag, in ihren Augen war das aber weniger freiwillig als erzwungen, obwohl sie sich selbst im Prinzip nicht mehr als arbeitsfähig ansieht. Zum Zeitpunkt des Gesprächs steht die Bewilligung noch aus, was sie selbst aber positiv sieht, da das ALO-Geld wesentlich höher als die EM-Rente ist:

*und dann hieß es okay dann aber alternativ, entweder Reha oder EU-Rente (.) und dann musst ich sozusagen zwangsweise den Antrag, stellen den hätt ich jetzt von mir aus nicht gestellt aber letztendlich (...) ich hab ja auch nicht die große **Wahl** jetzt ne ich mein ich **kann** noch nicht arbeiten, falls ich überhaupt äh, kann irgendwann. (Z 987-992)*  
*ich sag jetzt mal so Gott sei Dank geht es, nicht so schnell weil mein Arbeitslosengeld ist mehr als meine EU-Rente wäre (.) (Pantelitsa, Z. 1028-1034)*

Der Bezug der EM-Rente bzw. die Beantragung bleibt für Frau Pantelitsa ambivalent. Ihre Krankheitsgeschichte zeigt ihr zwar, dass sie nicht mehr belastbar ist, von sich aus hätte sie aber keinen EM-Renten Antrag gestellt. Dass die BA sie mehr oder weniger zu einem Antrag „zwingt“ ist aber im Nachhinein für sie ein Hinweis auf ihren eigenen Zustand, den sie trotz der langen Jahre anhaltenden psychischen und auch somatischen Probleme noch nicht so negativ sehen will, wie sich das in einem EM-Antrag widerspiegelt.

*und waren Sie dann da überrascht als es plötzlich hieß EU-Rente oder äh (1) ham Sie damit gerechnet (?)*

*B: n- ich hab- ich hab das ´n bisschen befürchtet aber letztendlich ist ja so (...) dass ich dann gedacht hab naja vielleicht muss ich das auch ´n bisschen einsehen dass ich äh im Moment das einfach nicht kann (.) (Pantelitsa , Z. 1318-1323)*

Frau Pantelitsa hat über die Jahre alle möglichen Maßnahmen durchlaufen: somatische und psychosomatische Rehas, Psychotherapie, Psyrena. Neben ihren psychischen Problemen kommen

noch zahlreiche somatische Erkrankungen hinzu: Asthma, Achillessehnenprobleme, orthopädische Schäden, Allergien. Inwiefern diese mit der psychischen Vulnerabilität zusammenhängen, bleibt hier Spekulation. Eine somatische Komorbidität ist aber, dass zeigt auch unsere WEMRE-Studie, wie die hier vorliegenden empirischen Daten bestätigen, ein wichtiger Indikator für eine Frühverrentung. Exemplarisch hier nur noch ein weiterer Fall aus unserem Sample der Gruppe mit beantragter EM-Rente: Frau Klick, die ebenfalls unter zahlreichen Beschwerden leidet und, wie Frau Pantelitsa, auch alle möglichen Therapie- und Rehaformen durchlaufen hat.

Frau Klick ist 61 Jahre alt, hat zwei erwachsene Kinder und lebt in Partnerschaft. Als sie 17 Jahre alt ist, stirbt ihre Mutter überraschend, zwei Jahre danach begeht ihre Schwester Suizid, beide Ereignisse lösen ein psychisches und zunächst uneingestandenes Trauma bei ihr aus. Sie leidet früh unter schweren Migräneanfällen und entwickelt bereits mit 30 Jahren eine Tablettensucht, was zu einem Entzug und einer ersten Rehabilitation 1997 führt. Danach ist sie einige Jahre halbwegs stabil und arbeitet als Buchhalterin in einer KFZ-Werkstatt. Die Anorexie ihrer Tochter führt schließlich zu einer schweren Depression. Dazu kommt eine permanente Überlastung durch die Pflege der Mutter und nach deren Tod ihrer Tante. Seit 2010 folgen drei weitere Rehas. Nach der Rückkehr von der letzten Reha sind an ihrem Arbeitsplatz Umstrukturierungen durchgeführt worden. Sie fühlt sich nicht mehr anerkannt, mit dem neuen Juniorchef besteht kein Vertrauensverhältnis mehr. In Folge kommt es zu einer schweren psychischen Krise, zunächst ist sie in einer Tagesklinik, danach wird sie für drei Monate stationär aufgenommen. Dazu kommen somatische Probleme, die in einem Darmverschluss kulminieren. Von November 2018 bis März 2020 ist sie wegen ihrer manifesten Depression lange krankgeschrieben. Im Mai 2020 erfolgt eine weitere Krankschreibung wegen ihrer Darmgeschichte für 1,5 Jahre. Im November 2021 stellt sie schließlich, da sie eine Rückkehr an ihren alten Arbeitsplatz ausschließt, einen EM-Antrag.

Auch Frau Klick durchläuft zahlreiche Maßnahmen innerhalb des Versorgungssystems. Private und berufliche Probleme schichten sich immer mehr auf, bis am Ende die EM-Rente als einziger Ausweg bleibt. Der familiäre Hintergrund ist bei beiden dargestellten Fällen ein möglicher Indikator für eine psychische (aber auch physische) Vulnerabilität, die sich bereits früh bemerkbar macht.

Auch Frau Paula leidet, wie Frau Pantelitsa und Frau Klein, an somatischen Erkrankungen und durchläuft auch mehrere somatische Rehabilitationen. Nach einer Umschulung und einer weiteren psychosomatischen Reha mit Stufenweiser Wiedereingliederung kommt sie nochmals in Arbeit, nach einer OP und einer längeren Phase der Arbeitslosigkeit stellt sie 2022 einen Antrag auf EMR. Eine vorhandene Komorbidität scheint in der Analyse der stärkste Risikofaktor für eine Frühberentung zu sein, ein Ergebnis, das auch unsere eigene WEMRE Studie bestätigt. Von den insgesamt zum Zeitpunkt des Interviews fünf Personen die einen EM-Antrag gestellt haben, bekamen zwei Leistungen zur

Teilhabe am Arbeitsleben. Neben Frau Paula, die eine Vollqualifizierung erhält, nimmt auch Frau Suhl, die einen sehr speziellen Fall darstellt (vgl. Kap. 7.4.2), für ein Jahr an einer LTA-Maßnahme teil. Sie stellt bereits 2015 einen Antrag auf eine EM-Rente, wird aber abgelehnt. Nach einer einjährigen LTA 2016 kommt sie wieder in Arbeit und ist zum Zeitpunkt des Interviews in Vollzeit an einer von ihr gewünschten Stelle berufstätig. Stützend wirkt bei Frau Suhl vor allem eine psychotherapeutische Behandlung, in der sie seit 2022 ist.

Ein weiterer Sonderfall innerhalb der Gruppe der EM-Antragstellerinnen bildet Frau Klein. Sie ist zum Zeitpunkt des Gesprächs 54 Jahre und hat über 20 Jahre als Bürokauffrau in derselben Firma gearbeitet. Ihr Hauptproblem verortet sie im Berufsleben, insbesondere durch langjähriges Mobbing einer Kollegin, was auf die Dauer zu Panikattacken und Suizidgedanken führt. Es wechseln sich bei Frau Klein ständig Phasen von Arbeit und Krankschreibungen ab, wobei letztere länger werden und die Zeiten der Arbeit sich verringern. Eine psychosomatische Reha 2017, nach einem Zusammenbruch mit anschließender ambulanter psychiatrischer Behandlung, wirkt nur kurz stabilisierend. Es folgen lange Krankschreibungen. Nachdem Frau Klein 2019 eine schwere psychische Krise durchleidet, findet sie auf eigene Initiative therapeutische Hilfe. Hier wird ihr das Ausmaß ihrer Erkrankung klar und sie kann sich nicht mehr vorstellen an ihren alten Arbeitsplatz zurückzukehren. In Folge stellt sie einen Antrag auf EM-Rente. Zum Interviewzeitpunkt fühlt sie sich psychisch aber wieder weitgehend stabil und denkt darüber nach Teilzeit im Homeoffice zu arbeiten. Der Ausgang ist vollkommen offen und wird von der weiteren Entwicklung ihres Zustandes abhängig sein.

### *Rente bereits bewilligt*

Nachdem wir oben einige Teilnehmerinnen, die noch auf die Genehmigung ihres EM-Antrages warten vorgestellt haben, nun zwei Fälle von Interviewten, die zum Zeitpunkt des Interviews bereits ihre EM-Rente beziehen. Insgesamt sind es in unserem Sample sieben Personen, die einen EM-Antrag, in der Regel befristet, bereits genehmigt bekamen. Exemplarisch steht hier Frau Pasch, deren Geschichte im Folgenden ein wenig detaillierter dargestellt wird.

Frau Pasch ist 56 Jahre alt und alleinlebend. Sie hat zwei erwachsene Kinder von unterschiedlichen Partnern. Ihre Kindheit und Jugend ist durch eine repressive Erziehung in einem protestantischen Pfarrhaus geprägt, wo sie auch Gewalterfahrungen macht. Ihr Bruder begeht mit 22 Jahren Suizid, was – siehe die Geschichte von Fr. Klick – zu einem psychischen Trauma führt, das sie zunächst nicht als solches wahrnimmt. Nach der Schule erlernt sie den Beruf der Erzieherin und arbeitet über 20 Jahre in diesem Bereich. Die Geburt ihres ersten Enkels führt zu einer psychischen Krise, die sie sich darüber erklärt, dass dadurch ihre eigene unbearbeitete Familiengeschichte reaktiviert wurde. Diese negativen

Gefühle führen so weit, dass sie ihren Beruf nicht mehr ausüben, da sie kein positives Verhältnis mehr zu den von ihr betreuten Kindern aufnehmen kann.

*Schlüsselmoment das kleine Glück da mit den Eltern und so und dann kamen wahrscheinlich meine (1) äh persönliche Geschichte ist dann ausgebrochen aufgeplopt (.) meine persönliche äh Geschichte (.) Familiengeschichte (.) und dann konnt ich halt nicht mehr arbeiten gehen es w-hatte aber mit der Arbeit ähm (1) an sich (1) mit der Arbeit als Erzieherin nichts zu tun es hat mir totalen Spaß gemacht ja und es war auch sehr schlimm. (Pasch, Z. 346-358)*

Nach einer psychotherapeutischen Behandlung erhält Frau Pasch 2013 eine erste psychosomatische Reha. Nach der Entlassung stellt sich keine Verbesserung ein, die Reha war im Rückblick zu früh. In Folge kommt es zu einem Psychiatrieaufenthalt, auf den sich eine längere Phase der Arbeitslosigkeit anschließt. Nachdem ihr von Seiten der BA erklärt wird, dass sie ihren erlernten Beruf nicht mehr ausüben kann, kommt es zu einer ersten beruflichen Reha 2016:

*und dann kam 2016 halt diese erste berufliche Reha, äh da war das noch so ähm- (2) da wa-hatten wir Computer Lehrgang und, was weiß ich und, da war auch so ´n äh großes Team an Psychologen und Sozialarbeiter die einem dann versucht ham ne Stelle zu vermitteln (.) (1) und da hab ich dann in nem äh kleinen Laden Praktikum gemacht in so ´m B- kleinen Bio-Lebensmittelladen und da hab ich dann auch äh ne Arbeitsstelle hinterher bekommen (.) da bin ich dann geblieben, naja (.) (Pasch, Z. 255-261)*

Diese Stelle überfordert Frau Pasch aber ziemlich schnell, sie wird krank und sucht sich eine neue Stelle in einem Seniorenheim als Servicekraft. Auch hier ist sie wieder rasch überfordert und wird immer öfter krankgeschrieben. Darauf erfolgt eine zweite psychosomatische Reha 2019 mit einer weiteren anschließenden beruflichen Reha auf einem niedrigen Niveau, eigentlich eine Art Berufsfindung.

*und die letzte berufliche Reha war jetzt schon etwas niedrigschwelliger mit- äh ich hatte da ne Betreuerin sozusagen schon einmal die Woche wir ham uns getroffen die sollte mir helfen (1) äh da, wieder rein zu finden (.) und es fing an mit ´m Praktikum erstmal ne ohne. (Z 34-37) (...) nochmal diese zweite letzte berufliche Reha, und die waren auch da am Anf- von Anfang an gleich ja wir gucken erstmal langsam und wir machen erstmal nur ´n paar Stunden nicht gleich acht das können wir ja dann immer noch der Rentenversicherung mitteilen (Pasch, Z. 810-813)*

Frau Pasch denkt zwar während der zweiten beruflichen Reha über eine TZ-EM-Rente nach, da sie ihre eigene Leistungsfähigkeit sehr schwach einschätzt, bekommt aber von Seiten der Rentenversicherung

in ihren Augen kein adäquates Angebot, obwohl sie sich selbst eigentlich noch nicht einer Vollzeit EM sieht.

*nee eben das ham die mir nicht angeboten das ham die mir nicht vorgeschlagen wir könnten doch-ich hab, äh auch mit den Reha Beraterinnen die kamen ja direkt von der äh Rentenversicherung, äh also mehrere Gespräche geführt (1) ob es nicht irgendwie ne Möglichkeit gibt das so ´n bisschen zu verkürzen (.) weil also das- das äh- es gibt ja auch welche die ham ja auch äh gar keine Lust mehr und die wollen lieber ne Rente oder so (.) aber so war es bei mir nicht ich hätte es schon gerne, **geschafft** so (.) wenigstens ´n bisschen (.) (Pasch, Z. 177-190).*

Die zweite berufliche Reha wird schließlich wegen ständiger Überforderung und psychischer Probleme von Frau Pasch abgebrochen:

*und dann hab ich ähm=m dann ham die amer- diese Maßnahme abgebrochen dann ham die auch von dem Verein gesagt dann, äh stellen Sie ´n Rentenantrag also ham die nicht gesagt aber (2) die ham meine Not auch erkannt und dann hab ich gedacht na gut dann mach ich´s jetzt (Pasch, Z. 828-838).*

Es folgt ein Antrag auf EM-Rente, die Genehmigung erhält sie rückwirkend ab November 2021, was zunächst mal eine große Erleichterung für sie bedeutet:

*weil letztes Jahr hatte ich ja eigentlich fast jeden Tag irgendwelche Post, gewartet auf die b- äh Besch- Zettel von der Rentenversicherung dann musst ich zum Gutachter dann fehlte wieder der- musst- a- Jobcenter dann ist man ja auch beschäftigt mit den ganzen Ämtern ne (.) und das fällt ja jetzt erstmal weg das ist jetzt erstmal- ich krieg jetzt meine Rente (.) dieses Jahr hab ich mir gesagt äh bis Ende des Jahres, mach ich erstmal gar nix, erhole mich da von dem, Kraftakt und (Pasch, Z. 884-891).*

Frau Pasch gehört zu den 5 Personen in der Gruppe der EM-Rentenbezieher, die neben medizinischen Rehas auch LTA-Leistungen in Anspruch genommen hat. Letztere haben aber keinen positiven Effekt mehr für einen RTW, da Frau Pasch sich schnell in der Arbeit überfordert fühlt und sie die letzte LTA-Leistung aus diesem Grund auch abbrechen muss. Der angegebene Wunsch nach einer TZ-EM-Rente wirkt unrealistisch und ist mehr dem fehlenden Eingeständnis geschuldet nicht mehr arbeitsfähig zu sein. Der Bezug der EM-Rente ist aber schließlich eine psychische Entlastung, da viele Dinge, die für sie Druck bedeuten (etwa Termine bei der BA) nun wegfallen. Ursächlich ist der Krankheitsverlauf von Frau Pasch wohl in unbearbeiteten Traumata in der Kindheit und Jugend zu suchen, die an einer bestimmten Stelle in ihrem Leben (hier: Geburt des Enkels) aufbrechen und einen unmittelbaren

Einfluss auf ihre Arbeit haben. Es gelingt ihr danach nicht mehr sich zu stabilisieren, was am Ende in die EM-Rente führt.

Bei Frau Horst, deren Geschichte bereits im Kapitel 7.4.3 dargestellt wurde, fällt zunächst auf, dass im RSD-File bis 2017 fast durchgehend eine Erwerbstätigkeit angezeigt wird, es hier also keine besonderen Auffälligkeiten gibt die auf ein (negatives) Ende des Verlaufs hindeuten, was die Schwierigkeit einer jeden Prognose zukünftiger Entwicklungen aufgrund von Routinedaten zeigt. Im Interview stellt sich nämlich heraus, dass Frau Horst mit zu den schwer belasteten Teilnehmerinnen gehört. Ohne den Fall nochmals im Detail zu beschreiben (siehe Kap. X) wirkt Frau Horst im Gespräch schwer depressiv und muss auch während des Interviews Medikamente einnehmen. Sie ist seit vielen Jahren suizidgefährdet und muss immer wieder seit 2018 in eine Tagesklinik oder wird stationär aufgrund von Eigengefährdung in die Psychiatrie aufgenommen. Nach einer eineinhalbjährigen Phase der Arbeitslosigkeit von 2019-2020 wird ihr EM-Renantrag im September 2021 schließlich bewilligt. Der Antrag auf eine EM-Rente geht dabei aber nicht von ihr selbst aus, sondern vom behandelnden Psychiater der Akutklinik:

*und da bin ick ja dann in die (1) Klinik gekommen in die Akutklinik und dann, hatte mein, Psychiater gesagt der hat mir den Termin vereinbart weil er jedacht hat naja, die ruft da sowieso nicht an hätt ick och nicht jemacht also hat er angerufen, und hat den Termin ausjemacht drei Tage später dann hat er jesagt so und Sie ham jetzt drei Tage Zeit bevor Sie da hingehen um die Rente zu beantragen (.) dit hab ick dann jemacht (.) (Horst, Z. 459-466)*

Ähnlich wie bei Frau Pasch ist die Bewilligung der EM-Rente auch für Frau Horst zunächst eine psychische Erleichterung, da sie sich nun eingestehen kann nicht mehr arbeitsfähig zu sein und das nun auch amtlich bestätigt ist.

*äh ja ick war natürlich erstmal erleichtert und hab ja auch ähm die nochmal beantragt (.) und (2) ähm, äh feststeht dass ick im Moment halt, nicht so belastbar **bin**, wie ick mal war (Z 520-522). (...) jetzt langsam kann ick's akzeptieren also et hat wirklich (...) lange jedauert ick muss sagen da hat mir die Psychotherapie auch gut geholfen ähm dass ick viele Sachen akzeptieren kann und dass ick jetzt in Rente bin mh eben auch (.) und, wie gesagt ick kannte dit von meiner Schwester und dann hab ick jedacht oh Gott jetzt ist die da in EU-Rente oder EM-Rente heißt et ja jetzt ne (.) (Horst, Z. 1058-1064).*

Im Unterschied zu Frau Pasch hat Frau Horst im Verlauf keine LTA-Leistungen bezogen. Aus welchen Gründen lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht rekonstruieren. Die Vergabe von LTA Leistungen scheint öfters von „zufälligen Konstellationen“ abhängig zu sein, es entsteht auch bei



Sichtung aller Fälle der Eindruck, dass LTA Leistungen manchmal als „letzter Ausweg“ erscheinen, wenn bereits alles Mögliche ausprobiert wurde, ohne dass sie noch einen großen Effekt besitzen. Es lässt sich im Nachhinein aber nicht sagen, ob Frau Horsts negative Entwicklung durch eine LTA verhindert werden hätte können. Immerhin haben von den 13 hier von uns in die Gruppe der EM-Rentnerinnen zugewiesenen Versicherten 5 eine LTA bekommen, von denen alleine Frau Suhl aktuell wieder in Arbeit ist und Frau Klein darüber nachdenkt, trotz bereits erfolgter Antragstellung, wieder (reduziert) eine Berufstätigkeit aufzunehmen.

### *Teilzeit EM-Rente*

Eine besondere Rolle nimmt in dem hier verhandelten Kontext die Teilzeit-EM-Rente ein. § 43 Abs. 1 SGB VI regelt den Anspruch auf die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Danach besteht für Versicherte der Gesetzlichen Rentenversicherung ein Anspruch auf die Rente bis zur Vollendung der Regelaltersgrenze, wenn eine teilweise Erwerbsminderung vorliegt. Da der Anspruch auf die teilweise Erwerbsminderungsrente durch § 43 Abs. 1 SGB VI bis längstens zur Regelaltersgrenze gewährt wird, wird mit Erreichen dieser Altersgrenze die Rentenzahlung eingestellt. Die betroffenen Versicherten können dann eine Altersrente beantragen und beziehen. Eine teilweise Erwerbsminderung liegt bei Versicherten dann vor, wenn es ihnen aufgrund einer Krankheit oder Behinderung nicht mehr möglich ist, auf nicht absehbare Zeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. In dem hier vorliegenden Sample befindet sich lediglich eine Person in Teilzeit EM-Rente, die hier kurz vorgestellt werden soll.

Frau Brunswig ist zum Zeitpunkt des Interviews 49 Jahre und lebt in einem Haus alleine in einem kleinen Dorf. Sie war über 20 Jahre in der Flüchtlingsbetreuung mit Jugendlichen tätig bis 2015 ein Gewaltvorfall bei der Arbeit eine schwere Krise bei ihr auslöst.

*ja also ähm, ich hatte ähm- ich habe ähm über zwanzig Jahre Flüchtlinge betreut in einem Heim in Brandenburg also es gab nur ein Heim für minderjährige Flüchtlinge, die ohne Eltern hier waren (.) äh hab ich auch sehr **gerne** gemacht ähm 2015 kam es dann zu einem großen sag ich jetzt mal **Gewalterlebnis** war ne große Schlägerei, und mit zwanzig Jahren Erfahrung (...) also mh mh Polizei und so war alles da wir waren- mh fünf Kollegen waren mit dabei (.) ähm, es ging am nächsten Tag weiter und f=für mich war dit so schlimm, weil die Polizei uns och nicht geholfen hat muss ick sagen dass ick wirklich an dem Tag gemerkt habe mh hier muss ick aussteigen also dit war für mich, **so schlimm** ähm und war dann anschließend zwei Jahre krankgeschrieben oder anderthalb glaub ick man hat ja siebzig Wochen oder so (.) (Brunswig, Z. 15-27).*

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Seit diesem Ereignis leidet Frau Brunswig an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Wie sich im Gespräch aber herausstellt war nicht alleine ihr Beruf ein belastender Faktor. Nach der Trennung von ihrem Ex-Mann ist sie jahrelang seinem Stalking ausgesetzt, was sie psychisch sehr belastet. Dazu kommt, siehe die obigen Aussagen zu Komorbiditäten, dass sie seit ihrer Jugend an einer schweren Skoliose leidet und regelmäßig somatische Rehas in Anspruch nimmt.

Nach dem Vorfall an ihrem Arbeitsplatz ist sie fast 3 Jahre krankgeschrieben und erhält ambulante psychologische Hilfe. 2016 hat sie eine erste psychosomatische Reha, wird aber nach der Rückkehr aus der Reha krankgeschrieben und stellt 2017 einen Antrag auf EM-Rente der abgelehnt wird. Eine sozialgerichtliche Verhandlung endet schließlich mit einem Kompromiss. Frau Brunswig ist in ihren Augen zwar nicht mehr in Vollzeit leistungsfähig, fühlt sich aber stark genug einer Teilzeitarbeit nachzugehen.

*dann hab ick gesagt mein Gott ick will doch gar nicht die volle Rente ick arbeite so gerne mir würde dit total fehlen dieser äh Austausch mit=mit Kollegen (...) äh ne halbe Rente dazu kriege dann hab ick beidet also ick muss mich nicht verausgaben dit schaff ick dann grad so die vier Stunden (Brunswig, Z. 1092-1101).*

Zum Zeitpunkt des Interviews bezieht Frau Brunswig eine TZ-EM-Rente und ist halbtags beschäftigt, ein Pensum, das sie nach eigenen Angaben, in der Regel gut bewältigen kann und das ihr ermöglicht sich in der freien Zeit so weit zu erholen, dass sie die Arbeit, wieder im sozialen Bereich, ohne größere Probleme bewältigt. Die Teilzeit EM-Rente ermöglicht, trotz eingeschränkter (psychischer) Gesundheit einer Erwerbsarbeit nachzugehen. Voraussetzungen dafür sind nach unseren Erkenntnissen in der Regel die Möglichkeit am alten Arbeitsplatz die Stundenzahl zu reduzieren, als auch, falls notwendig, einer anderen, weniger belastenden Tätigkeit in Teilzeit, nachzugehen. Aus unserer vorhergehenden Studie WEMRE geht hervor, dass sich nur sehr wenige Personen in Teilzeit EM-Rente befinden. Warum die Teilzeit-Rente relativ selten vergeben wird, bleibt eine offene Frage. Die Teilzeit EM-Rente kann ein sinnvolles Instrumentarium sein, damit Personen mit Beeinträchtigungen weiter in Erwerbsarbeit verbleiben können. Frau Brunswig ist dafür ein klassisches Beispiel, bleibt aber eine Ausnahme im hier vorgestellten Sample.

### *Zusammenfassung*

Betrachten wir die Gruppe der EM-Rentnerinnen über alle oben dargestellten Formen hinweg lassen sich folgende Merkmale zusammenfassen:

Das Alter der Personen zum Zeitpunkt des Interviews liegt zwischen 47 und 63 Jahren, es befinden sich ausschließlich Frauen in dieser Gruppe. Bei allen Personen finden wir im Verlauf ihres Lebens sehr viele

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Maßnahmen, in der Regel mehrere somatische oder auch psychosomatische Rehas, oft abwechselnd innerhalb weniger Jahre. Praktisch alle Versicherten haben zu irgendeinem Zeitpunkt Psychotherapie oder ambulante psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen. Sieben Personen wurden auch zu einem oder mehreren Zeitpunkten stationär psychiatrisch behandelt. Fünf Personen (Frau Pasch, Frau Zeppelin, Frau Paula, Frau May, Frau Suhl) haben mindestens eine LTA-Leistung bezogen, eine Person davon, Frau Suhl, befindet sich aktuell wieder in Arbeit.

Bei der Rekonstruktion der Gruppenzugehörigkeit lässt sich ebenfalls kein allgemeines Muster erkennen. Die Personen in der hier besprochenen Sample kommen aus allen möglichen unserer Hauptgruppen und sind teilweise zusätzlich in anderen Quergruppen zu finden. Zwei aus LMRpsych1, zwei aus der Gruppe der Wiederholer, eine Reha vor Klinik, eine aus LMRpsych\_1 + LTA\_IN, aber immerhin fast die Hälfte aus einer Gruppe mit mindestens einer somatischen Reha. Insgesamt liegt bei 9 von 13 Personen in der Gruppe eine Komorbidität (v.a. Orthopädie und Onkologie) vor, das auffälligste Merkmal des hier besprochenen Samples.

Die Berufe der Befragten sind gemischt, wobei die Sozial- und Gesundheitsberufe (hier gibt es aber auch allgemein eine Mehrheit an Frauen) überwiegen. In der Regel finden wir lange Phasen der Erwerbstätigkeit, unterbrochen von Reha-Maßnahmen oder anderen medizinisch-psychologischen Behandlungen. Familiäre und private Probleme stehen bei einigen der Betroffenen im Vordergrund und verstärken vorhandene Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Bei einzelnen Teilnehmerinnen kommt es im Laufe des Lebens zu Retraumatisierungen, ausgelöst durch einzelne Ereignisse (etwa Geburt eines Enkelkinds), die auch mit noch so viel Unterstützung, etwa psychotherapeutische Behandlung, nicht mehr bewältigt werden können und dauerhaft erwerbsunfähig machen.

Die Gruppe der Antragstellerinnen unterscheidet sich von den bereits in EM-Rente befindlichen Personen im Wesentlichen darin, dass letztere zeitlich weiter sind. Es ist davon auszugehen, dass auch die Antragstellerinnen in eine EM-Rente kommen und eine Rückkehr in Arbeit praktisch ausgeschlossen ist. Das zeigt das selbst mit unseren weit über die RSD-Daten hinausgehenden Informationen Prognosen über den zukünftigen Verlauf immer nur sehr unsicher sein können, da eine Unzahl von situativen Variablen und Ereignissen zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen führen können. Einzig die Kombination somatische plus psychische Erkrankung ist ein Risikofaktor, der bei einem Großteil der hier vorgestellten Gruppe sichtbar wird, wobei nicht immer eine somatische Erkrankung zeitlich früher vorhanden ist, sondern oft zu einer psychischen Beeinträchtigung mit fortgeschrittenem Alter eine somatische dazukommt.

Bei beiden Gruppen liegt die Vermutung nahe, dass die eingesetzten Maßnahmen zu einem bestimmten Zeitpunkt ausgereizt sind. Die Frage danach, was man noch tun hätte können oder wann

eine Intervention den negativen Verlauf hin auf eine EM-Rente verhindern hätte können, lässt sich – wenn überhaupt- nur in der Rückschau beantworten. Ob in der aktuellen Lebenssituation folglich eine adäquate Einschätzung der persönlichen Entwicklung, die sinnvolle Maßnahmen und Interventionen zur Folge hätten haben können, bleibt mehr als fraglich.

### *7.5.2. Gruppe mit Inanspruchnahme psychiatrischer Akut- und Tageskliniken*

Die Inanspruchnahme von stationären, teilstationären oder ambulanten Angeboten der psychiatrischen Versorgung oder von Psychotherapie wird in den Routinedaten der Rentenversicherung nicht erfasst, weil es sich hier um Leistungen der Krankenkassen handelt, die nicht im Zusammenhang mit rentenrelevanten Beschäftigungszeiten stehen. Im Fragebogen konnte die Nutzung dieser hypothetisch für die Beurteilung von Dramatik und Schweregrad der psychischen Beeinträchtigungen, aber für Besserung, Bewältigung und Rehabilitation der Symptome und den weiteren Verlauf der Erwerbsbiografie bedeutsamen Stationen über den gesamten Verlauf der Inanspruchnahmen psychiatrischer, psychosozialer, therapeutischer und rehabilitativer Leistungen und – in den Interviews – über den gesamten individuellen Krankheitsverlauf dargestellt werden. In der Auswertung des Fragebogens zeigte sich, dass 36,5 % oder 424 Personen (N = 1.162) angaben, eine psychiatrische (oder psychosomatische<sup>65</sup>) Akutklinik oder eine Tagesklinik genutzt zu haben; ergänzend zur Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation und von LTA-Leistungen (Basis: RSD-File) wurde auch nach der Inanspruchnahme von Fachärzten für Neurologie/Psychiatrie, Sozialpsychiatrischen Diensten und ambulanter Psychotherapie gefragt (vgl. Frage 23 im Fragebogen im Anhang). Unter den n = 70 im persönlichen Gespräch befragten Untersuchungsteilnehmern waren es 21 Personen, d.h. immerhin 30 % der Interviewstichprobe (18 Frauen, 4 Männer), die in psychiatrischen Einrichtungen stationär oder tagesklinisch behandelt wurden. Teilweise lagen die Behandlungen dabei schon vor 2010, also vor dem gewählten Anfangspunkt zur Analyse der RSD-Daten: 303 Personen, also über 70 % von n = 424 hatten entsprechende Behandlungen bis Ende 2009, 93 Personen zwischen 2010 und 2013, 25 Personen zwischen 2014 und 2017 und nur 3 Personen zwischen 2018 – 2021 in Anspruch genommen. Mit Blick auf den Endpunkt unserer Erhebungen (2021/22) verweist dies auf besonders lange und relativ früh einsetzende Krankheitskarrieren und einen hohen Grad an Vulnerabilität bei dieser Personengruppe. Vor diesem Hintergrund haben wir die Nutzer psychiatrischer Angebote als eigene quer zu den Hauptgruppen liegende Teilstichprobe ausgewählt. Dahinter stand die Vermutung, dass die Behandlung in einer stationären oder tagesklinischen psychiatrischen Einrichtung auf eine dramatische Krise oder eine besonders

---

<sup>65</sup> In den Interviews zeigte sich im Nachhinein, dass die Befragten in ihren Antworten nicht zwischen psychosomatischen und psychiatrischen Akutkliniken unterschieden haben.

schwerwiegende Krankheitsepisode mit entsprechend spezialisiertem Behandlungsbedarf hindeutet, mit langfristigen Folgewirkungen und längeren Inanspruchnahmeketten verbunden sein würde und die Befragten eine geringere Rate der Rückkehr in Arbeit aufwiesen.

Zwar hatten wir bei der Auswahl der RSD-Stichprobe Personen mit sogenannten „severe mental disorders“ (z.B. ICD-10, F-2, F-10) als Hauptdiagnose ausgeschlossen hatten. Bei den Personen im Fragebogen und in den Interviews mit ICD-10 F3 und F4 Hauptdiagnosen handelte es sich (nicht nur) in der Psychiatricnutzerguppe um Menschen, die von schweren oder rezidivierende Ausprägungen von Depressionen aus dem ICD-F-3 Spektrum (teilweise mit Suizidgedanken/-versuchen) oder von nachhaltig wirkenden bzw. aktualisierten Traumata (PTBS-Störungen ICD-10, F-43.1) aus dem F-4 Diagnosespektrum berichteten. Diese Ergebnisse zeigen, dass es weniger die Diagnosen sind, die den Schweregrad einer psychischen Störung/Krankheit vorhersagen, als vielmehr die tatsächlichen Beeinträchtigungen, die im Zusammenspiel zwischen subjektivem Leiden, situativen Faktoren (wie Scheidung, Kündigung der Arbeitsstelle, Tod oder schwere Erkrankung eines Angehörigen), erworbener Vulnerabilität (z.B. mangelnde elterliche Wertschätzung, Misserfolge in der bisherigen Bildungs- und Berufsbiografie) und langfristigen Belastungen im Berufsleben (von beständigen Überstunden, von der Differenz zwischen Verausgabung und „Belohnungen“, über Mobbing bis zu Burnout) zu Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit und/oder der Selbstversorgung führen. Die psychischen Beeinträchtigungen wurden von den Befragten oft auf belastende Ereignisse in Kindheit und Jugend (z.B. Gewalt, Missbrauch, alkoholkranker Elternteil, Tod eines Geschwisters), auf Traumata, auf die Arbeitswelt oder auf Lebenskrisen oder Verschärfungen schon bestehender Vulnerabilitäten zurückgeführt, die mit einer akuten Bedrohung der Selbstversorgung und/oder der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit verbunden waren, für deren Therapie die Pflichtversorgungsangebote der Psychiatrie – in den meisten Fällen durch behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten veranlasst – in Anspruch genommen wurden und in den Interviews retrospektiv als hilfreich angesehen wurden.

Trotz der großen Heterogenität auch dieser Teilstichprobe zeigten sich einige *gemeinsame Charakteristika dieser Gruppe* der Versicherten, die sie von den auf Basis der Analysen der Fragebogendaten und des RSD-Files beschriebenen *Nichtnutzern der genannten psychiatrischen Angebote unterscheiden*. In den Fallstudien zeigen sich dann ganz konkret wie persönliche Entscheidungsprozesse wie etwa eine nicht passende Berufswahl, situative Konstellationen mit kritischen Lebensereignissen oder bereits vorhandene Vulnerabilitäten Krankheits-„karrieren“ beeinflussen; damit geht allerdings kein zwangsläufiges Ausscheiden aus dem Berufsleben einher: insbesondere jüngeren Betroffenen gelingt eine Rückkehr in Arbeit und/oder eine – von der Nutzung von psychotherapeutischen Angeboten und LTA-Leistungen begleitete und unterstützte –

Stabilisierung im Beruf, oft allerdings erst nach langen und komplexen Inanspruchnahmekarrieren. In den Interviews finden sich dazu eine Reihe von Personen, die aus unterschiedlichen Gründen, darauf angewiesen sind immer wieder und über lange Zeiträume in ihrem Leben auf Angebote aus dem psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Spektrum oder auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zurückgreifen müssen, um in Arbeit zu bleiben oder nach Krisen wieder in Arbeit zu kommen. Alle in die quantitativen wie in die qualitativen Analysen einbezogenen Personen dieser „Quergruppe“ sind auch in den Hauptgruppen vertreten, besonders stark bei den Mehrfachnutzern und bei den zusätzlich zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommenen LTA-Leistungen. Alle Personen aus dieser haben auch psychologische Beratung oder Psychotherapien genutzt.

### *Quantitative Analyse auf Basis der RSD-Files und der Fragebogenerhebung*

Der *quantitative Vergleich* der Versicherten, die im Fragebogen einen (oder mehrere) Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik und/oder in einer Tagesklinik angegeben hatten (n = 424) mit den Studienteilnehmern, die keine derartige Leistung in Anspruch genommen hatten (n = 738) ergab folgendes Bild<sup>66</sup>, wie es ausschnittweise in der nachfolgenden Tabelle 31 dargestellt wird. Die zentralen Ergebnisse werden im Anschluss an der Tabelle näher erläutert.

---

<sup>66</sup> Vgl. Anhang 12.2 „Teilbericht über die Auswertung der Linkage-Daten“.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Tabelle 31 Merkmale der Psychiatriegruppe aus dem Fragebogen (Quelle: iqr Auswertung).

Merkmale Psychiatriegruppe Fragebogen	N	nein, N = 738 <sub>1</sub>	ja, N = 424 <sub>1</sub>	p-value <sub>2</sub>	f23_3: irgendwann Tagesklinik oder Psychiatrie (424 Personen ja, 738 Personen nein)
f23_akut	1,162			<0.001	
0		738 (100%)	0 (0%)		
1		0 (0%)	303 (71%)		
2		0 (0%)	93 (22%)		
3		0 (0%)	25 (5.9%)		
4		0 (0%)	3 (0.7%)		
Geschlecht	1,162			0.003	mehr Männer
Frau		584 (79%)	303 (71%)		
Mann		154 (21%)	121 (29%)		
Altersgruppe in 2018	1,162			<0.001	jünger
na		0 (0%)	0 (0%)		
<=18		0 (0%)	0 (0%)		
19-28		0 (0%)	0 (0%)		
29-38		48 (6.5%)	43 (10%)		
39-48		119 (16%)	91 (21%)		
49-58		357 (48%)	218 (51%)		
59-63		214 (29%)	72 (17%)		
64-68		0 (0%)	0 (0%)		
69+		0 (0%)	0 (0%)		
Bundesgebiet	1,162			0.6	
Ostdeutschland mit Berlin		151 (20%)	92 (22%)		
Westdeutschland		587 (80%)	332 (78%)		
Staatsangehörigkeit	1,162			0.083	
andere		20 (2.7%)	5 (1.2%)		
Deutsch		718 (97%)	419 (99%)		
höchster Berufs-/Studienabschluss	1,147			0.030	
1		325 (45%)	216 (51%)		mehr mit Bildungsabschluss "Lehre"
2		168 (23%)	92 (22%)		
3		113 (16%)	60 (14%)		
4		107 (15%)	39 (9.3%)		
5		14 (1.9%)	13 (3.1%)		mehr "ohne Berufsausbildung"
Unknown		11	4		
RTW.18	1,162	453 (61%)	242 (57%)	0.15	seltener RTW in 2018
RTW.21	1,162	480 (65%)	284 (67%)	0.5	
RTW.stab.21	1,162	254 (34%)	129 (30%)	0.2	
f5_1	1,162	257 (35%)	154 (36%)	0.6	
f5_2	1,162	217 (29%)	123 (29%)	0.9	
f5_3	1,162	20 (2.7%)	15 (3.5%)	0.4	
f5_4	1,162	35 (4.7%)	21 (5.0%)	0.9	
f5_5	1,162	33 (4.5%)	12 (2.8%)	0.2	
f5_6	1,162	200 (27%)	113 (27%)	0.9	
f6_1	1,162	29 (3.9%)	29 (6.8%)	0.028	mehr volle EMR
f6_2	1,162	7 (0.9%)	8 (1.9%)	0.2	
f6_3	1,162	38 (5.1%)	11 (2.6%)	0.037	weniger ALG1
f6_4	1,162	12 (1.6%)	15 (3.5%)	0.037	mehr Transferleistungen
f6_5	1,162	111 (15%)	34 (8.0%)	<0.001	weniger in Altersrente, da die Gruppe insgesamt jünger ist
f6_6	1,162	4 (0.5%)	4 (0.9%)	0.5	
f6_7	1,162	37 (5.0%)	41 (9.7%)	0.002	mehr im Krankengeldbezug
f6_8	1,162	492 (67%)	275 (65%)	0.5	
age_psy_hilfe	1,14	44 (11)	41 (12)	<0.001	jünger bei erster ärztl/psychother Hilfe
Unknown		17	5		
age_psy_krise	956	42 (12)	39 (12)	<0.001	jünger bei erster psych Krise
Unknown		156	50		
age_psy_berufAe	545	50 (9)	49 (9)	0.2	
Unknown		425	192		
age_psy_reha	1,134	47 (10)	44 (10)	<0.001	jünger bei erster Reha
Unknown		15	13		
age_psy_lta	320	45 (10)	45 (9)	>0.9	
Unknown		565	277		
dau	1,162	16 (25)	23 (28)	<0.001	längere Dauer von ALO/Krankengeld bis Reha (RSD-Merkmal)
f23d_berat_psyneur	1,162	480 (65%)	363 (86%)	<0.001	mehr irgendwann psychiatrische/neurologische Beratung/Behandlung
f23d_berat_sozpsy	1,162	24 (3.3%)	49 (12%)	<0.001	mehr ...
f23d_verhaelt_arb	1,162	371 (50%)	237 (56%)	0.065	mehr ...
f23d_verhalten	1,162	107 (14%)	87 (21%)	0.008	mehr ...
f23d_lta_andere	1,162	71 (9.6%)	39 (9.2%)	0.8	
f23d_drv_ns	1,162	343 (46%)	198 (47%)	>0.9	
f26	1,147	6.71 (2.33)	6.43 (2.28)	0.034	etwas weniger zufrieden mit Behandlungs-/Rehaverlauf
Unknown		11	4		
lei_nur10bis17	1,162	461 (62%)	186 (44%)	<0.001	längere Leistungsektten

(1) *Alter bei der Inanspruchnahme stationärer und tagesklinischer psychiatrischer Leistungen:*

Insgesamt sind die Versicherten aus der Psychiatriegruppe im Vergleich zu den anderen im Fragebogen Befragten etwas jünger: so finden sich in der Altersgruppe zwischen 29 und 48

Jahren 31 % Psychiatrienutzer, bei den Nichtnutzern sind es nur 22,5 % (p-Wert: 0,001). Das bedeutet, dass sich die Krisen, die eine Aufnahme in einer psychiatrische Akut- oder Tagesklinik erforderten, bereits zu einem relativ frühen Zeitpunkt im jüngeren und mittleren Erwerbsalter manifestiert haben. Das Durchschnittsalter beim Auftreten der ersten psychischen Krise liegt bei der Psychiatriegruppe bei 39 Jahren und damit drei Jahre unter dem der anderen Befragten (p = 0.001); das gilt auch für das Durchschnittsalter bei der ersten Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer Hilfe wegen der psychischen Beeinträchtigung, das bei 41 Jahren liegt (Vergleichsgruppe 44 Jahre; p = 0.001). Die relativ frühe Symptombelastung bei der Psychiatriegruppe bestätigt sich auch mit Blick auf die in der Studie berücksichtigten Zeitpunkte der Inanspruchnahme: so haben 303 Personen bis 2009, 93 Personen zwischen 2010 und 2013, 25 Personen zwischen 2014 – 2017 und nur 3 Personen im Zeitraum von 2018 – 2021 nach eigenen Angaben akut- oder tagesklinische psychiatrische Angebote genutzt. In den Interviews zeigt sich, dass diese frühe Inanspruchnahme bei vielen Befragten auf bereits während der Kindheit und Jugend auftauchende Probleme (schwierige Familienverhältnisse, mangelnde Anerkennung, Vernachlässigung bis hin zu Gewalt), eine unpassende Berufswahl oder abgebrochene Bildungsgänge oder auf nach kurzer Zeit gescheiterten Ehen/Partnerschaften zurückgeführt werden kann. Dass diese in vielen Biografien vorkommenden Ereignisse bei den hier Befragten eine so dramatische Wendung einer oft über viele Jahre erforderlichen professionellen Behandlung und Rehabilitation genommen haben, lässt sich in den Fallgeschichten einerseits aus der situativen Verdichtung belastender Ereignisse, aber auch aus fehlenden Bewältigungskompetenzen und in einigen Fällen nur begrenzt vorhandener sozialer Einbindung und Unterstützung erklären.

- (2) *Geschlechterzusammensetzung*: Im Fragebogen sind mit 29 % in der Psychiatriegruppe mehr Männer vertreten als bei den Nichtnutzern stationärer und teilstationärer Psychiatrie (21 %; p = 0.003). In der Interviewgruppe befinden sich unter den 22 Personen nur 4 Männer, was auf den generellen Antwortbias verweist (Frauen antworten eher als Männer; vgl. Limitationen). Das Ergebnis widerspricht der Datenlage in der psychiatrischen Epidemiologie, die zeigt, dass Depressionen und Angststörungen häufiger bei Frauen vorkommen, Abhängigkeits-erkrankungen hingegen stärker bei Männern auftreten<sup>67</sup>. Allerdings sind die Daten der psychiatrischen Epidemiologie nicht auf die tatsächliche Nutzung stationärer und teilstationärer psychiatrischer Versorgungsangebote übertragbar. Eine schlüssige Erklärung

---

<sup>67</sup> Abhängigkeitserkrankungen hatten wie ebenso wie F-2 Diagnosen (Psychosen) in unserer Studie als Hauptdiagnosen ausgeschlossen.



## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

für dieses Ergebnis lässt sich aus unseren Daten nicht gewinnen; hypothetisch könnte man daran denken, dass Männer die Symptome so lange zu verdrängen versuchen, bis eine schwere akute Krise nur noch durch die Aufnahme in die Psychiatrie aufgefangen werden kann.

- (3) *Höchster Berufs- oder Studienabschluss.* In der Psychiatriegruppe ist hier der Anteil der Personen, die eine Lehre (Haupt- oder Realschulabschluss mit anschließender dualer Ausbildung) abgeschlossen haben mit 51 % deutlich höher als bei den Nichtnutzern psychiatrischer Angebote (45 %); auch liegt der Anteil von Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung“ mit 3,1 % über dem der Nichtnutzer (1,9 %). Letzteres verweist darauf, wie sich weiter unten in einigen Fallstudien zeigt, auch daran, dass den Betroffenen der berufliche Einstieg aufgrund starker psychosozialer Belastungen nicht gelungen ist und ein Abschluss auch später nicht nachgeholt werden konnte oder nicht mehr angestrebt wurde. Aus den Fallstudien geht zudem hervor, dass aufgrund der damaligen psychischen Belastungen und oft zusätzlicher materieller Engpässe eine weitergehende Qualifikation wie z.B. ein Studium nicht aufgenommen werden konnte (z.B. Frau Meister) und eine Lehre zumindest den Weg zu einer eigenständigen Existenzsicherung eröffnete. In den Fallstudien finden sich auch einige Hochschulabsolventen/-innen, die ihr Studium aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigungen nicht beenden oder den Anforderungen in dem damit eröffneten Berufsfeld nicht genügen konnten (z.B. Herr Kaul).
- (4) *Lebensform.* Hier liegt der Anteil der *alleinlebenden* Personen in der Psychiatriegruppe mit 31 % im Vergleich zu den anderen Befragten (25 %) zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung 2021 deutlich höher. Auch wenn die Angabe des Alleinlebens für sich genommen nicht automatisch als Indikator mangelnder sozialer Einbindung und Unterstützung gelesen werden kann, belegen wissenschaftliche Studien eine moderate bis starke Korrelation zwischen psychischen Störungen und dem Status „Alleinleben“ und dem berichteten Einsamkeitserleben (z.B. Jacob u.a. 2019; Nenov-Matt 2023), so dass der höhere Anteil an Alleinlebenden in dieser Gruppe als Risikofaktor auch in der Rehabilitation berücksichtigt werden muss.
- (5) *Erwerbsbiografische Endpunkte zum Erhebungszeitpunkt:* Rehabilitanden aus der Psychiatriegruppe ist die *Rückkehr in Arbeit* 2008 immer noch zu mehr als der Hälfte gelungen (57 %), aber tendenziell seltener im Vergleich zu den anderen Befragten (61 %). Personen aus der Psychiatriegruppe beziehen zudem weniger ALG\_I-Leistungen (2,6 % zu 5,1%;  $p = 0.037$ ), befinden sich länger im *Krankengeldbezug* (9,7 % zu 5,0 %;  $p = 0.001$ ), beziehen mehr *Transferleistungen* wie ALG\_II/Bürgergeld (3,5 % zu 1,6 %;  $p = 0.037$ ) und (Vollzeit-

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

)*Erwerbsminderungsrenten* (6,8 % zu 3,9%;  $p = 0.028$ ) im Vergleich zu den Versicherten, die weder in einer psychiatrischen Akut- oder Tagesklinik behandelt wurden. In der Verlaufsanalyse der RSD-Daten zeigt sich, dass die Mitglieder der „Psychiatriegruppe“ insgesamt auch längere Zeiten des Arbeitslosen- und des Krankengeldbezugs aufweisen.

- (6) *Ambulante psychiatrische und neurologische Behandlung und Beratung*. Die Befragten aus der Psychiatriegruppe geben deutlich mehr als alle anderen Befragten an, „psychiatrische und neurologische Behandlung und Beratung“ (86 % zu 65 %;  $p = 0.001$ ) oder einen Sozialpsychiatrischen Dienst (12 % zu 3,3 %) außerhalb psychiatrischer Akut- oder tagesklinischer Behandlung genutzt zu haben.
- (7) *Lange Leistungsketten*: Die Mitglieder der Psychiatriegruppe haben signifikant längere Leistungsketten der Reha-Inanspruchnahme (medizinische Reha und LTA-Leistungen) als die anderen Befragten ( $p = 0.001$ ); nimmt man die zusätzliche Nutzung stationärer, teilstationärer und ambulanter psychiatrischer Angebote hinzu, könnte man die Versicherten aus der Psychiatriegruppe auch als „high- and longterm-user“ bezeichnen. Lange Leistungsketten über den erwerbsbiografischen Verlauf hinweg und hohe Raten der Inanspruchnahme ambulanter Dienste, können als Indiz für eine hohe Vulnerabilität und eine geringe Stabilität der Mitglieder in dieser Quergruppe interpretiert werden. Die psychischen Beeinträchtigungen haben sich chronifiziert, was sich konkret auf Art und Umfang der Erwerbsbeteiligung (Stundenreduzierung, downgrading, Minijobs) auswirkt, wie an den Fallstudien weiter unten gezeigt wird; dieses „downgrading“ (z.B. Stundenreduzierung; Abgabe von vorherigen Führungsaufgaben; Aufgabe von Selbständigkeit) erscheint bei einer Reihe von Befragten auch als eine Form von Selbstschutz vor Überforderung, der mit der Anerkennung bleibender Vulnerabilität und „Krankheitseinsicht“ verbunden ist (vgl. z.B. Fallstudien Frau Meister in der Psychiatriegruppe, Frau Angstmann in der LMR\_2 Hauptgruppe und Herrn Mutmacher, in der LMRpsch\_1 Gruppe).
- (8) *Häufigere Nutzung von LTA-Leistungen* durch Versicherte aus der Psychiatriegruppe. Dies dürfte zum einen mit dem größeren Anteil an Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung liegen, zum anderen – und dafür liefern die Interviews Hinweise – daran, dass die bisherige berufliche Tätigkeit aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen nicht mehr ausgeübt werden kann. Bei der Inanspruchnahme von LTA-Leistungen dominieren Integrationsmaßnahmen gegenüber einer vollen (auf 2-Jahre verkürzten) Berufsbildung mit anerkanntem IHK-Abschluss. Darüber hinaus haben Versicherte aus der Psychiatriegruppe im Vergleich zu den anderen Befragten mehr innerbetriebliche Anpassungen beim Wiedereinstieg in Arbeit (z.B. BEM-Maßnahmen) oder im Arbeitsprozess in Anspruch

genommen (z.B. flexible Arbeitszeiten; Teilzeit) oder haben – das zeigte sich in den Interviews – auf eine vorherige Führungsposition verzichtet.

(9) *Attribution der Ursachen/Gründe für die psychischen Beeinträchtigungen:* Bei den Mehrfachantworten zu den vorgegebenen Ursachenzuschreibungen für die psychischen Beeinträchtigungen (vgl. Fragebogen, Frage 9 im Anhang) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Psychiatriegruppe und den anderen Befragten. Ein leichtes Übergewicht ergibt sich allerdings bei der Attribution „in meiner Kindheit/Jugend“, was, wie in den Fallstudien näher ausgeführt wird, häufig als Trauma oder mit vergleichbaren Begriffen (z.B. die Erinnerung an diese Zeit haben mich verfolgt) beschrieben wird. Dies könnte auch ein Grund für das im Unterschied zu den Nichtnutzern durchschnittlich jüngere Alter bei der Erstwahrnehmung beeinträchtigende Symptome und für den früheren Beginn der Inanspruchnahme in der Psychiatriegruppe sein.

Zusammenfassend lässt sich auf Basis der *quantitativen Analyse* festhalten, dass Versicherte aus der „Psychiatriegruppe“ folgende für Profil und Verlauf der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem breiten Spektrum der medizinischen, psychosozialen, psychosomatischen und beruflichen Teilhabeleistungen (Behandlung, Beratung, Rehabilitation, Qualifizierung) Charakteristika aufweisen:

Sie sind bei Auftreten der ersten Symptome und der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Versorgungssystem *jünger*, weisen *lange Krankheitskarrieren* auf, nutzen Versorgungsangebote im Vergleich mit anderen psychosomatischen Rehabilitanden *intensiver*, bezogen auf Rehabilitationsleistungen sind auch LTA-Leistungen, v.a. Integrationsmaßnahmen stärker im Nutzungsspektrum vertreten. Mit Blick auf das Ziel der (Wieder-)Eingliederung in Arbeit zeigen sich leichte Unterschiede, beim Eintritt in die Erwerbsminderungsrente ist die Psychiatriegruppe allerdings stärker vertreten.

### *Qualitative Analyse der „Psychiatriegruppe“*

In der Psychiatriegruppe befinden sich 21 Personen, 17 Frauen und vier Männer, die sich, wie aus der nachstehenden Tabelle 32 hervorgeht, in folgender Weise auf die Hauptgruppen der Reha-Inanspruchnahme verteilen, wobei 12 Personen zusätzlich zu den psychiatrischen Aufnahmen auch mindestens eine psychosomatische Reha-Maßnahmen und acht von ihnen zusätzlich LTA-Leistungen erhalten hatten; fünf Personen gehören zudem auch noch zur Quergruppe der EM-Rentenbezieher und drei zur Hauptgruppe der „Wiederholer“. Dreizehn Befragten ist zum jeweiligen Zeitpunkt der Befragung (2021/22) eine Rückkehr in Arbeit gelungen, eine Frau ist arbeitslos und bezieht zusammen mit einer Person aus der RTW-Gruppe Krankengeld, zwei Personen befinden sich noch in einer LTA-Integrationsmaßnahme. Mit Blick auf die Lebensform geben 10 Personen an alleinstehend zu sein,

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

davon zwei alleinerziehende Frauen, 11 Personen leben mit einem/r Ehepartner/in zusammen, 3 davon zusätzlich mit Kindern und eine Person lebt bei seinen Eltern. Das Durchschnittsalter liegt bei 49,2, der Median bei 53 Jahren. 14 Personen haben eine Lehre abgeschlossen, drei Personen eine Fachschulausbildung und fünf Personen haben eine Fachhochschule oder eine Universität besucht. Die Angaben zur Attribution sind unvollständig, auffällig ist jedoch, dass sechs Personen ihre psychische Beeinträchtigung durch ein Trauma verursacht sehen und nur drei Personen ihre Beeinträchtigung der Arbeitswelt zurechnen. Eine Person gibt zusätzlich zum Trauma auch noch eine Vererbung als vermutete Ursache ihrer Störung an. Die anderen Attributionen beziehen sich auf die Familie. Eine um Diagnosen und die Zugehörigkeit zu den Hauptgruppen erweiterte zusammenfassende Übersicht zur Psychiatriegruppe findet sich in der nachfolgenden Tabelle 32, an die sich eine grafische Darstellung anschließt.

Bei der Inanspruchnahme stationärer bzw. teilstationärer psychiatrischer Klinikangebote handelte es sich in keinem Fall um Unterbringungen nach PsychKG, sehr wohl aber um Einweisungen von Haus- oder Fachärzten in sehr kritischen Situationen, wie etwa bei Suizidgefährdung/-versuch (Frau Quarz, erste Psychiatrieaufnahme) oder bei Gefährdung der Selbstversorgung (Herr Traut, Frau Meister), also in akuten Krisensituationen; einige der Befragten hatten sich selbst eingewiesen (Frau Quarz, 2. Psychiatrieaufnahme), weil sie keinen anderen Ausweg mehr sahen und auch retrospektiv die Versorgung in der Psychiatrie als hilfreich erlebt hatten. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass keine/-r der Befragten das Thema Stigmatisierung durch die Behandlung in der Psychiatrie von sich aus aufgegriffen hat.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Tabelle 32 Übersicht über zentrale Merkmale des Interviewsamples der Psychiatriegruppe, n=21.

Pseudonym	Alter	Lebensform	Diagnose	Attribution	(Aus)-Bildung	Verlaufgruppen (fein)	Berufsstatus zum Interviewzeitpunkt (2021/2022)
<b>Frau Bader</b>	50	alleinstehend	F3	aufgeschichtet Familie/ADHS	Fachhochschule	LMRpsych_2 + LTA_IN	LTA_IN
<b>Herr Baum</b>	49	bei Eltern, allein	F3	Kr. Lebensereignis	Lehre	LTA_Q	RTW
<b>Frau Frieda</b>	60	Partner i.H.	F	aufgeschichtet	Lehre	LMRpsych_2 + LMRsom + LTA_IN	RTW
<b>Frau Horst</b>	56	Partner	F3	Som. Erkrankungen Familie	Fachschule	LMRpsych_1 + LMRsom	EMR
<b>Frau Ida</b>	47	Partner + Ki.	F3	Trauma, Familie	Lehre	LMRpsych_1	RTW
<b>Frau Julius</b>	33	Partner	F4	aufgeschichtet	Lehre	LMRpsych_2	RTW
<b>Frau Jung</b>	39	alleinstehend	F3	aufgeschichtet Arbeit	Hochschule	LMRpsych_2 + LTA_IN	LTA_IN
<b>Herr Kaul</b>	55	Partner i.H.	F3	aufgeschichtet Vererbung; Familie; Arbeit	Hochschule	Wiederholer	RTW
<b>Frau Klick</b>	61	Partner	F3	Som. Erkrankungen Familie	Fachhochschule	Wiederholer	EMR
<b>Frau Konrad</b>	53	alleinstehend	F3	aufgeschichtet, Familie, Arbeit, Beziehungspr.	Lehre	LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_IN	RTW

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Frau Kren</b>	50	Partner i.H.	F4	Trauma	Lehre	LMRpsych_2	RTW
<b>Frau Meister</b>	45	Ehepartner + Ki.	F4	Trauma	Lehre	LMRpsych_2	RTW
<b>Frau Pasch</b>	55	allein m. Ki.	F3	Trauma	Fachschule	LMRpsych_2 + LTA_IN	EMR
<b>Frau Quarz</b>	53	Partner	M4	Trauma	Lehre	LMRpsych_2 + LMRsom + LTA_IN	ALO + KG
<b>Frau Reim</b>	53	Partner i.H.	F3	aufgeschichtet	Lehre	LTA_IN	RTW
<b>Frau Rübe</b>	63	alleinstehend	F3	Kr. Lebensereignis Familie	Fachhochschule	LMRpsych_1	EMR
<b>Herr Rupp</b>	52	alleinstehend	F4	Trauma	Lehre	LMRpsych_1	RTW
<b>Frau Tosch</b>	58	alleinstehend	M5	Trauma, Vererbung	Fachschule	Wiederholer	RTW
<b>Herr Traut</b>	51	Partner m. Ki.	F3	aufgeschichtet/ Familie/ Kindheit	Lehre	LMRpsych_2 + LTA_Q	RTW
<b>Frau Voß</b>	36	allein m. Ki.	F3	Trauma/ Familie	Lehre	LMRpsych_1	RTW
<b>Frau Zeppelin</b>	61	alleinstehend	F3	som. Erkrankungen	Lehre	LMRpsych_2 + LMRsom + LTA_IN	EMR

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

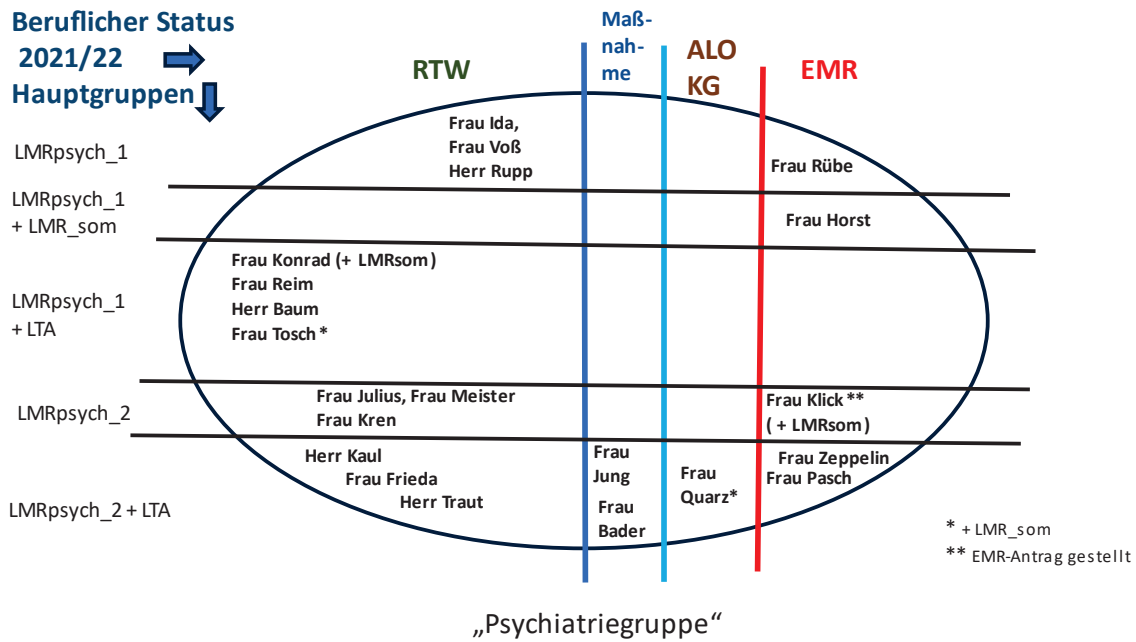


Abbildung 44 Rehabilitanden aus der Psychiatriegruppe (n = 21, 17 w, 4 m): Status am Ende der Erhebung 2021/22 und Zuordnung zu den Hauptgruppen (Quelle: eigene Darstellung).

### Ausgewählte Fallkonstellationen

Im Folgenden werden einige Fallkonstellationen aus der „Psychiatriegruppe“ beispielhaft dargestellt. Wir haben uns hier für die ausgewählte Darstellung von Versicherten mit besonders langen und intensiven Inanspruchnahmeketten (LMRpsych\_2 + LTA) entschieden, um das Zusammenspiel zwischen Krisen, Inanspruchnahme von Hilfen, Lernprozessen und Veränderungen im Umgang mit den Beeinträchtigungen in Lebens- und Arbeitswelt zu rekonstruieren und dabei Hinweise auf fördernde aber auch hemmende Elemente für eine Rückkehr in Arbeit und Stabilisierung der Lebenssituation zu gewinnen.

Die beiden zunächst vorgestellten Personen aus der Hauptgruppe LMRpsych\_2 + LTA – insgesamt acht Personen in der Psychiatriegruppe – weisen einige Gemeinsamkeiten auf, so dass sie als Fälle „minimalen Kontrasts“, gleichsam als „Zwillinge“ behandelt werden können:

- beide Personen sind fast gleich alt, Herr *Traut* ist 51 Jahre alt, Frau *Quarz* 51 Jahre;
- haben beide einen qualifizierten Hauptschulabschluss mit anschließender kaufmännischer Lehre im Einzelhandel absolviert;
- wurden kurz nach der Geburt ihrer Kinder von ihrem damaligen Partner bzw. damaligen Partnerin verlassen und haben danach wieder eine neue Partnerin bzw. einen neuen Partner gefunden, die sie auch bei der Problembewältigung unterstützen;

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

- beide weisen eine sehr lange Krankheitsgeschichte auf – bei Herrn Traut vom Beginn der ersten Symptome bis zum Befragungszeitpunkt mehr als 20 Jahre, bei Frau Quarz von der ersten Behandlung bis heute sogar mehr als 40 Jahre;
- die Inanspruchnahmekette umfasst psychiatrische Akutaufenthalte und Tagesklinik ebenso wie psychosomatische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wengleich *Herr Traut* eine Umschulung (2 Jahre) und *Frau Quarz* eine Integrationsmaßnahme (Anpassungsqualifizierung 9 Monate + 6-monatiges Langzeitpraktikum) erhalten hat;
- beide Befragte berichten positiv von der Unterstützung durch die Fachkräfte und von der Wirkung der Maßnahmen;
- bei der Ursachenzuschreibung geben beide Befragten Familie bzw. Kindheit an, Herr Traut zusätzlich und an erster Stelle die Belastungen in der Arbeitssituation;
- Herr *Traut* ist in einer Großstadt mit einer gut ausgebauten medizinischen und psychosozialen Infrastruktur aufgewachsen und lebt dort auch heute noch; Frau *Quarz* lebt in einer südwestdeutschen Kleinstadt in einer Metropolenregion, von der aus psychosoziale und rehabilitative Angebote auf kurzen Wegen erreichbar sind, so dass die Zugänge zur Versorgung für beide Personen vergleichbar günstig sind.
- Aufgrund ihrer psychosozialen und familiären Entwicklung sind beide Personen hochgradig psychisch vulnerabel und sehen sich – auf jeweils unterschiedliche Weise – mit einer langandauernden und psychisch belastenden Verarbeitung kritischer Lebensereignisse, bei Frau *Quarz*, auch aufgrund nachwirkender *traumatischer* Erfahrungen aus der Kindheit konfrontiert; der Kontaktabbruch zum Sohn aus erster Ehe bei Herrn *Traut* und der zeitweilige Kontaktabbruch der Tochter von Frau *Quarz* machen sich immer wieder mal mehr im Hintergrund, situativ aber auch ganz akut als beständige psychische Belastung unaufgelöster und -bewältigter Konflikte bemerkbar.

Während Herrn *Traut* zum Zeitpunkt der Befragung 2022 die Rückkehr in Arbeit und eine Stabilisierung gelungen ist, ist Frau *Quarz* zu diesem Zeitpunkt krankgeschrieben und arbeitslos, hat aber einen Antrag auf eine weitere Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt und besitzt klare (aber vielleicht nicht ganz realistische) Vorstellungen für eine weitere Berufstätigkeit als Yogalehrerin; anders als bei Herrn *Traut*, machen sich bei ihr aktuell die Nachwirkungen einer noch nicht lange zurückliegenden orthopädischen Operation an der Halswirbelsäule mit anschließender Reha bemerkbar. Hier liegt ein wichtiger Unterschied zu Herrn *Traut* vor, weil Frau *Quarz* noch (wie auch Frau *Zeppelin*) in der LMRpsych\_2 + LTA Verlaufsgruppe noch zusätzlich eine schwerwiegende somatische Komorbidität aufweist und auch eine somatische Reha durchlaufen hat. Diese Differenz dürfte ein Grund dafür sein,



## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

dass sie größere Schwierigkeiten beim RTW hat, als Herr *Traut*. Gemeinsam wiederum ist bei beiden Interviewten ein insgesamt gutes Ineinandergreifen von medizinischer Rehabilitation und LTA-Leistungen, auch wenn die erste psychosomatische Rehabilitation für Herrn *Traut* in der Rückschau zu früh kam (vgl. auch die Situation von Frau *Meister* in der Hauptgruppe LMRpsych\_2; Kap. 7.4.4).

### Herr Traut

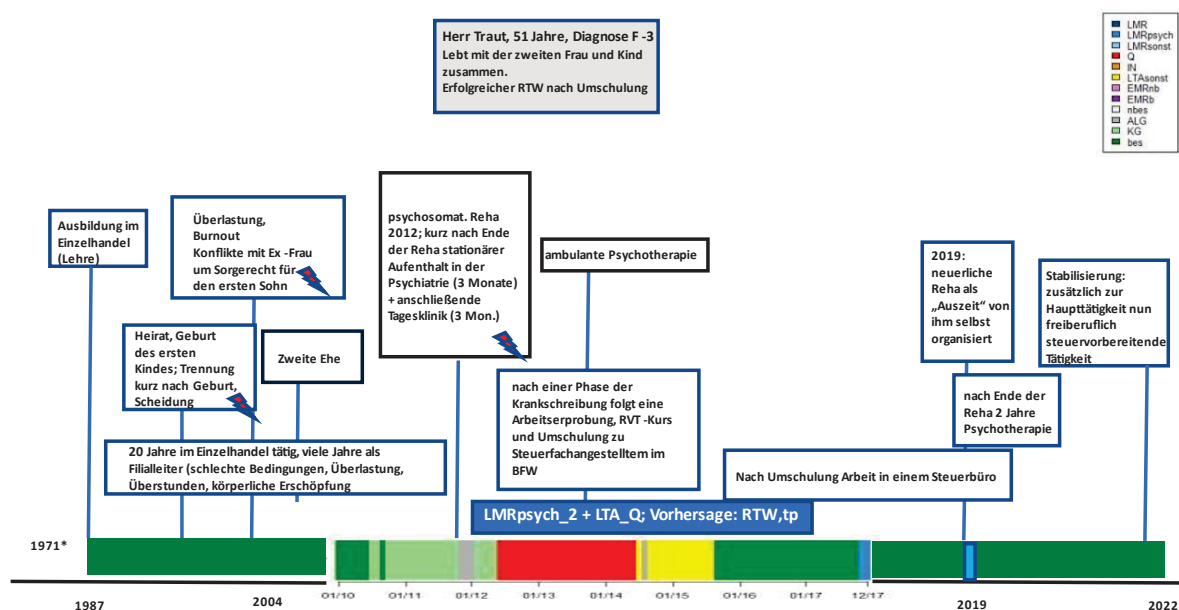


Abbildung 45 Verlaufsdarstellung Herr Traut (Quelle: eigene Darstellung).

Tabelle 33 Übersichtstabelle Herr Traut.

<b>Geschlecht:</b>	männlich
<b>Alter:</b>	52 Jahre
<b>Familienstatus:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geschieden; der Sohn aus erster Ehe, hat den Kontakt zu seinem Vater abgebrochen;</li> <li>- in zweiter Ehe verheiratet, mit Kind</li> </ul>
<b>Wohnort:</b>	Großstadt
<b>Diagnosen aus RSD (letzte Inanspruchnahme: LTA)</b>	F3, Burn-out

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- körperliche Erschöpfungszustände wegen zu vieler Überstunden und Überforderung;</li> <li>- „Burn-out“: konnte Diagnose erst nach längerer Zeit annehmen (in der Psychiatrie);</li> <li>- Panikattacken während der Arbeit und auch schon bei m Gedanken an seine Arbeit im Supermarkt;</li> <li>- Immer wieder depressive Episoden</li> </ul>
<b>Komorbidität:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine; jedoch stark belastete Leber aufgrund der langjährigen Einnahme von Psychopharmaka</li> </ul>
<b>Attribution</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Arbeit</i>: schlechte Arbeitsbedingungen, Überforderung durch Personalmangel, zu viele Überstunden; aber auch: eigener Perfektionismus</li> <li>- <i>Familie</i>: Wird von seiner ersten Frau kurz nach Hochzeit und Geburt des ersten Sohns verlassen; kein Kontakt mehr zu dem schon erwachsenen Sohn aus erster Ehe;</li> </ul>
<b>Problemlagen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beziehungskrise in der ersten Ehe; nachwirkend, weil u.a. aufgrund des verlorenen Sorgerechtsstreits zum ersten Sohn kein Kontakt mehr besteht und von diesem auch abgelehnt wird;</li> <li>- (Selbst-)Überforderung durch zu viele Überstunden, Personalmangel und schlechte Arbeitsbedingungen</li> <li>- Perfektionismus</li> </ul>
<b>Behandlungen/ Reha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychosomatische Reha 2011: Dauer 6 Wochen + 2 Wochen Verlängerung → kam zu früh;</li> <li>- Im Anschluss an Reha: akutstationärer Aufenthalt in der Psychiatrie (3 Monate), anschließend Tagesklinik (3 Monate)</li> <li>- mehrjährige Psychotherapie, nach Psychiatrieaufenthalt und parallel zur Umschulung</li> </ul>

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitserprobung</li> <li>- Umschulung (LTA_Q) im BFW mit vorgeschaltetem RVT</li> <li>- Psychosomatische Reha (2019)</li> <li>- Auslaufen der Psychotherapie 2020</li> </ul>
<b>AU-Status vor erster Rehamaßnahme:</b>	- Krankgeschrieben wegen Burn-out
<b>AU-Status vor letzter Rehamaßnahme:</b>	- Vollzeitstelle, keine AU
<b>Letzte Tätigkeit vor Reha:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vor erster psychosomatischer Reha (2012): Filialleiter in einem Supermarkt</li> <li>- vor letzter Reha (2019): Steuerfachhilfe</li> </ul>
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	- Hauptschulabschluss
<b>Erlerner Beruf/Studium:</b>	- Einzelhandelskaufmann
<b>Letzter Beruf vor LTA</b>	- Einzelhandelskaufmann, zusätzliche Fortbildung als Fachkraft für Arbeitssicherheit
<b>Art der LTA</b>	- Umschulung im BFW als Steuerfachhilfe mit vorheriger Arbeitserprobung und RVT
<b>Aktueller Beruf:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Steuerfachhilfe in einer Steuerkanzlei;</li> <li>- zusätzlich seit 2021 freiberufliche Tätigkeit als Steuervorbereiter</li> </ul>
<b>Erwerbsstatus 2018:</b>	- Teilzeitstelle in einem Steuerbüro
<b>Erwerbsstatus zum Zeitpunkt des Interviews 2022:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilzeitstelle als Steuerfachhilfe in einem Steuerbüro</li> <li>- Selbständigkeit als Dienstleister zur Steuervorbereitung (parallel zur Festanstellung)</li> </ul>
<b>Kurzvita:</b>  <i>Familie, Kindheit, Jugend</i>	

- Herr Traut, Jahrgang 1971, wächst in einer westdeutschen Großstadt auf verbringt eine nach außen hin unauffällige Kindheit. Im Nachhinein betrachtet, so berichtet er, sei sein Bemühen, alles möglichst genau und perfekt zu machen, darauf zurückzuführen – das habe er aus der Psychotherapie mitgenommen –, dass er seinem Vater Nichts habe recht machen können:

*„...es gab bestimmte Sachen, die (1) wenn man es gemacht hat, dann wurde es beäugt und fing damals in der Schule an,: `was, nur ne Drei – da hätteste Dich hingesezt, wärs vielleicht ne Zwei geworden oder ne Eins, warum haste das nicht gemacht? ... Also es ist viel aus der Kindheit .... mit entstanden“ (Int. Z. 803-807).*

Vermutlich hat dies daraus entstandene Angst auch dazu geführt, dass sich Herr Traut dann später im Beruf immer wieder versichern musste, ob er auch keine Fehler gemacht habe. Dies könnte zur Entwicklung der späteren Angstattacken beigetragen haben, kann aber alleine die später auftretenden umfassenden Beeinträchtigungen nicht erklären.

#### *Schulabschluss und Berufsausbildung*

- Nach der Schule beginnt Herr Traut eine Ausbildung zum Einzelhandelskaufmann, die er erfolgreich abschließt und die ihm Freude macht.

#### *Berufsverlauf, Familiengründung und kritische Lebensereignisse*

- Herr Traut beginnt seine Berufslaufbahn bei einem Supermarkt und ist mit dieser Arbeit sehr zufrieden und geht im Beruf auf. In dieser Zeit lernt er seine erste Frau kennen und die beiden heiraten. Schon bald kommt es zu einer Krise in der Ehe: Herr Traut beklagt sich, dass seine Frau fremdgehe, zusätzlich kommt zu Konflikten über die langen Arbeitszeiten von Herrn Traut. Kurz nach der Geburt verlässt seine Frau ihn, überlässt ihm zunächst seinen Sohn, den sie in einem Sorgerechtsurteil dann aber zugesprochen bekommt (s.u.).
- Parallel zu dieser Krise schließt die Supermarktkette die Filiale und Herr Traut wird, nachdem er zusammen mit dem Geschäftsführer die Auflösung des Geschäfts besorgt hat, zunächst freigestellt bezieht aber noch sein Gehalt. Er kann diese Situation zunächst sogar als Chance, sehen, um seinen Sohn zu kümmern, was durch den Sorgerechtsstreit, der zugunsten der Mutter entschieden, wird aber zunichte gemacht wird. Die emotionalen Belastungen in Folge der Trennung (und Scheidung) und des Sorgerechtsstreits, die er auch im Fragebogen als einen Grund für seine später erfolgende Krankheitsdiagnose ansieht, setzen Herrn Traut sehr zu. Hinzu kommt, dass ihm der Wechsel von 100% Einsatz im Beruf nun auf „Null“ zu schaffen macht. Dann muss er aber nach ca. acht Wochen wieder von „null“ auf „hundert“

hochfahren, weil er eine Präsentation für den von seinem alten Arbeitgeber geforderte Fortbildung als Fachkraft für Arbeitssicherheit vorbereiten muss – eine Situation, die ihn zusätzlich unter Stress setzt. Schließlich teilt ihm sein Arbeitgeber mit, dass er keine weitere Verwendung für Herrn Traut hat und kündigt ihn betriebsbedingt.

- Herr Traut findet jedoch schnell eine neue Arbeitsstelle in einer anderen Supermarktkette wo ihm nach kurzer Zeit der Aufstieg zum Filialleiter gelingt.
- Herr Traut lernt am Arbeitsplatz seine zweite Frau kennen und die beiden heiraten; bald danach kommt Herrn Trauts zweiter Sohn zur Welt.
- Nicht zuletzt aufgrund von Personalmangel verschlechtert sich allerdings die Arbeitssituation in der neuen Filiale erheblich. Er ist auf sich allein gestellt, muss abends noch die Regale neu bestücken und am Sonntag den „Schriftkram“ erledigen:

*„... äh 6:30 etwa angefangen und bin um 20:30 Uhr, 21:00 aus´m Laden rausgegangen (.) das von montags bis äh überwiegend samstags (.) und sonntags hab ich dann zu Hause bestimmte Papiere äh, bearbeitet damit ich das am Montag früh fertig hatte“ (Int. Z. 234-241)*

Es kommt zu körperlichen Erschöpfungszuständen und zu Panikattacken – die sich dann später wiederholen, wenn er an diese Zeit zurückdenkt. Schließlich kommt es zu einem Zusammenbruch, er kann sich nicht mehr aufraffen; seine Ärztin bemüht sich um eine psychosomatische Rehabilitation, die problemlos bewilligt wird. Diese Maßnahme dauert zunächst sechs Wochen und wird dann nochmal um weitere zwei Wochen verlängert. Kurz vor Weihnachten 2012 wird er entlassen:

*„... damals hatte ich gedacht, okay das, zwei weitere Wochen und ich wäre geheilt, das war aber´n Trugschluss, weil am Ende war´s so dass ich äh sechs Wochen später ... ja drei Monate stationär aufgenommen wurde...“ (Int., Z.53 -56)*

Im Rückblick betrachtet konstatiert Herr Traut, dass die Reha für ihn zu früh kam. Zwar konnte er von den Gesprächen mit der Psychologin profitieren, aber seine schwere Depression, konnte nicht bewältigt werden. So kam es zu dem bereits erwähnten dreimonatigen Aufenthalt in der stationären Psychiatrie, in dem er seine nun als Burn-out diagnostizierte Störung als Krankheit akzeptieren konnte:

*„ ... und danach hat sich da, und da hats sich auch erst ergeben dass ich, das äh das Burnout als Krankheit ak=akzeptiert habe .... Das war für mich im Grunde das größte Problem...“ (Int., Z. 61-62).*

- An die stationäre Psychiatrie schlossen sich dann noch drei Monate in der Tagesklinik an, in der Herrn Traut geraten wurde seinen Beruf zu wechseln:

*„... aber ich hab eigentlich schon gerne in dem Beruf gearbeitet (.) aber ich war auch nicht traurig, dass ... man mir gesagt hat ... als ich dann auf der Station war, dass das nicht mehr in Frage kommt...“*  
(Int., Z. 453-457).

*Umschulung, weitere Psychotherapie und psychosomatische Reha und Wiedereinstieg in Arbeit*

- Kurz vor Auslaufen des Krankengeldbezugs wird Herrn Traut von der Krankenkasse empfohlen, sich an die Rentenversicherung wegen einer beruflichen Umorientierung zu wenden. Nach einer Arbeitserprobung in einem BFW wird Herrn Traut eine Umschulung zum Steuerfachangestellten mit einem vorgeschalteten Reha-Vorbereitungstraining empfohlen. Da er bereits Buchhaltungskennntnisse aus seiner Erstausbildung mitbringt, kann er sich die Ausbildung vorstellen, auch wenn er sich lieber zum Sport- und Fitnesskaufmann hätte umschulen lassen. Die Umschulung kann er, nicht zuletzt dank einer die gesamte Zeit begleitenden Psychotherapie – *„weil ich gemerkt hatte, dass ... noch nicht alles verarbeitet ist“* (Int., Z. 600) –, erfolgreich abschließen und wird von dem Steuerbüro, bei dem er sein Praktikum absolviert hatte, übernommen. Für die erste Zeit erhält der Arbeitgeber noch einen Wiedereingliederungszuschuss.
- In seinem neuen Berufsfeld und mit einem verständigen Chef kann sich Herr Traut zunehmend in der Arbeit stabilisieren, auch wenn seine psychische Situation nach wie vor vulnerabel bleibt, was nicht zuletzt mit der Belastung durch den Kontaktabbruch seines ersten Sohnes zu tun hat. Selbständig sucht sich Herr Traut dann noch einmal eine Psychotherapeutin, die mit ihm die Vergangenheit „aufräumt“. Zudem bemüht sich Herr Traut noch einmal um eine weitere auch bewilligte psychosomatische Reha, die er für sich als „Auszeit“ rahmt. Hier kann er sich weiter stabilisieren.
- Im Gespräch mit seiner Psychologin wird er in seinem Wunsch ermutigt, sich parallel zu seiner weiter bestehenden Teilzeitangestelltentätigkeit als „Steuervorbereiter“ selbständig zu machen. Dies stärkt sein Selbstbewusstsein und führt letztlich nach einer sich fast 20 Jahre hinziehenden Leidensgeschichte und einer etwa 10-Jahre andauernden langen Kette der Inanspruchnahme einer breiten Palette akutmedizinischer, psychotherapeutischer und

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

rehabitativer Angebote zu einem voraussichtlich stabilen Return to Work, der auch, wie Herr Traut im Gespräch betont, durch den Rückhalt in seiner Familie gestützt wird.

### Frau Quarz

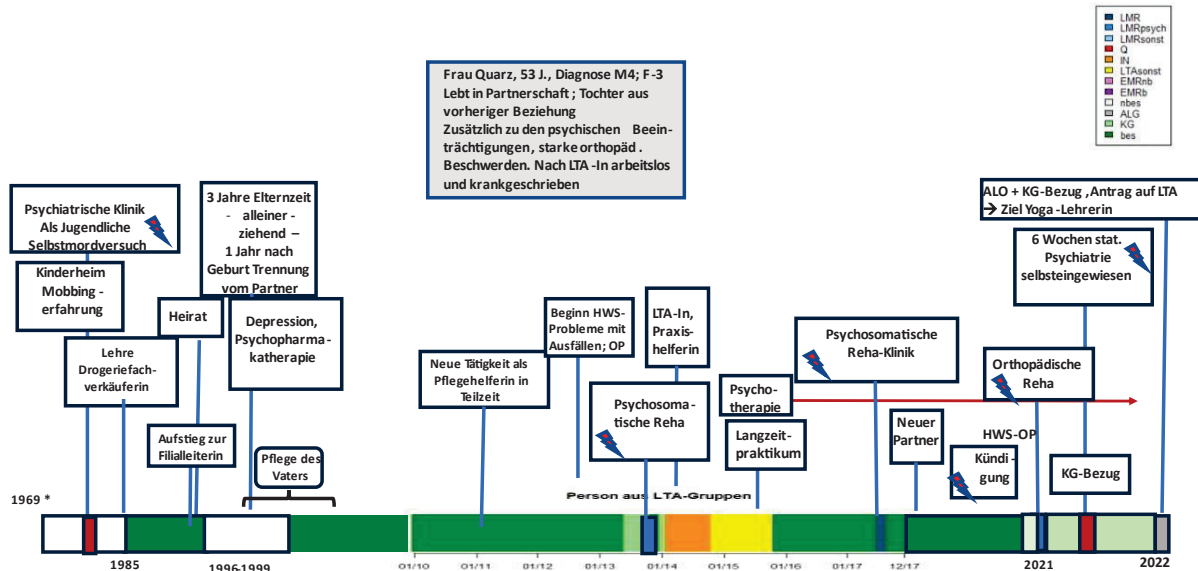


Abbildung 46 Verlaufsdarstellung Frau Quarz (Quelle: eigene Darstellung).

Tabelle 34 Übersichtstabelle Frau Quarz.

<b>Geschlecht:</b>	weiblich
<b>Alter:</b>	53 Jahre
<b>Familienstatus:</b>	Geschieden; lebt in ihrem Haushalt alleine hat aber einen Lebenspartner und guten Kontakt zu dessen Kindern
<b>Wohnort:</b>	Kleinstadt in Großstadtnähe mit guter Infrastruktur
<b>Diagnosen aus RSD (letzte Inanspruchnahme: orthopädische Reha)</b>	F3, M 4 (HWS-OP)
<b>Selbstberichtete Diagnose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Panikattacken während der Arbeit</li> <li>- Angststörungen</li> </ul>

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Starke Depressionen</li> <li>- Starke körperliche Verspannungen und Schmerzen wg. mehreren HWS-Bandscheibenvorfällen</li> </ul>
<b>Komorbidität:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Starke HWS-Probleme (Bandscheibenvorfall), wahrscheinlich als Folge ihrer Arbeit im Pflegebereich; erste OP 2012/3</li> <li>- Weitere HWS-OP 2021 mit Anschlussheilbehandlung in orthopädischer Reha-Klinik</li> </ul>
<b>Attribution</b>	<p><i>Kindheit:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- als Grundschulkind Mobbing Erfahrungen und Entwicklung von Ängsten;</li> <li>- wenig unterstützende Mutter</li> <li>- kurzzeitige Unterbringung in einem psychologischen/psychiatrischen Heim</li> <li>- fühlt sich nicht wertgeschätzt.</li> </ul>
<b>Problemlagen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Immer wieder schwere depressive Episoden, teils von Angstattacken gefolgt</li> <li>- Überlagerung und Verstärkung durch massive bewegungsbeeinträchtigende und mit starken Schmerzen verbundene somatische Beschwerden</li> </ul>
<b>Behandlungen/ Reha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatrisches/psychologisches Kinderheim; Grund: nächtliches Einnässen im Grundschulalter; dort: Mobbing Erfahrungen</li> <li>- Psychiatrische Akutklinik (Suizidversuch als Jugendliche)</li> <li>- Fachärztliche Behandlung mit Psychopharmaka über längere Zeit wegen depressiver Episoden</li> <li>- Bandscheibenvorfall (HWS) mit Bewegungsausfällen; anschließende OP</li> </ul>



Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2014 Erste psychosomatische Reha</li> <li>- 2015 LTA-Integrationsmaßnahme und anschließendes 6-monatiges Langzeitpraktikum</li> <li>- Beginn mehrjähriger Psychotherapie</li> <li>- 2017 Zweite psychosomatische Reha</li> <li>- 2021 orthopädische OP (HWS) und orthopädische Anschlussheilbehandlung</li> <li>- 2021 Akutpsychiatrie (6 -Wochen), Selbsteinweisung</li> <li>- Erneut Psychotherapie</li> <li>- 2022 erneuter LTA-Antrag</li> </ul>
<b>AU-Status vor erster Rehamaßnahme:</b>	- Teilzeitstelle als Pflegehelferin
<b>AU-Status vor letzter Rehamaßnahme:</b>	- krankgeschrieben nach HWS-OP
<b>Letzte Tätigkeit vor Reha:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vor erster psychosomatischer Reha (2013): Pflegehelferin</li> <li>- vor letzter Reha (2019): Arztpraxis (Organisation)</li> </ul>
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>	- Hauptschulabschluss
<b>Erlerner Beruf/Studium:</b>	- Einzelhandelskaufmann (Drogeriefachverkäuferin)
<b>Letzter Beruf vor LTA</b>	- Pflegehelferin
<b>Art der LTA</b>	- Integrationsmaßnahme mit Praktikum in Arztpraxis
<b>Aktueller Beruf:</b>	- arbeitslos, Antrag auf LTA mit dem Ziel Yogalehrerin
<b>Erwerbsstatus 2018:</b>	- Teilzeitstelle in Arztpraxis (Empfang, Organisation, Bürotätigkeiten)
<b>Erwerbsstatus zum Zeitpunkt des Interviews 2022:</b>	- Arbeitslos und krankgeschrieben

**Kurzvita:**

*Familie, Kindheit, Jugend*

- Frau Quarz wächst zusammen mit einer 12 Jahre älteren Halbschwester in einer südwestdeutschen Kleinstadt auf. Erst im Verlauf des Interviews erschließt sich die im Fragebogen angekreuzte Attribution ihrer psychischen Probleme, die sie in der Kindheit verortet, nachdem traumatische Situationen, die sie als lange verdrängt benennt, bei Gesprächen mit einer Psychologin und in der Psychotherapie wieder „aufgepoppt“ sind. Nachdem sie noch zu Beginn der Grundschule aufgrund von Problemen mit Mitschülerinnen wieder nachts einnässt, wird sie von ihrer als streng und eher gefühlsarm beschriebenen Mutter in eine psychologisch/psychiatrische Heimeinrichtung eingewiesen, in der sie von drei älteren Mitpatientinnen gemobbt wird, weil sie – obwohl eigentlich lockig - so kurz geschnittene Haare habe, dass sie wie ein Junge aussähe. In dieser Situation erfährt sie keine Solidarität von ihrer Mutter, sondern muss im Heim bleiben, bis das Bettnässen geheilt ist. Frau Quarz fühlt sich von ihrer Mutter allein gelassen und nicht anerkannt; bei einer späteren Krisensituation nimmt sie Schlaftabletten (Selbsttötungsversuch als Hilferuf?), wird von Ihrer Schwester gefunden und in die Psychiatrie eingewiesen.

*Schulabschluss, Berufsausbildung, Berufs-ein und -aufstieg, Heirat, Geburt der Tochter, Scheidung*

- Nach Schulabschluss macht Frau Quarz eine Lehre zur Drogeriefachverkäuferin; nach einigen Jahren gelingt ihr der Aufstieg zur Filialleiterin. In dieser Zeit lernt sie ihren Mann kennen. Nach etwa 10 Jahren durchgängiger Berufstätigkeit – über die sie wenig berichtet – kommt ihre Tochter zur Welt und Frau Quarz entschließt sich, drei Jahre Elternzeit zu nehmen. Ein Jahr nach der Geburt erfolgen Trennung und Scheidung von Ihrem Ehepartner; sie kann aber im Haus ihres Ex-Mannes wohnen bleiben. Parallel zur Betreuung und Erziehung ihrer Tochter pflegt Frau Quarz ihren schwer erkrankten Vater bis zu seinem Tod.
- In dieser schwierigen Zeit (Trennung, Pflege, Verantwortung als alleinerziehende Mutter) kommt es bei Frau Quarz zu starken depressiven Episoden, die vom Neurologen/Psychiater über längere Zeit mit Psychopharmaka behandelt werden. Möglicherweise wird in dieser Zeit, in der sie nicht für ihre Tochter da sein kann, auch der Grundstein für das später spannungsvolle Verhältnis zu ihrer Tochter gelegt.

*Berufswechsel, HWS-Syndrom mit Bandscheibenvorfall mit Operation und Rückkehr in Arbeit*

- Nach der Elternzeit arbeitet Frau Quarz wieder in ihrem angestammten Beruf, fühlt sich aber als Filialleiterin und Alleinerziehende überfordert. Von einer Bekannten erfährt sie von der Möglichkeit in der Pflege zu arbeiten; nachdem sie ja durch die Pflege ihres Vaters bereits einige Erfahrungen sammeln konnte, entschließt sie sich den Arbeitsplatz zu wechseln und als Pflegehelferin in Teilzeit zu arbeiten.
- Mit der Zeit verstärken sich bei Frau Quarz sehr schmerzhaft HWS-Beschwerden mit Lähmungserscheinungen; die festgestellten Bandscheibenvorfälle müssen operiert werden. Nach der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz erhöht sich der Arbeitsstress und es kommt auch zu Konflikten über ihre Arbeitsweise im Team. Frau Quarz fühlt sich in ihrer Zuwendung zu den Pflegebedürftigen nicht gesehen und anerkannt und entwickelt erneut depressive Symptome und erlebt sich als psychisch instabil; auch ist sie nach wie vor durch die Operationsfolgen belastet und nicht schmerzfrei. Hinzu kommen belastende Konflikte mit ihrer Tochter.

*Erste psychosomatische Reha, anschließende LTA-Integrationsmaßnahme und RTW in ein neues Berufsfeld sowie zweite psychosomatische Rehabilitation*

- 2014 beantragt Frau Quarz auf Anregung ihrer Neurologin eine psychosomatische Reha, in deren Verlauf ihr von ärztlicher, wie psychologischer Seite ein Berufswechsel nahegelegt wird. Zunächst kann Frau Quarz dieser Empfehlung nichts abgewinnen, lässt sich aber schließlich von der Sozialberatung (Reha-Fachberaterin der Rentenversicherung) doch zu einer LTA-Maßnahme „überreden“ und löst nach Bewilligung der LTA-Maßnahme ihren Arbeitsvertrag mit der Pflegeeinrichtung auf. Die bewilligte Integrationsmaßnahme dauert neuen Monate in der Frau Quarz sich auf eine Tätigkeit in einer Arzt- oder Physiotherapiepraxis für organisatorische Tätigkeiten, Schriftverkehr etc. orientiert. Nach Abschluss der Maßnahme wird sie von ihrer Praktikumsstelle probeweise übernommen, wobei noch weitere 6-Monate Langzeitpraktikum vom Kostenträger finanziert wird – ein Hinweis auf die noch bestehende Vulnerabilität und den Unterstützungsbedarf von Frau Quarz.
- Schließlich wird sie von der Praxis übernommen und dort bis Spätherbst 2021 durchgängig halbtags beschäftigt sein; sie berichtet von einem guten Kontakt zu den Patienten in der der Praxis angeschlossenen Physiotherapie.
- 2017 beantragt Frau Quarz erneut eine psychosomatische Rehabilitation wegen depressiver Episoden und der orthopädischen Beeinträchtigungen in derselben Klinik, in der sie schon einmal war, und in der sie sich sehr gut aufgehoben fühlte. Aus der Klinik nimmt sie die

Anregung zur Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie mit. Nach anfänglichen Schwierigkeiten findet sie eine Psychotherapeutin, die zugleich Ärztin ist und wird bei ihr die die nächsten beiden Jahre in Behandlung bleiben.

- Nach der Reha findet Frau Quarz einen neuen Partner, der sie emotional und mit Verständnis unterstützt.

*Kündigung, erneute HWS-Operation und Anschlussheilbehandlung*

- Erneutes Auftreten starker HWS-Beschwerden und Beeinträchtigung der körperlichen und mentalen Leistungsfähigkeit;
- Herbst 2021 kurz vor der anstehenden OP erhält Frau Quarz seitens des Arbeitsgebers eine Kündigung, die für sie „aus heiterem Himmel“ kommt und für sie nicht nachvollziehbar ist. Aus dem Interview geht nicht hervor, ob es vorher zu Konflikten aufgrund von Leistungseinbußen oder von Verhaltensproblemen im Team kam.
- 2021 findet die HWS-Operation mit Anschlussheilbehandlung statt; an deren Ende wird Frau Quarz arbeitsunfähig entlassen. Krankheitsfolgen, der nachwirkende Schock über die unvorbereitete Kündigung und die nach wie vor belastenden Konflikte mit Ihrer Tochter (Kontaktabbruch von deren Seite) kulminieren in einer schweren depressiven Krise und in Angstzuständen, so dass Frau Quarz sich selbst in eine nahegelegene psychiatrische Klinik einweisen lässt, aus der sie nach sechs Wochen entlassen wird, wobei sie noch weiterhin Psychopharmaka nimmt und sich zudem erneut in eine psychotherapeutische Behandlung begibt. Zum Zeitpunkt des Interviews im Juni 2022 ist Frau Quarz noch krankgeschrieben und arbeitslos gemeldet; sie hat aber bereits wieder einen Antrag auf LTA-Leistungen bei der Rentenversicherung gestellt, was für ihre große Motivation (und mit 53 Jahren auch die materielle Notwendigkeit zur Sicherung einer auskömmlichen Altersrente) zur Rückkehr in Arbeit spricht. Ihre (ggf. unrealistische) Wunschvorstellung geht dahin, sich als Yoga-Lehrerin fortzubilden und dann ggf. in einer physiotherapeutischen Praxis zu arbeiten; sie glaubt hier auch ihre eigenen Erfahrungen in der Bewältigung der Bewegungsprobleme und Schmerzen aus ihrer eigenen orthopädischen Leidensgeschichte weitergeben zu können.

### *Vergleichende Fallanalyse*

Mit Blick auf das *Ziel der Wiedereingliederung in Arbeit* zeigt sich bei Herrn Traut eine gelingende Veränderung und ein Neuanfang an einem *neuen Arbeitsplatz* mit *reduzierter Stundenzahl*, ohne *Führungsverantwortung* und *geregelten Arbeitszeiten*. Herrn Traut ist es über die langen Jahre der *Behandlung, Rehabilitation und der Umschulung* darüber hinaus gelungen, seine Lebenssituation zu stabilisieren und vor allem Wege zu finden seine nach wie vor bestehende psychische Vulnerabilität zu balancieren und sich im beruflichen Bereich durch seinen Weg in eine ergänzende selbständige Tätigkeit zu beweisen und damit wiederum sein Selbstbewusstsein zu stärken. Dabei wird er durch seine neue Frau und deren Verwandtschaft unterstützt. Blickt man auf die gesamte Verlaufskurve ließe sich von einer nach oben gerichteten Verlaufskurve sprechen; insbesondere hat Herr Traut in der langandauernden Behandlungskette *gelernt, sich Hilfe zu holen und die Empfehlungen für eine berufliche Veränderung anzunehmen*. Letzteres trifft auch auf Frau Quarz zu, die nach der sie körperlich überfordernden Tätigkeit nach anfänglicher Skepsis in eine Integrationsmaßnahme eingewilligt hat, die mit einem um 6 Monate verlängertem Praktikum ebenso wie der Lohnkostenzuschuss an das Steuerbüro bei Herrn Traut nach der Umschulung zu einer weitgehend stabilen Beschäftigung bei beiden geführt hat. Frau Quarz und Herr Traut arbeiten nun in Teilzeit und nicht mehr in einer Position mit Führungsverantwortung (Fialleiter/-in) und *haben im Lauf der langen Behandlungsketten ein Arrangement im Leben und Arbeiten mit ihrer verbliebenen Vulnerabilität gefunden*. Dies spricht dafür, dass Menschen mit schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen, die für ihre psychische Stabilisierung viel Zeit benötigen, in Krisen immer wieder auf psychosoziale Hilfen zurückgreifen müssen und ggf. auch einen Neuanfang in der Arbeitswelt benötigen, durchaus von der Rehabilitation, aber auch von der stationären Psychiatrie profitieren. Eine wichtige Gelingensbedingung für eine Stabilisierung und Return to Work ist, dass sie letztlich in der Lage sein müssen, Hilfe anzunehmen und die Herausforderung der Auseinandersetzung mit ihrer Vulnerabilität und bleibenden Einschränkungen annehmen und sich ggf. auch mit Einschränkungen ohne Bitterkeit zu arrangieren.

Dass Frau Quarz zum Zeitpunkt der Befragung krankgeschrieben und arbeitslos ist, liegt an den Folgen ihrer kaum ein Jahr zurückliegenden schweren HWS-Operation, aber mehr noch an ihrem sechswöchigen selbstgewählten Aufenthalt in der stationären Psychiatrie aufgrund der tiefen Enttäuschung über ihre für sie nicht nachvollziehbare und unvorhergesehene Kündigung kurz vor der OP. Dies hat sie aus der Bahngeworfen hat und erneut in eine schwere depressive Episode mit zusätzlichen Angstzuständen und Selbstzweifeln gestürzt. Aus ihren jahrzenterlangen Erfahrungen mit dem Behandlungs- und Rehabilitationssystem, schöpft sie allerdings neuen Mut – unterstützt von ihrem neuen Lebenspartner und dessen Verwandtschaft (ähnlich wie bei Herrn Traut). Für die beiden hier

dargestellten Fallkonstellationen gilt, dass sowohl Herr Traut als auch Frau Quarz sie im Verlauf der Behandlungskette der Empfehlung zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote gefolgt sind bzw. sie dann auch selbst nachgefragt haben. Für Beide gilt, dass nicht zuletzt die Gespräche mit den Psychologen/innen in der psychiatrischen Klinik, in den Reha-Kliniken und in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis in der subjektiven Rückschau der Versicherten wesentlich dazu beigetragen haben, ihre eigenen psychischen Irritationen besser zu verstehen und einzuordnen: Herr Traut kann die Diagnose Burn-out für sich annehmen und Jahre später bei einer ambulanten Psychotherapie seine Vergangenheit „aufräumen“; Frau Quarz kann im Verlauf einer mehrjährigen Psychotherapie die Trennung ihres ersten Mannes und das zerrüttete Verhältnis zu ihrer Tochter, aber auch ihre traumatischen Kindheitserlebnisse bearbeiten und in einer erneuten Psychotherapie nun ihre Kränkung durch die Kündigung und die psychischen Folgen ihrer HWS-Behandlungsgeschichte angehen.

Bei den psychiatrienerfahrenen Personen, die der LMRpsych\_2 + LTA –Verlaufsgruppe zugehörig sind, finden sich noch weitere Personen (vgl. Tabelle 32), denen nach langer Rehabilitation eine Rückkehr in Arbeit gelungen ist. Auch hier gibt es wesentliche Gemeinsamkeiten mit den beiden dargestellten „Zwillingen“.

Frau *Frieda* ist zum Zeitpunkt des Interviews 60 Jahre alt und lebt ihrem Partner am Rande einer Kleinstadt zusammen. In der ehemaligen DDR sozialisiert, hat sie nach dem Abitur eine Lehre als Maurerpolier absolviert, an die sie ein Studium zur Grundschullehrerin anschloss. Nach der Wende verlor sie ihre Arbeitsstelle, macht eine Ausbildung zur Altenpflegerin und arbeitet dann aber in einem Heim für Menschen mit Behinderungen als Erzieherin mit sehr großem und sich verausgabendem Engagement. Um 2010 kommt es zu einer ersten schweren Krise mit Depression und Selbstmordgedanken – u.a. ausgelöst durch mangelnde Anerkennung und verletzende Bemerkungen ihrer Chefin –, die zu einer Einweisung in die stationäre Akutpsychiatrie und einer anschließenden 6-monatigen Behandlung in einer Tagesklinik führen; besonders Letztere wird von Frau Frieda als hilfreich erlebt. In der Analyse zeigt sich hier das sich wechselseitig verstärkende Zusammenspiel von zwei häufig zu beobachtenden – aber keineswegs auf Angehörige der „Psychiatriegruppe“ beschränkten oder für sie typischen – Konstellationen: zwischen einer ausgeprägten *effort-reward imbalance* (Siegrist, 2017) – bei Frau Frieda die Enttäuschung darüber, dass ihr großer Einsatz für die behinderten Kinder von der Chefin nicht anerkannt wird – und einem aus der familiären Sozialisation stammenden und unerreichbaren Perfektionsanspruch, der sich entwickelt hat, weil man der Mutter (Frau Frieda und Herr Kaul) oder dem Vater (Herr Traut) nichts recht machen konnte. Diese Konstellation hat sich bei Frau Frieda – nicht zufällig gerade in einem helfenden Beruf – in einer besonders dramatischen Weise verdichtet. Im Anschluss kommt Frau Frieda nur schwer wieder auf die

Beine, kurze Beschäftigungen in erzieherischen/sozialpädagogischen Berufsfeldern wechseln sich mit Phasen der Arbeitslosigkeit und Behandlungen ab. Wegen beständiger Erschöpfungszustände, Schmerzen (Migräne) und depressiven Verstimmungen rät ihre Hausärztin Frau Frieda zu einer psychosomatischen Reha, die nach Widerspruch gegen die Ablehnung schließlich 2013 bewilligt wird. Nach der Reha, in der sie sich mit ihren Problemen nicht verstanden fühlte, kehrt sie zunächst wieder für kurze Zeit an ihren alten Arbeitsplatz zurück bevor sie eine von der Klinik empfohlene Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben aufnimmt, in der sie die Qualifikation zur anerkannten Erzieherin nachholt, an deren Ende sie mit einem Eingliederungszuschuss fast zwei Jahre ununterbrochen an einer neuen pädagogischen Arbeitsstelle ist, in der sich aber wieder Anerkennungsprobleme anhäufen und zusammen mit psychosomatischen Beschwerden und einem steigenden Alkoholkonsum Frau Friedas einhergehen. 2017 beantragt sie dann erneut eine, nun zweite psychosomatische Rehabilitation, die wie schon beim ersten Mal nach erfolgreichem Widerspruch bewilligt wird; dort hat sie sich mit ihren Problemen gut aufgehoben gefühlt und vor allem von den bis heute bestehenden Kontakten zu Mitpatienten/innen viel im Umgang mit Problemen gelernt, von ihren Erfahrungen profitiert und neue Freundschaften gefunden. Im Anschluss an die Rehabilitation kehrt sie kurzzeitig an ihre alte Arbeitsstelle zurück und muss sich arbeitslos melden, bevor sie nach über einem halben Jahr bei einem Wohlfahrtverband aufgrund der damals schwierigen Arbeitsmarktlage für Erzieherinnen zunächst aus finanzieller Notwendigkeit heraus eine Stelle als Reinigungskraft annimmt. Seit 2017 hat sie in der Kindertagesstätte bei demselben Träger einen unbefristeten Arbeitsvertrag in ihrem Umschulungsberuf als Erzieherin erhalten, in dem sie zum Interviewzeitpunkt beschäftigt ist. Die Fallkonstellation von Frau *Frieda* weist einerseits viel Ähnlichkeiten zu den in dieser Gruppe bereits beschriebenen „Fällen“ auf, ein zentraler Unterschied besteht jedoch darin, dass sie sich in der Generationenlagerung nach der Wende einerseits mit der Entwertung ihrer in der ehemaligen DDR erworbenen Qualifikationen konfrontiert sieht und in der „neuen Welt“ keine entsprechende Anerkennung findet, obwohl sie durch beständige Weiterqualifikationen ihre Veränderungsbereitschaft verdeutlicht. Zudem entsteht der Eindruck, dass sie im neuen System – möglicherweise auch durch ihre nicht beantworteten Interaktionserwartungen nicht „ankommt“. All dies vermischt sich mit ihren aus der Sozialisation mitgebrachten Hypothesen wie den mitgebrachten Selbstzweifeln, ob sie den vermeintlich geforderten Perfektionsansprüchen (symbolisch übertragen: denen ihrer Mutter) genügen kann. Die Problemkonstellation selbst erscheint nicht als solche gefährdend, wohl aber in ihrem dramatischen Ausmaß, das eine Aufnahme in die Akutpsychiatrie erzwingt, was sich wiederum nur aus dem Aufeinandertreffen der mit vielen Brüchen und erzwungenen Neuorientierungen verbundenen „Wende“ mit den ganz individuellen idiosynkratischen biografischen Hypothesen, also im Kontext einer konkreten historischen Situation verstehen lässt. Anders als bei den drei sehr ausführlich geschilderten Fallkonstellationen (Herr Traut, Frau Quarz, Herr

Kaul) steht Frau Frieda für Rehabilitanden mit einer eher geringen Compliance und „Lernkurve“ mit Blick auf Verhaltensänderungen. Trotzdem ist es ihr nach vielen Umwegen mit einer starken auch aus finanzieller Notwendigkeit heraus gezeigten Motivation gelungen, doch noch einen Weg zu finden, wahrscheinlich bis zu dem Zeitpunkt „durchzuhalten“, an dem sie in den vorgezogenen Ruhestand wechseln und die Zeit mit ihrem dann ebenfalls berenteten Mann genießen kann.

Zwei weitere Rehabilitandinnen aus der LMRpsych\_2 + LTA Verlaufsgruppe, Frau Jung und Frau Bader befinden sich zum Interviewzeitpunkt 2022 noch in Integrationsmaßnahmen. Hier soll nur kurz Frau *Jung* betrachtet werden, die mit 33 Jahren, die jüngste Person aus der LMRpsych\_2 + LTA-Gruppierung innerhalb der „Psychiatriegruppe“ ist. Ihre Fallkonstellation ist vor allem deshalb von Interesse, weil ihr trotz massiver körperlicher und psychischer Warnzeichen auch nach psychosomatischer Rehabilitation, tagesklinischer Behandlung und Integrationsmaßnahme noch keine Einsicht in den Teufelskreis des Präsentismus und seiner negativen gesundheitlichen Folgen gelungen ist, ihr mithin noch eine weitere wahrscheinlich längere „Karriere“ bevorsteht. Aufgrund ihrer Qualifikation hat sie grundsätzlich gute Chancen zum RTW. Um dabei längerfristig bestehen zu können, müsste sie ihr Verhältnis zu den entgrenzenden Arbeitsbedingungen in der Werbebranche verändern, was in ihrem Fall eine besondere Herausforderung darstellt, weil diese Form des Arbeitens für sie zugleich ein Lebensstil geworden ist und ihr zudem die Unterstützung durch einen Lebenspartner fehlt, der in ihrem bisherigen Berufsverlauf allerdings auch keinen Platz gehabt hätte.

Nach dem Abitur, intensiven Aktivitäten als eine frühe „Influencerin“ und einem erfolgreich abgeschlossenen Studium der Kommunikationswissenschaften findet Frau Jung sogleich eine Arbeit in einer Werbeagentur: ähnlich wie Frau *Fitlauf* (LMRpsych\_1, vgl. die einschlägige Fallstudie; 7.4.1) kommt es nach wenigen Jahren zu einem körperlichen und psychischen Zusammenbruch aufgrund entgrenzter Arbeitszeiten, der vermeintlichen Notwendigkeit immer zur Verfügung stehen zu müssen – letztlich der Imagination der Unersetzlichkeit, die nur vor dem Hintergrund eines übersteigerten Selbstideals funktioniert – und eines Arbeitspensums, das nie abgeschlossen ist. Das Übersehen und in der Folge das Überspielen körperlicher und psychischer Warnsignale führt zu einem krankheitsfördernden Präsentismus. Selbst als die Freunde und Freundinnen von Frau *Jung* ihr zurückmelden, dass sie sie nicht mehr wiedererkennen würden, betrachtet sie ihr Leben in der Werbeagentur und als Bloggerin, bei dem sie um 06.30 ihren Arbeitstag beginnt und sich gegen 23.00 mit dem Taxi nach Hause fahren lässt als Normalität. Eine zu früh kommende Psychosomatische Reha, die ihr von der Hausärztin empfohlen wurde, führte letztlich zu einer längeren Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik mit der Empfehlung zur Teilnahme an einer Integrationsmaßnahme. Frau Jung fühlt sich zum Zeitpunkt des Interviews vollkommen allein gelassen, hat sich noch nicht von ihrer



früheren Welt verabschieden können und sucht noch nach einem neuen Weg für sich und kann die Integrationsmaßnahme daher auch noch nicht für sich annehmen.

Zwei Frauen aus der LMRpsych\_2 + LTA Verlaufsgruppe sind zum Interviewzeitpunkt bereits in eine Erwerbsminderungsrente eingetreten. Frau *Zeppelin* (61 Jahre alt, alleinlebend) und Frau Pasch (55 Jahre alt, alleinstehend, lebt mit erwachsener Tochter im eigenen Haushalt); bei Frau Zeppelin erklärt sich der Eintritt in die EM-Rente nicht nur aus ihrer äußerst diskontinuierlichen Berufsbiografie mit vielen, oft an (Selbst-)Überforderung gescheiterten Wegen in (Schein-)Selbständigkeit, sondern vor allem auch aus ihrer somatischen Komorbidität. Beide Fallkonstellationen werden bei der Gruppe der „EM-Rentenbezieher“ (siehe Kap. 7.5.1) ausführlich dargestellt; aus diesem Grunde werden sie hier nicht näher behandelt.

### *Zusammenfassung*

Vergleicht man nun die Quergruppe „Psychiatrie“ mit dem gesamten Sample der Rehabilitanden, dann zeigt sich dort mit Blick auf die sozialpolitisch relevante Zielgröße der Rückkehr in Arbeit in der quantitativen Betrachtung eine mit unserer Vermutung übereinstimmende *geringere Rate des RTW*, anders als in Interviewsample der „Psychiatriegruppe“ (n = 21)<sup>68</sup>. Dort war 13 Personen zum Zeitpunkt der Befragung ein RTW gelungen, vier vor allem schon nahe an der Regelaltersgrenze stehende Personen sind nach 2018 aus dem Arbeitsmarkt in eine EM-Rente ausgeschieden – teilweise auch aufgrund einer schweren somatischen Erkrankung (z.B. Frau *Horst*, Frau *Zeppelin*) –, eine Person hatte einen EM-Rentantrag gestellt (Frau *Klick*), zwei Befragte waren arbeitslos, zwei Personen befanden sich noch in einer LTA-In-Maßnahme.

Im Vergleich der „Psychiatriegruppe“ mit denjenigen Personen, die keine psychiatrischen Angebote (Akutpsychiatrie und Tagesklinik) genutzt hatten, zeigte es sich, dass es sich insgesamt eher um jüngere Personen, mehr Männer, mehr Personen mit geringeren Bildungsabschlüssen („Lehre“ und „kein Berufsabschluss“) und mehr alleinlebende Personen handelte. Personen aus der „Psychiatriegruppe“ bezogen mehr Transferleistungen und erhielten etwas mehr Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, darunter insbesondere Integrationsmaßnahmen, als die große Vergleichsgruppe. Ein Grund dafür könnte sein, dass durch die früh auftretenden und aus negativen Erfahrungen und Konflikte mit der Herkunftsfamilie resultierenden Belastungen bereits zu einer nicht selbst gewollten Berufswahl (z.B. Frau *Meister*) und zu Schwierigkeiten beim Berufseinstieg (Herr *Kaul*) geführt haben.

---

<sup>68</sup> Diese im Verhältnis zur Fragebogenstichprobe überrepräsentierte Gruppe erfolgreicher Rückkehrer/innen in Arbeit dürfte damit zusammenhängen, dass sich tendenziell häufiger erfolgreiche Rehabilitanden für Gespräche zur Verfügung stellen.

Blickt man auf die exemplarisch ausgewählten Fallkonstellationen (z.B. Familiärer Hintergrund, Grad der Beeinträchtigung, Kontinuität/Diskontinuität der Berufsbiografie), dann zeigt sich bei den Fallkonstellationen mit *langfristigen Versorgungsketten* die oft weit mehr als 20 Jahre umfassen, dass sie im Durchschnitt *früher beginnen* als im Durchschnitt der Gesamtgruppe im Fragebogen, dass sie durch *Mehrfachinanspruchnahmen psychosomatischer Rehabilitation und von LTA-Leistungen* und vor allem durch die Nutzung eines *breiten Spektrums nicht im RSD-File erfasster Leistungen* gekennzeichnet sind. Zudem ist die *Attribution der Krankheits-/Störungsursachen in der Kindheit/Jugend* in der „Psychiatriegruppe“ etwas häufiger vertreten.

In allen anderen Bereichen zeigen sich auf der Ebene der in den Interviews erarbeiteten Fallstudien nur wenige Unterschiede zu den anderen Fallkonstellationen in den Hauptgruppen. So liefern die *Episoden der psychiatrischen Behandlungen* zwar Hinweise auf besonders dramatische Krisenentwicklungen (Suizidalität; massive Retraumatisierung anlässlich zusätzlicher äußerer Belastungen; situativ starke Beeinträchtigung der Fähigkeiten zur Selbstversorgung; Lebenssituation ohne soziales Unterstützungsnetz) und zeigen, dass es sich bei den betreffenden Personen um Menschen handelt, die vermutlich lebenslang eine besonders hohe psychische Vulnerabilität und geringe Resilienz aufweisen. Aber auch bei vielen Fallkonstellationen, bei denen *keine* stationäre oder tagesklinische Behandlung stattfanden, zeigen sich komplexe und zuweilen dramatisch zugespitzte Krisen (etwa Frau Fitlauf: LMRpsych\_1), die oftmals durch Medikamente (Psychopharmaka zur Beruhigung oder zur Stimmungsaufhellung, zur Angstreduzierung oder zum besseren Schlaf) aufgefangen werden. Viele der schwierigen Lebenskonstellationen (Trennung/Scheidung, Kündigung, Pflege Angehöriger, Konflikte mit den Kindern, negative Erfahrungen in der Herkunftsfamilie, etc.) und Arbeitsbedingungen (Entgrenzung, Multitasking, Mobbing, etc.) finden sich auch bei den Befragten ohne Psychatrienutzung. Oft ist der Weg in dies Psychiatrie einfach auch der Notwendigkeit einer *sofortigen* Hilfe geschuldet. Und anders als in der psychosomatischen Reha-Klinik ist das Ziel in der stationären Akutpsychiatrie die *Behandlung* nicht die Rehabilitation und in den Tageskliniken geht es um eine therapeutisch begleitete Stabilisierung und Wiedergewinnung der Fähigkeiten zur alltäglichen Versorgung. In der Regel ist die „Schwere“ oder Komplexität der Beeinträchtigungen etwa der Arbeitsfähigkeit kein Unterscheidungskriterium zwischen der „Psychiatriegruppe“ und den anderen interviewten Personen. Auch wenn – bezogen auf die Ergebnisse der Fragebogenerhebung – der RTW-Erfolg bei der „Psychiatriegruppe“ geringer ist, lässt sich unserer Ansicht nach aus der Inanspruchnahme stationärer- und teilstationärer psychiatrischer Angebote keine Ableitungen für langfristig nachwirkendes Scheitern in der Arbeitswelt gewinnen. Als Hindernisse für den RTW ist vor allem die Kombination von somatischer Komorbidität und psychischen Krisen sowie zusätzliche familiäre Pflegeaufgaben zu sehen; ein gewisses Risiko ist auch gegeben, wenn die Personen alleinstehend/alleinerziehend sind.

Als *positive Aspekte*, die einen RTW fördern, lassen sich hier ohne Gewichtung benennen:

- Zusammenleben mit einem unterstützenden Partner
- Akzeptanz der Krankheit/Störung
- Bereitschaft zur Selbstsorge
- Aktive Aushandlung von Arbeitsbedingungen (ggf. „Downgrading“), die mit der eigenen (realistisch) Leistungsvermögen und dem gesundheitlichen Wohlbefinden verträglich sind
- Eigenaktivität bei der Nutzung eines breiten Spektrums von Angeboten
- Offenheit für Lernprozesse in der Rehabilitation

### 7.5.3. *Reha vor Klinik*

Wie schon in vergangenen Projekten der Forschergruppe konnte das Phänomen beobachtet werden, dass Menschen „zu früh“ in die Reha kommen (vgl. Kapitel 6.2.2). Der Gruppe „Reha vor Klinik“ sind folgende acht Personen zugehörig (siehe Tabelle 35):

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Tabelle 35 Übersicht Gruppe "Reha vor Klinik".

Pseudonym	Alter	Familienstand	Diagnose	Attribution	höchster Berufsabschluss	Verlaufgruppe (fein)	Psych.Inanspruchnahme vor erster psych. Reha	Berufsstatus 2022
<b>Frau Horst</b>	56	mit Partner i. H.	F3	som. Erkrankungen	Fachschule	LMRpsych_1 + LMRsom	keine	EMR
<b>Frau Jung</b>	39	alleinlebend	F3	aufgeschichtet	Hochschule	LMRpsych_2 + LTA_IN	kurze erfolglose Psychotherapie	LTA IN
<b>Frau Klick</b>	61	mit Partner i. H.	F3	som. Erkrankungen	Fachhochschule	Wiederholer	keine	EMR
<b>Frau Pasch</b>	55	allein mit Kind/ern i. H.	F3	Trauma	Fachschule	LMRpsych_2 + LTA_IN	Psychotherapie	EMR
<b>Frau Meister</b>	45	mit Partner/in u. Kind/ern i. H.	F4	Trauma	Lehre	LMRpsych_2	keine	RTW
<b>Frau Quarz</b>	53	alleinlebend	M4	Trauma	Lehre	LMRpsych_2 + LMRsom + LTA_IN	Psychiater	ALO
<b>Frau Tosch</b>	58	alleinlebend	M5	Trauma	Fachschule	Wiederholer	Neurologe, Psychotherapie	RTW/AU
<b>Herr Traut</b>	51	mit Partner/in u. Kind/ern i. H.	F3	aufgeschichtet	Lehre	LMRpsych_2 + LTA_Q	Neurologe	RTW

In dieser Gruppe lassen sich komplexe Krankheitsgeschichten erkennen, die von negativen Kindheitserfahrungen und langen Leidenswegen geprägt sind, häufig mit Attribution in traumatische Erlebnisse, oder stark ausgeprägte Arbeitsbelastungen. Trotz der hohen Vulnerabilität können Phasen von Stabilität erreicht werden, die jedoch nicht mit einem erfolgreichen RTW gleichzusetzen sind. So zeigen sich zumeist kritische RTW-Prozesse. Drei Personen befinden sich zum Zeitpunkt des Interviews in einer EM-Rente, eine Person absolviert eine LTA und eine Teilnehmerin ist arbeitslos. Von den vier Personen, die einer Tätigkeit nachgehen ist eine Teilnehmerin krankgeschrieben.

Unter den Interviewteilnehmenden, die dieser Gruppe zugehörig sind, zeigen sich bei näherer Betrachtung Unterschiede, die es ermöglichen, in drei Subgruppierungen zu differenzieren. Erstens handelt es sich um Personen, die in einer akuten Krisensituation eine stationäre Reha-Maßnahme erhalten, obwohl sie noch nicht „rehabfähig“ sind, also noch so stark mit der akuten Krise beschäftigt sind, dass sie sich die Angebote in der Reha-Klinik nicht aneignen können. In der zweiten Gruppe sind Personen, die in Überlastungssituationen mit einer „Auszeit“-Erwartung eine Rehabilitation antreten und sich erst in der Reha der Schwere ihrer Beeinträchtigungen bewusstwerden (z.B. Herr Traut). Sie haben im Vorfeld keine psychotherapeutische Behandlung erfahren und sehen ihren Aufenthalt in einer Reha-Klinik eher als ein Herausnehmen aus psychisch belastenden Alltagssituationen in Arbeit und Familie. In der Rehabilitationsklinik werden diese Personen erstmals mit dem Ausmaß ihrer Einschränkungen konfrontiert und nehmen ihre Symptome als Auswirkungen einer psychischen Erkrankung wahr. Während des Reha-Aufenthalts ist es möglich erste therapeutische Ziele zu identifizieren, ein rehabilitativer Erfolg im Sinne der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist jedoch nicht realisierbar. Anschließend geschieht der Übergang in die Akutbehandlung (Akutklinik/Psychiatrie) oder in eine intensivierete Stabilisierungsbehandlung (Tagesklinik). In einer dritten Subvariante finden sich Menschen in dieser Gruppierung, die bereits in ambulanter Behandlung sind, teilweise schon seit Jahrzehnten, und trotz einer akuten Krise und des subjektiv hohen Leidensdruck, den Weg in die psychosomatische Reha gehen, anstatt eine stationäre Akutbehandlung in Anspruch zu nehmen; grundsätzlich könnte es sich hierbei um Fehlzusweisungen handeln.

Der Fall Frau Meister kann exemplarisch für die erstgenannte Subvariante herangezogen werden<sup>69</sup>. Frau Meister ist die Ursache der psychischen Belastungen aus der Kindheit bzw. Jugend vor der rehabilitativen Maßnahme nicht präsent. Vielmehr berichtet sie von Überlastungssituationen, folglich dem Auslöser der psychischen Beschwerden, die sich nach ihrer Aussage nicht in der Arbeitswelt finden. Frau Meister betont, dass sie zwar in aber nicht wegen der Arbeit in eine psychische Krise geraten ist. Der Antrag der psychosomatischen Reha wird ihr extern von der hausärztlichen Versorgung angeraten. Frau Meister folgt ihren Empfehlungen, wird dabei im Antragsverfahren von der Hausärztin

---

<sup>69</sup> Ausführlich wird der Fall „Frau Meister“ bereits in Kapitel 7.4.4 besprochen und analysiert.

unterstützt, und verspricht sich von der Reha ein Entlastungsangebot, obwohl sie sich noch in der akuten Krise befindet, die sogar ihre Selbstversorgung gefährdet. In der Reha-Klinik brechen die aufgeschichteten Lebensprobleme und die langjährig verdrängten Traumata auf. Wenngleich ein Abbruch der Rehabilitation und die Zuweisung in eine Psychiatrie sinnvoll gewesen wären<sup>70</sup>, wird in Frau Meisters Fall so nicht vorgegangen, doch kommt sie zumindest direkt nach der Rehabilitation in eine stationäre psychiatrische Behandlung und anschließend in eine Tagesklinik. Auch wenn retrospektiv der erste Weg in eine Psychiatrie oder Tagesklinik hilfreicher gewesen wäre, bleibt festzuhalten, dass die Schwere der psychischen Beeinträchtigung im Vorfeld, weder von Frau Meister noch von der Hausärztin, korrekt abgeschätzt werden konnte. Aufgrund der starken Fokussierung auf den Auslöser unter Vernachlässigung der zugrundeliegenden Traumata, hätte Frau Meister zudem einen Aufenthalt in einer Psychiatrie womöglich abgelehnt. Erst rückblickend bzw. nach der Retraumatisierung in der Rehabilitationsklinik bezeichnet Frau Meister die Inanspruchnahme einer intensivierten psychiatrischen Behandlung als geeigneter. In diesem Zusammenhang leitet eine vorhandene Diagnose auch die Akzeptanz von etwaigen Maßnahmen. Ebenfalls nicht oder nur in kurzer (erfolgloser) psychotherapeutischer Behandlung, und damit ähnlich zu Frau Meister, befinden sich Frau Jung und Herr Traut (zweite Subgruppierung). Bei beiden ist der Abgleich zu anderen Rehabilitanden entscheidend und ermöglicht die Einordnung der eigenen Beeinträchtigung, worin sich das Bedürfnis nach intensiver weiterer Behandlung gründet, da die alleinige psychosomatische Maßnahme in der Reha-Klinik nicht ausreicht. Hinsichtlich der beschriebenen Gruppe wäre eine vorgeschaltete Beratung bei beantragter Reha sinnvoll, vor allem mit Blick darauf, ob eine psychosomatische Rehabilitation überhaupt das leisten kann, was von den Erkrankten und ihren Behandlern erwartet wird (vgl. auch Abschnitt 7.8.2), auch wenn man berücksichtigen muss, dass die Inanspruchnahme der Reha ein entscheidender Aspekt der Krankheitseinsicht der Personen war und die Behandlungskette ausgelöst hat.

Der Fallverlauf Frau Paschs gehört der dritten Subgruppe an, bei der es sich vermutlich um Fehlzuweisungen handelt. Die jahrzehntelangen psychischen Belastungen und Problemlagen sind vor der Rehabilitation bekannt und gehen weit über Überlastungssituationen hinaus, da sich ihre Ursachen im Kindes- und Jugendalter finden. Auch bei Frau Pasch liegt eine Retraumatisierung vor, die jedoch schon vor der Reha stattfindet und im Rahmen einer ambulanten psychotherapeutischen Versorgung behandelt wird. Es stellt sich die Frage, warum eine Empfehlung auf Reha ausgesprochen wurde und ob die negativen Erlebnisse in der Kindheit in der Therapie adäquat thematisiert wurden. Frau Pasch wäre einer Behandlung innerhalb der Psychiatrie offen gegenüber gewesen, dennoch streben die Akteure und letztendlich auch Frau Pasch selbst die rehabilitative Maßnahmen an. Ein Schlüsselfaktor

---

<sup>70</sup> Dies wird in den Experteninterviews auch als gängige Praxis kommuniziert (vgl. Abschnitt 7.8.2).

für die Fehlzusweisungen könnten hier auch in der teils mangelhaften Qualität der Befundberichte, aus denen das Krankheitsgeschehen nicht allumfänglich zur erkennen sind, begründet sein und von der in den Experteninterviews berichtet wird (vgl. Kapitel 7.8.1). Mit Blick auf die mangelhafte Qualität der Befundberichte kann somit auch die Bewilligung rein nach Aktenlage als grundlegendes Problem identifiziert werden. Eine Selbsteinschätzung von bzw. Kontaktaufnahme mit den Versicherten wie manche Rentenversicherungsträger im Antragsverfahren einfordern bzw. praktizieren wäre flächendeckend sinnvoll, da durch die umfassendere Überprüfung des individuellen Bedarfs der Personen, Fehlzusweisungen weitgehender vermieden werden könnten (siehe auch Kapitel 7.8.2).

### 7.5.4. *Personen in Arbeitslosigkeit (ALO)*

Trotz der großen Heterogenität dieser Teilstichprobe weist auch diese Gruppe gemeinsame Charakteristika auf, die sie von den auf Basis der Analysen der Fragebogendaten beschriebenen Personen in Arbeit unterscheiden. In der Fragebogenerhebung, die 2021 stattfand, gaben 74 Personen an arbeitslos zu sein; 83 % dieser Menschen waren 49 Jahre und älter, damit waren sie tendenziell älter als die Gruppe der Personen, die in Arbeit sind (69 %). 2018 waren noch 36 Personen dieser Gruppe in Arbeit. Dieser Rückgang lässt sich eventuell auch auf das höhere Alter der Teilgruppierung und der damit womöglich einhergehenden Zunahme psychischer und/oder körperlicher Beeinträchtigungen erklären. 48 Personen sind zum Studienzeitpunkt im ALG-I-Bezug und 26 beziehen Transferleistungen; von der Gesamtanzahl der Teilstichprobe sind fünf zum Zeitpunkt der Erhebung im Krankengeldbezug.

Das Durchschnittsalter beim Auftreten der ersten psychischen Krise liegt bei den Personen im ALO-Status bei 42 Jahren und damit drei Jahre über dem der Vergleichsgruppe (39 Jahre). Betrachtet man das Durchschnittsalter bei der ersten Inanspruchnahme psychosomatischer Reha, ärztlicher oder psychotherapeutischer Hilfe oder beruflicher Veränderung aufgrund der psychischen Beschwerden, zeigt sich die ALO-Gruppe bei Inanspruchnahme 2- 3 Jahre älter; nur bei Antritt einer LTA sind beide Gruppierungen gleichalt. Die vermeintlich erst später auftretende erhöhte Vulnerabilität spiegelt sich auch in den Leistungsketten wider, da die Mitglieder der ALO-Gruppe kürzere Inanspruchnahmeketten der Reha-Inanspruchnahme (medizinische Reha und LTA-Leistungen) als die anderen Befragten aufweisen. Die Teilstichprobe findet anscheinend schwerer den Zugang in das Versorgungssystem. Demnach nehmen sie seltener eine ambulante Psychotherapie und neurologische sowie psychiatrische Behandlung und Beratung in Anspruch. Zudem beabsichtigen sie seltener innerbetriebliche Veränderungen wie Arbeitsplatzanpassung und Arbeitsplatzwechsel umzusetzen.

Auch bei den Mehrfachantworten zu den ursächlichen Gründen ihrer psychischen Beeinträchtigungen zeigen sich Unterschiede zwischen der ALO-Gruppe und den anderen Befragten. So attribuieren sie weniger in *frühe belastende Erlebnisse und Traumata* und häufiger in *aufgeschichtete Belastungen in*

*Arbeit und Familie* als die Personen in Arbeit. Das oftmals nicht vollumfänglich wahrgenommene Aufschichten vielfältiger Problemlagen ist vermutlich ein Grund für das, im Unterschied zu der Vergleichsgruppe, durchschnittlich höhere Alter bei der Erstwahrnehmung von Symptomen bzw. dem Auftreten der ersten psychischen Krise sein.

### *Beschreibung und qualitative Analyse der ALO-Gruppe (Interviewsample)*

In den Fallstudien zeigen sich konkret wie persönliche Inanspruchnahme-Erwartungen, lange Phasen des Präsentismus oder über Jahrzehnte bestehende Belastungen und subjektiv erlebte sowie institutionsbedingte Zugangsbarrieren die Krankheitsverläufe und Berufskarrieren beeinflussen. Insgesamt konnten wir anhand der empirischen Daten 15 Personen, die zum Zeitpunkt des durchgeführten Interviews in der Arbeitslosigkeit waren, eben dieser Kategorie zuordnen. Sieben Personen befinden sich zum Zeitpunkt des Interviews im ALG-I-Bezug, davon drei im Krankengeldbezug, sieben Personen beziehen ALG II, wovon eine Person vor dem Zeitraum des Interviews einen EM-Rentantrag gestellt hat (vgl. Kapitel 7.5.1), und eine Person nimmt trotz ALO-Status keinerlei Leistungen in Anspruch. Acht Personen waren auch 2018 in der Erwerbslosigkeit, sieben Teilnehmerinnen befanden sich im Jahr 2018 noch in Arbeit. Auch im Sample lässt sich das höhere Alter der ALO-Gruppe erkennen. Die jüngste Person ist zum Zeitpunkt des Interviews 47, die älteste 64 Jahre. Zudem finden sich ausschließlich Frauen in dieser Gruppe. Bei Rekonstruktion der Gruppenzugehörigkeit lässt sich erkennen, dass die Personen der Teilstichprobe vermehrt in den Verlaufsgruppen mit einer psychosomatischen Reha (9) vorzufinden sind. Fünf Personen gehören den Verlaufsgruppen mit maximal zwei psychosomatischen Rehabilitationen an, eine kommt aus der Gruppe der Wiederholer, vier haben zusätzlich zu medizinischen Reha-Leistungen LTA in Anspruch genommen. Bei 10 von 15 Mitgliedern in der Gruppe liegt eine Komorbidität (v.a. im Bereich Orthopädie und Onkologie sowie zwei Suchterkrankungen) vor, ein auffälliges Merkmal. Demnach ist es nicht verwunderlich, dass neun Personen auch eine oder mehrere somatische Rehabilitationen absolviert haben. Praktisch alle Rehabilitandinnen haben Psychotherapie oder ambulante psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen, nur zwei Versicherte wurden auch zu einem oder mehreren Zeitpunkten stationär psychiatrisch behandelt. Folgende Tabelle 36 gibt einen Überblick über die Personen:



Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Tabelle 36 Übersicht zu Personen mit ALO-Status.

Pseudonym	Alter	Familienstand	Diagnose	Attribution	höchster Berufsabschluss	Verlaufgruppe (fein)	Komorbidität	Berufsstatus RSD (2018)
<b>Frau Angstmann</b>	55	allein mit Kind/ern i. H.	F3	Kr. Lebensereignis	Hochschule	LMRpsych_2	orthopädisch	ALO
<b>Frau Bartz</b>	52	alleinlebend	F3	som. Erkrankungen	Lehre	LMRpsych_1 + LMRsom nur LTA durch BA	chron. Entzündung	ALO (AU)
<b>Frau Emil</b>	54	mit Partner und Kind/ern		aufgeschichtet	Hochschule	LMRpsych_1 + LTA_IN	sinn.-beeinträchtigt	ALO
<b>Frau Halva</b>	55	alleinlebend	F4	Trauma	Fachschule	LMRpsych_1	/	ALO
<b>Frau Holler</b>	47	alleinlebend	F3	aufgeschichtet	Lehre	LMRpsych_2 + LMRsom	Sucht, orthopädisch	ALO
<b>Frau Mente</b>	54	lebt in WG	F4	aufgeschichtet	Lehre	LMRpsych_1	/	ALO
<b>Frau Netz</b>	55	alleinlebend	F4	Trauma	Lehre	Wiederholer	orthopädisch	RTW
<b>Frau Oker</b>	63	alleinlebend	F3	Som. Erkrankungen	Fachschule	LMRpsych_2 + LMRsom	Sucht, onkologisch	RTW
<b>Frau Otto</b>	60	mit Partner i. H.	F3	aufgeschichtet	Fachschule	LMRpsych_1 + LMRsom	/	RTW

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Frau Paula</b>	60	mit Partner i. H.	F4	Som. Erkrankungen	Lehre	LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_Q	orthopädisch	ALO
<b>Frau Ping</b>	62	alleinlebend	F3	Kr. Lebensereignis	Hochschule	LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_IN	orthopädisch	ALO
<b>Frau Quarz</b>	53	alleinlebend	M4	Trauma	Lehre	LMRpsych_2 + LMRsom + LTA_IN	orthopädisch	RTW
<b>Frau Quelle</b>	56	allein mit Kind/ern i. H.	F4	som. Erkrankungen	Fachhochschule	LMRpsych_1 + LMRsom	orthopädisch	RTW
<b>Frau Raul</b>	64	mit Partner i. H.	F3	aufgeschichtet	Lehre	LMRpsych_1	/	RTW
<b>Frau Ulrich</b>	61	mit Partner i. H.	F4	aufgeschichtet	Lehre	LMRpsych_2 + LMRsom	/	RTW

Nach diesen einleitenden Bemerkungen und der grafischen Darstellung nun zur ALO-Gruppe in unserem Sample. Die beschriebene Gruppe soll im Folgenden anhand dreier exemplarischer Fälle näher betrachtet werden.

### *Ausgewählte Fallkonstellationen*

#### *Frau Quelle*

Auf diesen Fall wurde zwar bereits in Kapitel 7.4.3 eingegangen, dennoch wird ihr Verlauf in diesem Abschnitt noch einmal detaillierter beschrieben, da dieser Fall einige charakteristische Merkmale aufweist und die Risikofaktoren für einen nichtgelungenen RTW gut abbildet. Frau Quelle ist zum Interviewzeitpunkt 56 Jahre alt. Sie hat eine kaufmännische Ausbildung absolviert und beginnt nach dem erfolgreichen Aufstieg im Bankwesen, der von häufigen Arbeitsplatzwechseln geprägt ist, eine Tätigkeit in einer Finanzprüfanstalt. Dort arbeitet sie als Controllerin im Außendienst, baut ein großes berufliches Netzwerk auf und berät auch Großbanken in Organisations- und Ablaufstrukturen. Vor allem an der Möglichkeit der selbständigen Arbeit findet sie Gefallen und glaubt, etwas bewirken zu können.

2011 ändert sich ihr Leben aufgrund eines schweren und unverschuldeten Skiunfalls im Ausland. Zunächst vor Ort behandelt, wird sie etwa eine Woche später nach Deutschland mit einem Krankentransport überführt, den sie retrospektiv als unsachgerecht einschätzt. Sie bemüht sich im Vorfeld selbst um die Aufnahme im Krankenhaus in Deutschland, wo sie nach der Ankunft operiert und die fehlerhaften Behandlungen korrigiert werden. Nach dem Krankenhausaufenthalt ist sie zunächst krankgeschrieben und nimmt dreimal wöchentlich Physiotherapie in Anspruch, eine orthopädische Reha folgt erst einige Monate später, da sie bei Entlassung aus dem Krankenhaus infolge des schweren Beckenleidens als nicht rehafähig eingestuft wird. Dies wirkt sich im weiteren Verlauf negativ aus, weil ihre Unfallversicherung die Krankengeldzahlung verweigert; was sie im Nachgang einklagt. Daneben wird ihr seitens des Arbeitgebers im Krankengeldbezug ein neuer Arbeitsvertrag mit schlechteren Konditionen zur Unterschrift vorgelegt, den sie schlussendlich unterschreibt. Mit einer StW kommt Frau Quelle etwa 9 Monate nach dem Unfall schließlich wieder zurück in Arbeit. Trotz anhaltender somatischer Beschwerden geht sie aus finanziellen, aber auch wertschätzungsgenerierenden Gründen, wieder in den Außendienst. Hierzu gibt Frau Quelle im Interview an, sich sehr stark mit ihrer Arbeit identifiziert zu haben *„wie gesagt mir hat's ja auch Spaß gemacht ich hab dafür gelebt“* (Quelle, Z. 387) und daher nicht auf die Tätigkeit verzichten wollte. Aufgrund der einschränkenden Beschwerden in den Innendienst zu wechseln ist für sie keine Lösung, da diese Änderung mit finanziellen Einbußen verknüpft wäre und der wertschätzende Kontakt zu den Kunden wegfallen würde, auch die selbständige Arbeitsweise würde Frau Quelle fehlen.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Zwischen 2012 und 2016 organisiert sie eigeninitiativ bedarfsgerechte Anpassungen an ihren Homeoffice Arbeitsplatz, um ihrer Tätigkeit beschwerdefrei nachgehen zu können. Dabei beantragt und erkämpft sie sich mit juristischer Unterstützung einen neuen Schreibtisch und Arbeitsstuhl. In diesem Zeitraum stellt sie zudem einen Antrag zur Feststellung eines GdBs und muss letztendlich auch hier den juristischen Weg gehen und klagen, bis sie schließlich den Status der Schwerbehinderung erhält. In die psychosomatische Reha kommt Frau Quelle erst nach sozialgerichtlichem Verfahren, obwohl ihr behandelnder Psychotherapeut sie bei der Beantragung unterstützt

*„ich bin zum ähm, Psychotherapeuten gegangen die ganze Zeit und, und auch der hat glaub ich ´n Bericht schreiben müssen oder sowas ich hab den nie gesehen aber der hat auch was schreiben müssen letztendlich damit ich glaub ich dann in die Reha konnte (.) aber wie gesagt es wurde abgelehnt“ (Quelle, Z. 399-402).*

Die Reha selbst beurteilt Frau Quelle rückblickend gut, vor allem habe sie der Kontakt zu anderen Rehabilitanden, den sie auch nach der Reha weiterpflegt, positiv in ihrer Krankheitsbearbeitung unterstützt. Doch berichtet Frau Quelle auch über psychisch belastende Aspekte innerhalb der Kommunikation, insbesondere wenn ihre Mitrehabilitanden schwerwiegende Ereignisse schilderten.

*„weil das war teilweise schon krass wo man dann denkt ja (1) ne also äh wie gesagt es hat was mit mir gemacht aber wenn man dann so ähm auch mit=mit Missbrauchsopfern oder so da zusammengesessen hat, wie gesagt das wollte man ja nicht unbedingt, also das brauchte ich jetzt nicht auch noch das hat mich ja dann auch noch belastet wenn die dann erzählt haben ne (.)“ (Quelle, Z 453-457).*

Im Anschluss der Reha kehrt Frau Quelle wieder an ihren Arbeitsplatz im Außendienst zurück. Die Nachsorgebegleitung erfährt sie allein seitens ihres Psychotherapeuten, bis keine weitere Verlängerung der Therapie mehr möglich ist. Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie seit zwei Jahren nicht mehr in psychotherapeutischer Behandlung, dennoch ist sie um eine Aufarbeitung ihrer Problemlagen bemüht und steuert diese aktiv sowie eigenfinanziert und nimmt regelmäßig einen Coach in Anspruch, um weitere Impuls zur erhalten.

*„und hab mir dann aber auch ´n Coach genommen ähm, um a- einfach das auch weiterzumachen (.) ja ich hab- ich hab jetzt halt- man hat mir gesagt klar ich krieg jetzt im Moment keine ähm mh Psychotherapie mehr [...] ja, aber diese Belastung halt ähm weil ich bin alleinerziehend ne das- (1) und hab mir dann praktisch noch ´n Coach genommen (.)“ (Quelle, Z. 489-494).*

Im gesamten Behandlungsverlauf hat sie nach eigener Aussage leichte Psychopharmaka konsumiert, um eine innere Ruhe herzustellen.

2019 endet ihre berufliche Tätigkeit aufgrund betriebsbedingter Veränderungen, die Frau Quelle bezweifelt, mit einem Aufhebungsvertrag: [...] *und nem Grad der Behinderung von fünfzig, also da ähm, ja, also ´n bisschen betriebsbedingt aber man hat vielleicht auch ´n bisschen nachgeholfen sagen wir´s mal so (.)*“ (Quelle, Z. 519-521). Frau Quelle erhält eine hohe Abfindung, von der sie noch heute lebt; das ALG 1 ist inzwischen ausgelaufen und ALG 2 hat sie aufgrund ihrer Vermögenswerte (eigenes Haus, Abfindung) nicht beantragt. Gern möchte sie auch wieder arbeiten, doch scheitern bislang ihre Bewerbungsaktivitäten. Sie hatte zwar zwischenzeitlich Zusagen erhalten, doch eigestellt wurde sie bislang nicht. Aufgrund ihrer beruflichen Vorerfahrungen wird sie häufig als überqualifiziert eingestuft oder ihre Gehaltsvorstellungen können von den Arbeitgebern nicht befriedigt werden, so ihre Mutmaßung.

*„und dann im Zweifelsfall wird dann eben eher ´n Junior eingestellt oder beziehungsweise dann kriegen Sie solche tollen Angebote wo Sie dann denken ham die eigentlich alle ´n Schatten (?) ja also jetzt ähm, mh noch gar nicht lange her vor zwei Wochen hat man mir ne Stelle angeboten da hatt ich mich auf etwas beworben äh ja dafür hätten sie jetzt- äh die=die Stelle wäre weg aber man könnte mir was anders anbieten zu nem, **Hungerlohn** (.)*“ (Quelle, Z. 641-646).

Eine LTA ist Frau Quelle vor dem geführten Interview nicht präsent *„also ich wüsste jetzt gar nicht was es da geben t- ((lacht)) gibt sagen wir´s mal so (.)*“ (Quelle, Z. 596-597). Sie strebt konsequent den RTW an und fragt dazu sogar im Interview, nachdem diese Thematik angesprochen wurde, nach Möglichkeiten, die ihr bei der Rückkehr in Arbeit weiterhelfen könnten.

Über ihre konkreten psychischen Belastungen spricht Frau Quelle bei der Befragung nicht. Es ist zu vermuten, dass einerseits die vielen sozialgerichtlichen Verfahren starke Belastungen nach sich zogen *„[...] und das ist ähm, äh wo ich sage also das hätte alles so nicht kommen müssen also das ist an mein Nervenkostüm gegangen“*(.) (Quelle, Z. 282-283) und andererseits ihr traumatisierender Unfall und die kräftezehrenden Nachbehandlungen, ein psychisches Belastungserleben zur Folge hatten. Hierzu äußert Frau Quelle eine Retraumatisierungs-Erfahrung und berichtet davon, dass sie bei ihrem Aufenthalt in der psychosomatischen Reha durch Geräusche im Wald getriggert wurde und dies zu einer spontanen Abwehrhaltung führte. Zum Zeitpunkt des Interviews befindet sie sich in psychotherapeutische Behandlung. Da sie im Interview kaum auf ihr Privatleben eingeht, ist nicht klar, ob Frau Quelle soziale Unterstützung erfährt; ihre Tochter wohnt jedoch bei ihr im Hause.

Frau Quelle handelt selbstwirksam- und reflektiert, gleichwohl sie noch nicht dazu bereit ist, wahrscheinlich notwendige Gehaltseinbußen, Beschneidungen ihrer sehr selbständigen Arbeitsweise und auch ihre geringere Leistungsfähigkeit zu akzeptieren, ist sich darüber jedoch im Klaren.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

*„meinem Gehaltswunsch (1) und ähm sicherlich bin ich jemand also ich brauche als- (1) oder das ist auch meine Erwartungshaltung dass man mich, äh relativ frei laufen lässt also äh man- ne also ich kann Ihnen äh super Aufbauorganisation oder auch ne Ablauforganisation ne also wenn Sie mir freie Hand geben dann- und Sie sagen das und das und das sind die Parameter und so und so soll's aussehen, ne dann bin ich sicherlich die richtige Person (.)(Quelle, Z. 668-673) [...] wenn Sie jetzt aber ´n ganzen Tag hinter mir stehen und sagen hier muss noch ´n Häkchen hin und da ´n Häkchen, dann- damit kann ich nicht mehr gut umgehen (.)“ (Quelle, Z. 677-678)*

Vor ihrer Anstellung als Controllerin einer Finanzprüfanstalt weist sie eine diskontinuierliche Erwerbsbiografie auf, mit vermehrten Arbeitsplatzwechseln, was jedoch keinerlei Auswirkung auf Eigenmotivation, ihren beruflichen Aufstieg und ihrer privilegierten Position hat. Zudem ist sie Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen offen gegenüber und nutzt zum Zeitpunkt des Interviews arbeitsspezifische Webinare, um ihren beruflichen Horizont zu erweitern. Auch wenn sich Frau Quelle interessiert an einer LTA zeigt, wird diese bei ihrer Qualifikation und ihrer angestrebten Entlohnung schwer umsetzbar sein.

### *Frau Mente*

Zum Zeitpunkt des Interviews ist Frau Mente 54 Jahre und seit fünf Jahren im ALO-Status. Sie wandert 1997 mit ihrem damaligen Mann in die USA aus und wird Mutter einer Tochter. Zu ihrer beruflichen Situation in den Vereinigten Staaten äußert sich die Befragte, auch nach mehrmaligem Nachfragen nicht, in einem Nebensatz erwähnt sie die Beschäftigung in Zeitarbeitsfirmen. Problembehaftete Situationen meistert sie nach eigener Aussage zu dieser Zeit allein, selbstreflektiert, mit Kreativität und Durchhaltevermögen und benötigt keine psychotherapeutischen Hilfen oder andere Unterstützungsformen. Nach der Scheidung erfolgt der soziale Abstieg und Frau Mente beschließt die Rückkehr nach Deutschland, nachdem ihre Eltern (Einwanderergeneration) ihr anbieten in das elterliche Haus zurückzukehren. Ihr Ex-Ehemann bleibt mit der Tochter in den USA und heiratet erneut. Ihre Tochter hat ein schwieriges Verhältnis zur Stiefmutter und lebt später in einem Heim für schwererziehbare Kinder, der Kontakt zu Frau Mente existiert zwar, ist jedoch nicht stabil. Hier entgegnet Frau Mente, dass es für sie als Mutter eine psychische Belastung war ihrem Kind nicht beistehen zu können. Ihre Tochter befindet sich mittlerweile in psychotherapeutischer Behandlung, der Kontakt zur Interviewten ist regelmäßig (Videoplattform) und gut.

2010 kehrt Frau Mente mit 42 Jahren nach Deutschland zurück und zieht in ihr altes Kinderzimmer. Ein fehlendes soziales Netz und fehlende Freundschaften erschweren ihr den Neustart. Zudem behandeln ihre Eltern sie nicht als erwachsene Frau und sie verfügt über wenig Rückzugsmöglichkeiten im Elternhaus, da sie ihre Tür nicht schließen darf und wenn sie es tut, ihre Privatsphäre nicht akzeptiert wird. Die einzige Rückzugsmöglichkeit ist der Einschluss ins Bad/Toilette, wovon sie heute berichtet

dieses nicht mehr tun zu müssen und darüber sehr erleichtert ist. Als Strategie um nicht im elterlichen Haus zu sein, fährt sie täglich stundenlang mit den öffentlichen Verkehrsmitteln durch die Stadt, setzt sich in Café oder geht essen. Die Befragte arbeitet für Zeitarbeitsfirmen und nimmt jeden Job an, den sie bekommen kann, auch um vor der Situation im Elternhaus zu fliehen. In ihrem Ausbildungsberuf als Rechtsanwaltsgehilfin war sie nie tätig. Sie beschreibt vielerlei Arten von Beschäftigung wie Hotelempfangsdame, Assistenz, Vertriebssekretärin. Die fehlende Wertschätzung seitens ihrer Eltern und die Abhängigkeit von ihrer Familie belasten sie schwer und sie sucht Anerkennung in der Berufswelt. Die berufliche Situation überfordert sie, da trotz großen Engagements „*ein Jahr kniet man sich zu 150% rein*“ (Mente, Z. 367) keine Festanstellung erfolgt und der Verdienst mit 10- 12 Euro die Stunde sehr gering ist. Sie arbeitet zu viel, ist überfordert, demotiviert und frustriert, wird aber immer wieder dank ihrer sehr guten Englischkenntnisse schnell in neue Anstellungen vermittelt.

Im Januar 2015 erlebt sie ihre erste Panikattacke und depressive Phase. Die Symptome sind für sie traumatisch, lähmen, führen zu ausgeprägten Darmbeschwerden und sie beschreibt, sich so etwas nie hätte vorstellen zu können oder vorher erlebt zu haben. Frau Menté geht zum Hausarzt, erhält eine Krankschreibung und bekommt erste Medikamente verschrieben. Nach einer dreimonatigen Wartezeit „*zu spät und zu lang*“ (Mente, Z. 390) wird sie bei ihrem Psychiater vorgestellt, der sie gut medikamentös einstellt und ihr weiterhilft. Frau Menté spricht über die u.a. Antidepressiva sehr positiv. Für die Verschreibung der Medikamente ist sie bis heute Patientin bei dem Psychiater.

2016 beantragt sie auf Anraten ihres Hausarztes eine psychosomatische Reha. Da sie ihre Katze, an der sie sehr hängt und die ihr eine große Stütze ist, nicht allein lassen möchte, entschließt sie sich zu einer ambulanten Reha. Die Reha ist für sie eine gute Erfahrung, sie dient als Flucht von ihrem Elternhaus und bringt sie mit Personen zusammen, die ihre Beschwerden nachvollziehen können. Die Gespräche mit den Mitrehabilitanden, die Einzelgespräche und die Ergotherapie wirken sich positiv auf ihre Erkrankung aus, doch vor allem die Auszeit von ihren Eltern hilft ihr. Sie nimmt sechs Wochen in Anspruch und kämpft aktiv für die Verlängerung. Die Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes der Klinik empfehlen ihr eine LTA-Maßnahme und unterstützen sie bei der Beantragung, die Ablehnung erfolgt nach dem Gutachten eines Sachverständigen, der ihr bescheinigt nach einer anschließenden Psychotherapie wieder normal arbeiten gehen zu können. Sie versucht eigeninitiativ einen ruhigen Arbeitsplatz ohne hohen Stresspegel zu finden, in dem sie wenig Kontakt zu anderen Menschen hat und möchte eine Tätigkeit in der Sach- oder Datenverarbeitung antreten. Dies gelingt ihr nicht und sie ist ab 2016 arbeitslos. Nach der Reha beginnt sie nacheinander mehrere Psychotherapien, die sie immer wieder abbricht, da sie etwas an den Therapeuten auszusetzen hat. Alle drei sind männlich und haben für die Befragte schwer ertragbare Eigenschaften oder Fehler (starker Zigarettergeruch, Art der Kommunikation etc.). Bei der vierten Psychotherapeutin fühlt Frau Menté sich wohl und bleibt bis 2019

in Behandlung. Die Therapie wird von der Psychotherapeutin abgebrochen, weil sie selbst psychisch erkrankt und Frau Mente nicht weiterhelfen kann. Ihre jahrelange finanzielle Notlage, die daraus resultierenden Abhängigkeiten und die fehlende Wertschätzung (Eltern) werden im Interview sehr häufig von ihr angesprochen. Trotz Belastungen und der Problemlagen bleibt sie bis 2021 im Elternhaus und wird faktisch von ihrem Bruder aus dem Haus geworfen, nachdem diesem das elterliche Haus überschrieben wird. Für Frau Mente ist das Verhalten ihrer Eltern unmenschlich, ihre Eltern sind für sie nicht „*ideal, merkwürdig und komisch*“ (Mente, Z. 790). Sie ist sehr enttäuscht und bricht den Kontakt zur Familie ab, was zu einer Besserung ihres Allgemeinzustandes führt. Sie lebt in einer Unterbringung für Menschen im Bürgergeldbezug. Frau Mente hat zurzeit keine Zukunftserwartungen und -wünsche. Sie möchte ihre Gesundheit voranbringen und ihre Ruhe haben. Pläne machen lohnt ihrer Meinung nach nicht, da „*diese eh scheitern*“ (Mente, Z. 830). Der RTW ist nicht geplant.

Frau Mente sieht die Ursache ihrer Erkrankung hauptsächlich in dem elterlichen Konflikt, sie scheint jedoch schon früher Probleme in der Arbeitswelt gehabt zu haben und weist eine brüchige, von häufigen Wechseln geprägte Erwerbsbiografie auf. Zeitarbeitsfirmen sind laut Frau Mente ein „*Übel unserer Gesellschaft*“ (Mente, Z. 580). Hier hat die Interviewte ein zwiespältiges Verhältnis, einerseits kritisiert sie dieses System bzw. diese Form der Beschäftigung, andererseits dient sie ihr als Flucht aus den belastenden Lebensumständen und generieren dennoch die Wertschätzung, die sie im Elternhaus nicht erfährt. So spricht sie davon, trotz der Umstände wirklich gern gearbeitet zu haben. Die von ihr 2017 angestrebte LTA wird von der DRV eventuell angesichts ihrer diskontinuierlichen Erwerbsbiografie abgelehnt. Die Begutachtung erlebt sich als unangenehm und zeigt sich über das Ergebnis enttäuscht. Die Nachfrage seitens der Interviewerin nach einem weiteren LTA-Antrag weckt Interesse, doch ist zu vermuten, dass dies eher aufgrund sozialer Erwünschtheit geschieht, so wird in der Interaktion mit Frau Mente sehr deutlich, dass sie sich mit ihrer Situation abgefunden hat und ihr Fokus alleinig auf ihrer Gesundheit liegt.

### *Frau Raul*

Frau Raul ist zum Zeitpunkt des Interviews 64 Jahre alt. Sie schließt nach ihrem Abitur ihr BWL-Studium erfolgreich ab und beginnt in der Veranstaltungsbranche bei einem großen Arbeitgeber ihr Berufsleben. Nach wenigen Jahren wechselt sie in eine kleinere Agentur, wo sie selbständiger arbeiten kann und weniger bürokratische Hürden im Arbeitsalltag vorfindet. Die neue Arbeit macht ihr sehr viel Spaß. Sie kann nun völlig selbständig große Kunden betreuen und Veranstaltungen durchführen. Die Freiheit der selbständigen Arbeit führt aber zugleich zu einer hohen Arbeitsbelastung, die ihr zunächst keine Probleme machen. Zudem wird sie innerfamiliär stark unterstützt, indem ihr viel Freiraum für ihre Arbeit gelassen wird. Dies ändert sich schlagartig mit der Erkrankung ihrer Mutter. Vor etwa 20 Jahren wird bei der Mutter von Frau Raul Parkinson diagnostiziert und sie wird von da an verstärkt in



die Pflege der Mutter einbezogen. Obwohl sie noch Geschwister hat, ist sie doch die Einzige, die sich federführend um die Pflege der Mutter kümmert. Zusätzlich problematisch daran ist, dass sie etwa 600 km entfernt von den Eltern wohnt. Daher versucht sie, um der Pflege und auch ihrer Arbeit gerecht zu werden, ihre Arbeit umzustrukturieren. Sie verbleibt in einer Vollzeitstelle, verteilt aber alle Stunden auf 3 Wochen pro Monat, um sich eine Woche pro Monat um die Pflege der Mutter zu kümmern; insbesondere geht es dabei darum, ambulante Pflegekräfte zu organisieren und zu koordinieren. Die Umstrukturierung hilft jedoch nur teilweise, weil sie für ihre Kunden auch in der Woche der Abwesenheit erreichbar sein muss. Dementsprechend arbeitet sie bei dringendem Bedarf auch vom Wohnort ihrer Mutter aus.

Die Belastungen schichten sich allmählich über 20 Jahre hinweg auf. Im Jahr 2016 wendet sich Frau Raul schließlich mit dem Bedürfnis nach einer Reha an ihren Hausarzt. Der wiegelte gleich ab und meinte, dass sie so direkt aus der Arbeit ohne irgendwelche anderen Behandlungen keine Reha bewilligt bekommen würde, doch weicht Frau Raul nicht von ihrem Vorhaben ab. Schließlich rät der Hausarzt ihr, sie solle sich doch begutachten lassen, um darüber in eine Reha zu gelangen. Sie greift diesen Vorschlag auf und kontaktiert die vom Hausarzt vorgeschlagenen Gutachter. Während der Begutachtung wird ihr jedoch ebenfalls gesagt, dass sie nicht den Weg in die Reha gehen und sich stattdessen einen niedergelassenen Psychotherapeuten soll. Dies möchte Frau Raul jedoch nicht. Eine wöchentliche Sitzung könne ihr nicht helfen, sie muss aus ihrem belastenden Alltag raus, um sich regenerieren zu können. Schlussendlich sucht sie noch nach Hilfe bei ihrer Krankenkasse und geht in die regionale Niederlassung zur Beratung. Dort bekommt sie, aus ihrer Perspektive, die wichtigste Unterstützung bei der Beantragung der Reha. Ihr wird angeraten, ein sehr kurzes Schreiben mit der Begründung aufzusetzen, warum sie in die Reha muss und keine andere Maßnahme passend sei. Die dahinter liegende Strategie ist, dass sich ihr Antrag von anderen unterscheiden soll. Frau Raul folgt diesem Vorschlag und bekommt die psychosomatische Reha umgehend bewilligt, die sie retrospektiv sehr positiv bewertet. Insbesondere der Abgleich zu und Kontakt mit anderen Mitrehabilitanden hilft ihr sehr, aber auch die Therapien und Sportangebote sind sehr hilfreich bei der Rekonvaleszenz.

Im Nachgang der Reha kommt Frau Raul ohne StW unmittelbar wieder die Belastungen in Arbeit und Familie. Sie folgt jedoch der Empfehlung aus der Reha sich abzugrenzen und nicht mehr allem gerecht werden zu wollen. Sie spricht bildhaft davon, das Schiff in der Reha anzuhalten und nach der Reha umzudrehen. Während ihr erstes gelingt, scheitert jedoch der zweite Schritt, weil sich Familie und Kollegen dagegen wehren. Sie sind keinesfalls bereit, mehr Aufgaben zu übernehmen; weder in der Pflege noch bezüglich des familiären Grundstücks im Ausland noch in der Arbeitswelt. Frau Raul hält dagegen und grenzt sich immer mehr von den Aufgaben, die sie zuvor (zusätzlich) übernommen hat, ab. Im Jahr 2019 wird Frau Raul arbeitslos. Sie erhält aufgrund der fehlenden Aufträge in der

Veranstaltungsbranche mit der beginnenden Corona Pandemie eine betriebsbedingte Kündigung. Zu Beginn der Arbeitslosigkeit bekommt sie von der BA ein Bewerbungstraining bewilligt und anschließend einen Jobcoach, von dem sie sich nicht gut beraten fühlt. Er habe zu ihr gesagt, dass sie sich in ihrem Alter (64 Jahre) doch lieber familiär oder ehrenamtlich engagieren sollte. Nach dem Wegfall der Erwerbsarbeit versucht sie die psychischen Belastungen in der Familie zu minimieren. Ihre Mutter ist inzwischen verstorben und Frau Raul distanziert sich von ihren Geschwistern.

### *Analyse*

#### *Diskontinuierliche Erwerbsbiografien und lange Inanspruchnahmeketten*

Ein großer Anteil (10) der Befragten dieser Gruppe haben *diskontinuierliche Erwerbsbiografien*, die von häufigen Berufs- und Arbeitsplatzwechseln sowie Umschulungsmaßnahmen geprägt sind. In Teilen weisen diese Menschen mit brüchiger Erwerbsbiografie während der gesamten Ausbildungs- und Berufsbiografie langwierige Inanspruchnahmeketten rehabilitativer und psychotherapeutischer Behandlungen sowie berufliche Maßnahmen, die auch von der BA finanziert werden, auf. Diesen Menschen gelingt der Weg aus der Erwerbslosigkeit kaum und sie sind auf den Bezug von Transferleistungen angewiesen wie z.B. der Fall Frau Holler. Frau Holler absolviert nach Abbruch ihrer Ausbildung, im Laufe ihrer Biografie erfolgreich zwei Umschulungen im kaufmännischen Bereich und beginnt im Gesundheitsbereich ein Praktikum, welches sie jedoch nicht beendet. Trotz vieler berufsrehabitativer Inanspruchnahmen, ausschließlich durch die BA finanziert, gelingt ihr der Einstieg ins Berufsleben kaum; ihrer letzten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung geht sie 2001 nach, seit 2005 bezieht sie ALG II.

Auch Frau Paulas Erwerbsbiografie ist durch Wechselhaftigkeit geprägt, die aber vielmehr durch äußere Umstände, physische Probleme und infolge negativer Lebensereignisse entsteht und lange keinen Leistungsbezug zur Folge hat. Ursprünglich wollte Frau Paula Tiermedizin studieren, ihr Notendurchschnitt verhindert dies jedoch. Alternativ beginnt sie eine Ausbildung im landwirtschaftlichen Bereich. Wenig später begibt sich Frau Paula gemeinsam mit ihrem Partner in eine landwirtschaftliche Selbständigkeit. Für 23 Jahre betreiben sie gemeinsam einen landwirtschaftlichen Betrieb. Zu Beginn der Selbständigkeit lässt sie sich zur Kauffrau im Groß- und Außenhandel zusätzlich ausbilden, um sich kaufmännisches Wissen anzueignen. Nach Trennung vom Partner und der Aufgabe des Betriebes durchläuft Frau Paula viele Stationen in ihrem beruflichen Werdegang. Zuletzt arbeitet sie vor einer Umschulung im arbeitspädagogischen Bereich, unter desolaten Arbeitsbedingungen als Optikerin. Auch in ihrer pädagogischen Tätigkeit kommt es zu weiteren Wechseln der Arbeitsstelle, was auch auf die negative Entwicklung ihrer körperlichen Gesundheit zurückzuführen ist. Nach einer für Frau Paula positiv bewerteten psychosomatischen Reha kommt sie mit StW noch einmal in Arbeit.

Seit einer orthopädischen Notoperation ist sie stark eingeschränkt und zum Zeitpunkt des Interviews seit zwei Jahren arbeitsunfähig und im ALO-Satus. Die EM-Rente ist beantragt.

Eine brüchige Erwerbsbiografie muss nicht zwingend mit Beschäftigungen in prekären Arbeitsverhältnissen und langen Inanspruchnahmeketten einhergehen, was am Beispiel Frau Quelle ersichtlich ist. Die häufigen Arbeitsplatzwechsel haben keine Auswirkungen auf ihren beruflichen Aufstieg, tragen eher zu ihrer Qualifizierung bei und bringen sie in eine lukrative Anstellung, welche sie finanziell absichert und ihr am vorläufigen Ende ihrer Erwerbstätigkeit eine hohe Abfindung einbringt.

### *Attribution*

Die Ursache ihrer psychischen Beeinträchtigung verorten diese Menschen vermehrt in *somatische Erkrankungen und aufgeschichtete Belastungen in Familie und Beruf*. Familiäre und private Probleme stehen bei einigen der Betroffenen im Vordergrund und verstärken vorhandene Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Bei einer Teilnehmerin kommt es im Laufe des Lebens zu Retraumatisierungen, die mit psychologischer Unterstützung, einer hohen Eigeninitiative und Selbstreflexion und einem dreimonatigen Aufenthalt in einer (Tages)Klinik aufgearbeitet wird. Obwohl Frau Netz bereits die ersten Absprachen mit ihrem Arbeitgeber getätigt hat, wird sie Ende 2015 von der BA zur psychosomatischen Reha aufgefordert, da ihr sonst die Streichung der Gelder droht. Nach der Rehamassnahme durch die DRV erfolgt die Stufenweise Wiedereingliederung und der RTW 2016. Die psych. Reha hat für Frau Netz keinen Nutzen. Sie kann in den Gesprächsrunden nur darüber sprechen, wie sie das Trauma aufgearbeitet und wie sie sich selbst geholfen hat. Sie hatte zu dieser Zeit mit dem Thema abgeschlossen und fühlte sich psychisch stabil, dennoch wird ihr eine Reha „aufgedrängt“. Erst mit der Krebserkrankung des Lebenspartners 2019 und dem folgendem Tod 2020, wird sie erneut psychisch instabil und ist seitdem arbeitsunfähig; zum Zeitpunkt des Interviews wartet sie darauf eine erneute Reha antreten zu können, diese möchte sie nun, neben der Psychotherapie, bewusst zur Aufarbeitung ihrer psychischen Probleme und des kritischen Lebensereignisses nutzen.

### *Zugangsbarrieren sowie -schwierigkeiten und fehlende Unterstützungs- und Hilfsangebote*

Bei einigen Personen sind im Inanspruchnahmeverlauf *Zugangsbarrieren sowie -schwierigkeiten, fehlende Unterstützungsangebote* zur Planung der individuellen Behandlungsschritte und keine ausreichend bestehende *Infrastruktur von Hilfsangeboten* zu erkennen, denen vielfältige Ursachen zugrunde liegen und die in der Konsequenz kürzere Leistungsketten und einen späteren Eintritt in das

Versorgungssystem zur Folge haben. Diese Menschen kommen trotz erhöhter Vulnerabilität unter erschwerten Bedingungen in rehabilitative oder psychotherapeutische Behandlungen; etwa wie in den ausgewählten Fallstudien Frau Quelle, Frau Raul und Frau Mente.

Frau Quelle sieht sich innerhalb ihres Behandlungsverlauf zahlreichen Zugangsbarrieren in die bedarfsgerechte Versorgung ausgesetzt, da fast jedes Bestreben einer rehabilitativen, ambulanten und sozialrechtlichen Inanspruchnahme von ihr eingeklagt werden muss. So sagt Frau Quelle diesbezüglich, dass ihre wichtigste Versicherung ihre Rechtsschutzversicherung sei. Im Interview schildert sie dezidiert den Unfallhergang und die damaligen Behandlungsstationen inkl. vorgenommener Akutbehandlungen. Im Kern geht es ihr dabei darum aufzuzeigen, an welchen Stellen Unterstützung und die adäquate Behandlung gefehlt hat, dazu benennt sie Fehler bei der Rückführung nach Deutschland im Krankentransport. Weiterhin berichtet sie mehrmalig darüber, dass sie sich eine bessere institutionelle Unterstützung im Behandlungsverlauf gewünscht hätte. Ihr fehlte ein ganz konkreter Ansprechpartner, der ihr Vorschläge für weitere Nutzungsangebote hätte unterbreiten und sie innerhalb ihres Inanspruchnahmeverlaufs bedarfsorientiert beraten können.

Frau Raul hebt hervor, dass sie sich Im Anschluss der Reha weitere Gruppengespräche und den Austausch mit „*Leidensgefährten*“ gewünscht hätte. Insbesondere der Austausch zur Umsetzung der in der Reha erlernten Strategien und dem Umgang mit Widerständen bei der Rückkehr in belastende Verhältnisse, wären hilfreich gewesen. Eine Nachsorgeleistung wie IRENA oder PsyRENA Maßnahme wurde ihr in der Rehaklinik jedoch nicht empfohlen. Bis zum Interview hat Frau Raul von der Existenz einer solchen Möglichkeit noch nie gehört. Stattdessen hat sie von der Rehaklinik nur eine Nachsorgeapp bekommen und ihr wurde angeraten, sich einen Psychotherapeuten zu suchen; dem folgte sie auch und absolvierte drei Jahre lang Psychotherapie.

Aufgrund einer langen Wartezeit von neun Monaten, beginnt Frau Bartz das Nachsorgeangebot IRENA trotz Empfehlung der Rehaklinik nicht. In ihrem Reha-Entlassbericht findet sie zudem Angaben, mit denen sie nicht konform geht und hätte sich ein abschließendes Gespräch mit den Akteuren der Klinik gewünscht, um den Inhalt des Entlassungsbericht besser reflektieren und einschätzen zu können und so ihren individuellen Bedarfen gerecht werden zu können und sich aktiv Hilfe zu suchen. Auch bei Frau Ulrich wird IRENA in der Reha zwar empfohlen, kann jedoch aufgrund von infrastrukturellen Problemen nicht in Anspruch genommen werden, obwohl Frau Ulrich in einer Großstadt lebt.

Frau Mente hebt immer wieder hervor, wie gut das Gesundheitssystem in Deutschland ist und sie in den USA niemals hätte erkranken dürfen, da sie nicht krankenversichert war. Es ist davon auszugehen, dass sie aufgrund der schon damals stärker werdenden psychischen Symptomatik nach Deutschland zurückgekehrt ist. Obwohl sie die gesundheitliche Versorgung positiv bewertet, erhält Frau Mente nur

schwer Zugang. Die ist zum einen auf motivationale Gründe und zum anderen auf Inanspruchnahme-Barrieren seitens der Institutionen (Ablehnungen der LTA) zurückzuführen. Die Steuerung in das psychiatrische/psychotherapeutische und medizinische rehabilitative Versorgungssystem gelingt durch die Akteure und die DRV jedoch ohne Probleme. Hier sind es allein individuell geprägte Probleme oder Ursachen, die die Nutzung beeinträchtigen und eine schnellere angemessene Behandlung erschweren. Sicherlich wäre der Weg in eine stationäre psychosomatische Reha für Frau Mente sinnvoller gewesen, doch ging sie den Weg in ein ambulantes Angebot, da sie ihr Haustier nicht zurücklassen wollte. Die ersten drei Psychotherapien bei männlichen Behandlern bricht sie aus verschiedenen Gründen ab (starker Rauchgeruch, Probleme in der Kommunikation etc.), erst bei einer Psychotherapeutin fühlt sie sich wohl und sicher. Dennoch strebt sie nach Abbruch der Therapie durch die Akteurin keine weitere Behandlung an, obwohl sie noch immer einem ausgeprägten Belastungserleben ausgesetzt ist. So wirkt sie im Interview stark vulnerabel und kommt kontinuierlich auf ihre innerfamiliären Probleme und ihre psychischen Belastungen zu sprechen; sie hat den Bruch mit ihrer Familie noch wenig aufarbeiten können. Oftmals werden die Maßnahmen von anderer Seite angestoßen (z.B. Sozialdienst, Hausarzt) und Frau Mente zeigt eine geringe Selbstwirksamkeit und Initiative. Hier scheinen nicht bewältigte Lebenskrisen mit hoher psychischer Vulnerabilität und mangelnde Resilienz eine Rolle zu spielen. Probleme in der ambulanten psychotherapeutischen Inanspruchnahme zeigen sich auch bei Frau Ulrich, die Therapieangebote nur sporadisch nutzt, Therapien aufgrund fehlender Harmonie abbricht und Methoden stetig kritisch hinterfragt. Hier sind es eher individuelle Erwartungshaltungen an die ambulante, aber auch rehabilitativen Versorgungsangebote, die nicht erfüllt werden können.

### *Erwarteter Nutzen der Inanspruchnahmen*

Individuelle Inanspruchnahmeerwartungen, die einen erhebliche Bedeutung für den Erfolg der rehabilitativen und psychotherapeutischen Maßnahme haben, doch nicht erfüllt worden sind, spielen in dieser Gruppe eine auffallende Rolle. Frau Ulrich spricht im Interview davon mehrere Rehas „durchlitten“ zu haben und bewertet ihre Erfahrungen mit den Rehakliniken, bis auf eine in der sie sich gut aufgehoben gefühlt hat, aufgrund von Diskriminierungsvorfällen seitens der Fachärzte und von ihr wahrgenommenen unqualifizierten Personal negativ, zudem nimmt sie den Strukturaufbau und die Tagesplanung als einengend wahr:

*„also ähm ich hab ja schon mh mehrere Rehas ähm, **durchlitten**, also war überhaupt nicht so dass es jetzt nur schlecht war sondern ich hab auch ganz=ganz viel bekommen das ist auch so aber“ (Ulrich, Z. 21-23).*

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

„und ähm das war also wirklich die beste Reha die ich je hatte ähm weil einfach äh ich musste mich nicht verbiegen ich konnte alles mitmachen was mir Spaß gemacht hab ich hab viel Sport gemacht hat mir total gut getan (.) ähm aber ich musste ni- und=und=und das war genau in der letzten Klinik so wenn man äh an etwas nicht teilnehmen wollte dann **musste** man dort **hingehen** und persönlich Bescheid sagen dass man das nicht jetzt machen kann also gut dagegen spricht ja auch gar nix aber man hatte immer das Gefühl ich hab jetzt 'n schlechtes Gewissen wenn ich was nicht mitmache“ (Ulrich, Z. 236-243).

So scheint es, dass Frau Ulrich vor Erstantritt kein Wissen über den expliziten Ablauf einer Reha hatte; sicherlich wären hier detaillierte Informationen über die Maßnahmen sinnvoll gewesen. Jedoch konkretisieren sich ihre Erwartungen hinsichtlich der Reha im Laufe ihrer Behandlungskette und sie nimmt die Reha als Auszeit von ihren familiären und beruflichen Belastungen, Care-Arbeit, Stress durch hohen Arbeitsethos und fehlende Ruhe im Haus, sie wohnt an einer Einflugschneise, in Anspruch, auch wenn sie dabei Abstriche machen muss und die therapeutischen Angebote nicht immer ihren Vorstellungen entsprechen.

### *Berufsbiografische Endposition ALO (als Übergang zur Altersrente)*

Ein ALO-Status bedeutet häufig nicht den Abschluss einer Leistungskette. So äußern einige Teilnehmer zum Zeitpunkt des Interviews den Wunsch eine weitere rehabilitative Inanspruchnahme in Anspruch nehmen zu wollen, bspw. Frau Bartz, die sich seit 2017 um die Bewilligung einer Umschulung durch die DRV bemüht. Damit wird die Behandlungskette auch voraussichtlich innerhalb der Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung weitergeführt. Es finden sich in dieser Teilstichprobe Menschen, die die Arbeitslosigkeit nicht unbedingt als einen negativen Zustand bewerten, sich in einer berufsbiografischen Endposition befinden und einerseits so vulnerabel sind, dass sie keine Möglichkeiten für den RTW sehen (z.B. Frau Mente), andererseits den Status der Arbeitslosigkeit als Übergang in die Altersrente wahrnehmen, bspw. der Fall Frau Raul. Sie fühlt sich in ihrer zum Zeitpunkt des Interviews existenten Situation wohl, legt den Fokus auf die Bewältigung privater Probleme und hat mit einer Rückkehr ins Erwerbsleben abgeschlossen; sicherlich auch aufgrund ihres Alters von 64 Jahren.

### *Zu späte Inanspruchnahme und Präsentismus*

Bei Frau Raul finden sich zudem Hinweise auf eine zu *späte Inanspruchnahme* ambulanter oder rehabilitativer Hilfen, bedingt durch den Fokus auf den familiären Belastungen und einem jahrelangen Präsentismus innerhalb ihrer kontinuierlichen Erwerbsbiografie. Erst nach 20 Jahren entschließt sie sich für einen Weg in die Reha, der alleinig darauf beruht, dass sie ihren bestehenden Problemen entfliehen und, ähnlich wie Frau Ulrich, eine Auszeit möchte. Die Gedanken an eine ambulante

Psychotherapie oder andere fachärztliche Versorgungsmöglichkeiten kommen Frau Raul nicht. Vom Aufenthalt in der psychosomatischen Reha und damit der Herausnahme aus dem Alltag wird eine höhere Effektivität erwartet. Zudem sieht Frau Raul in der Inanspruchnahme eines ambulanten Angebots zum Zeitpunkt ihrer ausgeprägten psychischen Belastungssituation nur einen weiteren Termin, den sie in ihrem Leben integrieren muss, auch wenn sie nach der Reha und der Vermittlung von Bewältigungsstrategien bereitwillig die Empfehlung zur psychotherapeutischen Behandlung umsetzt und drei Jahre einen Therapeuten aufsucht. Auch Frau Angstmanns berufliche Biografie ist von einer langen Präsentismus-Phase und einer späten Inanspruchnahme geprägt<sup>71</sup>. Eine zu späte Inanspruchnahme ist durch vielfältige Faktoren begründet, hier spielen mangelnde Krankheitseinsicht, auch zum Teil mit Fokus auf somatische Erkrankungen, obgleich diese komorbid auftreten, und Selbstwirksamkeit, die bereits besprochenen Zugangsbarrieren, fehlende Angebote und mangelnde Infrastruktur eine Rolle, aber auch lange Präsentismus-Phasen oder ein langes Belastungserleben durch Care-Arbeit etc., die die Aufnahme einer rehabilitativen oder psychotherapeutischen Behandlung erschweren oder sogar unmöglich machen.

### *Verlaufgruppen*

Die Rekonstruktion der Gruppenzugehörigkeit lässt erkennen, dass neun der 15 Angehörigen der Teilstichprobe, den Verlaufgruppen mit nur einer psychosomatischen Rehabilitation angehören. Dies ist vermutlich auch in den in diesem Kapitel beschriebenen Hindernissen bei der Inanspruchnahme und dem teilweise erschwerten Zugang in das Versorgungssystem begründet, ob institutionell bedingt oder durch individuell motivationale Ursachen begünstigt.

### *Fehlende Initiierung von beruflichen und innerbetrieblichen Veränderungen*

Bei einigen Mitgliedern der hier besprochenen Quergruppen fällt auf, dass das Ziel einer beruflichen und/oder innerbetriebliche Änderung zur Dezimierung berufsbezogener Belastungen zu spät oder gar nicht gesucht wird. Frau Quelle geht, obwohl sie starken somatischen Belastungen ausgesetzt ist, zurück in den Außendienst, der zwar eine für sie erfüllende Funktion hat, aber ihre körperlichen Probleme verschärft. Der Druck ihre Position zu halten und sich gegenüber subjektivwahrgenommen Diskriminierungen zu behaupten, trägt zu ihrer psychischen und physischen Vulnerabilität bei.

Frau Bartz muss nach Feststellung einer Allergie ihren Traumberuf als Kostümbildnerin aufgeben und absolviert eine Umschulung zur Optikerin. 2007 erlebt sie einen „Burnout“ aufgrund starker Arbeitsbelastungen. Sie sucht einen Psychiater auf, der ihr den Rat erteilt, Arbeitsstunden zu

---

<sup>71</sup> Ausführlich in Kapitel 7.4.4 dargestellt.

reduzieren und sich zurückzunehmen. Sie wechselt zwar den Arbeitgeber, doch geht sie mehr Verantwortung ein und erhält eine höhere Position, woraufhin sie erneut Symptome verspürt und einen weiteren Psychiater aufsucht. Die Empfehlungen zur Herausnahme aus dem Berufsalltag und der Krankschreibung ignoriert sie und „stürzt“ sich wieder in die Arbeit. Zehn Jahre arbeitet Frau Bartz weiter bei diesem Optiker und erlebt 2017 eine schwere Krise, die sich auch in starken und schmerzhaften Knieproblemen äußert. Daraufhin wird Frau Bartz gekündigt, nachdem sie einen neuangepassten Vertrag ablehnt. Erst nach Empfehlung durch die BA nimmt sie eine Psychotherapie in Anspruch<sup>72</sup>.

Auch wenn Prognosen über den zukünftigen Verlauf mit Unsicherheiten verknüpft sind, da hier mannigfache situative Variablen und Ereignissen wirken und zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können, sind die hier veranschaulichten diskontinuierlichen Erwerbsbiografien, die „zu späten“ Inanspruchnahmen und die Problematiken bei Zugang und Informationsvermittlung sowie fehlende Unterstützungsangebote durchaus als Risikofaktoren zu bewerten. Bei dem zuerst genannten Aspekt liegt die Vermutung nahe, dass die eingesetzten Maßnahmen zu einem bestimmten Zeitpunkt ausgeschöpft sind, z.B. Frau Holler die eine lange Inanspruchnahme -Karriere hat, und geeignete sowie erfolgsversprechende Angebote nicht mehr unterbreitet werden können.

### 7.6. Personen mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Auf die Gruppe der Menschen mit in Anspruch genommenen LTA-Maßnahmen legten wir einen gesonderten Fokus. Auch wenn LTA-Inanspruchnehmer eine der Hauptgruppen darstellen und sie partiell in Kapitel 7.4.2 bereits besprochen worden sind, haben wir uns entschieden, die Personen mit mindestens einer LTA-Inanspruchnahme in diesem Abschnitt genauer zu behandeln; begründet war dies auch darin, dass es Personen im Interviewsample gibt, die keine medizinische Rehabilitation genutzt und nur eine berufliche Teilhabeleistung durch die DRV absolviert haben, und Teilnehmende, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausschließlich durch die Bundesagentur für Arbeit oder Berufsgenossenschaften erhalten haben.

Grundlegend bestand die Vermutung, dass die Inanspruchnahme von Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe auf höhere psychische und somatische Belastungen, und speziell arbeitsweltliche Problemlagen, hindeutet, welche mit komplexen Inanspruchnahmekontexten verknüpft sind und denen eine lange biografische Aufschichtung zugrunde liegt. Zudem wurde zu Beginn des Projektes eine

---

<sup>72</sup> Hier sollte angeführt werden, dass die vorherigen beschriebenen Ausführungen zum Präsentismus und der zu späten Inanspruchnahme von Leistungen des Versorgungssystems auch bei Frau Bartz und Frau Quelle oder anderen Personen der Quergruppe zutreffen und nicht trennscharf zu dem hier beschriebenen Aspekt sind.



höhere Rate an erfolgreichen RTW bei Personen mit LTA erwartet. Obgleich auch in dieser Gruppierung eine große Heterogenität besteht, zeigten sich in der Analyse mannigfache ähnlich gelagerte Charakteristika, die diese Gruppen von den Personen, die rein medizinische und psychosomatische/psychotherapeutische Angebote genutzt haben, unterscheiden.

### *Quantitative Analyse auf Basis der RSD-Files und der Fragebogenerhebung*

Bereits im Kapitel 6.2.3. „Arbeit und RTW“ wurden erste Erkenntnisse zur hier beschriebenen Personengruppe dargelegt. Diese sollen nun im nachfolgenden Abschnitt noch einmal genannt und ergänzt werden, um einen breiteren Überblick zu gewähren. Demnach gaben in der Gesamtstichprobe 32,4 % oder 379 Personen (n= 1.162) an im Laufe ihres Versorgungsverlaufes mindestens eine Leistung zur beruflichen Teilhabe erhalten zu haben. In etwa 34 % der Fälle erfolgte eine Arbeits- und Belastungserprobung, bei ca. 31 % eine Umschulung (2 Jahre), knapp 21 % erhielten eine Integrationsmaßnahme (maximal 1 Jahr); es galt zu beachten, dass die Befragten mehrere LTA-Maßnahmen in Anspruch genommen haben konnten und deshalb Mehrfachantworten möglich waren. Die Geschlechterverteilung liegt bei 75 % Frauen und 25 % Männern, was einen Bias vermuten lässt, da aus den Statistiken der Deutschen Rentenversicherung hervorgeht, dass Männer in einem deutlich größeren Umfang Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch nehmen. So waren im Jahr 2021 nur etwa ein Drittel der Teilnehmer in LTA-Maßnahmen Frauen (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022b). Fast die Hälfte der Teilnehmer verfügen über eine abgeschlossene Lehre als höchsten Berufsabschluss. Die Versicherten mit LTA unserer Studie sind jünger als die ohne beruflich rehabilitative Leistungen. Demnach sind sie häufiger in der Altersgruppe von 39- 48 Jahren vertreten (23 % vs. 16 %) und weniger präsent bei den 59- 63-Jährigen (20 % zu 27 %); bei der Alterskohorte 49- 58 Jahre ist der Anteil nahezu gleich mit jeweils ca. 50 Prozent.

Die Frage, ob die Inanspruchnahme von LTA ein Garant für einen erfolgreichen RTW ist, muss differenzierter betrachtet werden. Teilnehmer mit LTA-Leistungen sind in unserer Befragung weniger in Voll- oder Teilzeit beschäftigt und beziehen zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung häufiger Leistungen der Sozialversicherung, bspw. Transferleistungen. So ist es nachvollziehbar, dass diese Teilnehmenden auch weniger zufrieden mit ihrem derzeitigen Einkommen sind. 28,9 % geben an mit ihrem Einkommen „weniger“ oder „gar nicht“ zufrieden zu sein. Die Befragten ohne LTA bewerten ihr Einkommen weniger negativ (19,3 %) und zeigen sich zufriedener mit ihrem Einkommen (55,4 % versus 47,7 % bei Personen mit LTA). Bei näherer Betrachtung zeigt sich eine steigende Anzahl erfolgreicher RTW-Prozesse. Während im Jahr 2018 der Anteil der Return to Work bei der LTA-Gruppe deutlich geringer als bei den Versicherten mit ausschließlich medizinischen Leistungen ist (54 % zu 63 %) gleicht sich der Wert bis 2021 mehr an. So sind im Jahr 2021 bei den Nichtnutzern 67 Prozent und 63 Prozent der Personen mit LTA in Arbeit zurückgekehrt.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Das Durchschnittsalter beim Auftreten der ersten psychischen Krise, liegt bei der LTA-Gruppe bei 38 Jahren und damit vier Jahre unter dem der Vergleichsgruppe. Auch das Durchschnittsalter bei der ersten Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer Hilfe aufgrund psychischer Beeinträchtigung ist geringer und liegt bei 41 Jahren (Versicherte ohne LTA 44 Jahre). Die vermeintlich früher eingetretene psychische Belastungssituation der LTA-Teilstichprobe bestätigt sich auch hinsichtlich der Ursachenattribution. Hier sehen 25 % die Ursache ihrer Erkrankung in frühen psychisch belastenden Erlebnissen und Traumata. Der Großteil sieht den Ursprung seiner psychischen Störung jedoch in aufgeschichteten Problemlagen in Beruf und Familie (35 %), was einen Unterschied von 6 Prozentpunkten im Vergleich mit den Nichtnutzern (41 %) ausmacht. In der Regel sind die Mitglieder der LTA-Gruppe auch um 2- 4 Jahre jünger bei beruflichen Veränderungen, die wegen der psychischen Beeinträchtigung umgesetzt wurden, und bei der Inanspruchnahme einer psychosomatischen Reha. Sie scheinen leichteren Zugang in das Versorgungssystem zu finden oder sehen sich gezwungen, den Weg in eine adäquate Behandlung gezielter und frühzeitiger zu suchen, was sich bei Auswertung des Inanspruchnahmeverlauf bestätigt. Das heißt, sie nutzen fast alle Angebote und Möglichkeiten der ambulanten und rehabilitativen Versorgung signifikant häufiger als die Personen mit rein medizinischen Leistungen. Dazu zählen ambulante Angebote wie Psychotherapie, Akutbehandlungen in einer Psychiatrie oder Tagesklinik, Sozialpsychiatrische Dienste und psychiatrische/neurologische Behandlungen /Beratungen, zudem suchen sie vermehrt Selbsthilfeangebote auf. Einzig bei Nutzung der Nachsorgeleistungen der DRV zeigt sich keine Signifikanz, dennoch nehmen die Angehörigen der LTA-Gruppe Nachsorge wie IRENA und PSYRENA öfter in Anspruch (49 % vs. 45 %). Auch innerbetriebliche Maßnahmen (z.B. BEM, Arbeitsplatzanpassungen, Stundenreduzierungen) sind bei dieser Gruppe häufiger zu beobachten. Die gesteigerten Inanspruchnahmen, werden auch bei der Betrachtung der Leistungsketten deutlich. So sind die Inanspruchnahmeketten von Reha- und Akutleistungen in der LTA- Gruppierung länger und reichen signifikant häufiger über den Zeitraum der RSD-Daten (2010 bis 2017) als bei der Vergleichsgruppe hinaus.

Wird im Vorfeld der LTA eine medizinische Reha absolviert, erfolgt der Übergang bzw. die Zuweisung in die berufliche Maßnahme zu knapp 57 % innerhalb der ersten drei Jahre. In den Interviews zeigt sich, dass die Wartezeiten oftmals als störend wahrgenommen werden; auch der Facharzt einer Rehaklinik weist in der Expertenbefragung darauf hin, dass einjährige Wartezeiten auf den Antritt einer LTA keine Seltenheit sind und bemängelt ebenso das intransparente Antragsverfahren (vgl. Kap. 7.8.5). Viele Rehabilitanden gehen hochmotiviert aus den Rehakliniken heraus und sehen die längere Überbrückungszeit als Einschränkung in ihrem Bestreben nach Änderung ihrer Erwerbsbiografie. Es besteht das Risiko, dass angestoßene Veränderungsimpulse so im Sande verlaufen und Anpassungen ungenügend realisiert werden können bzw. die Akzeptanz der Maßnahme gehemmt wird. Einige Rehabilitanden empfinden eine länger andauernde Übergangszeit dagegen als wohltuend und

betrachten diese als Schonzeit, um sich weiter ihrer Krankheitsaufarbeitung und -bewältigung widmen zu können.

Von den Befragten mit LTA-Leistungen sehen sich 46,2 % in ihrem alten Beruf und 19,2 % streben eine neue Tätigkeit an, während 52,2 % der Personen mit ausschließlich medizinischer Reha-Leistung weiterhin in ihrem Beruf beschäftigt sein und sich 13,2 % zukünftig um einen neuen Arbeitsplatz bemühen möchten. Der Anteil der Versicherten, die einen Wunsch nach einer EM-Rente formulieren, ist in beiden Gruppen etwa gleich hoch (LTA 20,6 % vs. ohne LTA 18,9 %). Eine berufliche Veränderung durch die gesundheitsbedingte Aufgabe ihres Berufs sehen ca. 26 Prozent der LTA-Teilstichprobe, demgegenüber stehen etwa 20 Prozent der Personen mit medizinischen Leistungen. Dies überrascht insofern, da vor allem die Entscheidung für die Teilnahme an einer bspw. beruflichen Neuqualifizierung häufig auch eine Entscheidung für eine positive, veränderte Zukunft impliziert, die in einer beruflichen Stabilität münden kann. Demnach könnte der höhere Anteil auch auf höheren Leidensdruck oder stärkere Krankheitsbelastung der LTA-Gruppe hindeuten. Zudem stellten wir in den Interviews fest, dass Teilnehmende nach erfolgreich abgeschlossener Qualifizierungsmaßnahme in den vorherigen Beruf zurückkehrten, was zu erneuten Belastungserleben führte (vgl. Kapitel 7.4.2).

In den Interviews zeigt sich, dass der frühe Zugang ins rehabilitative und ambulante sowie stationäre Versorgungssystem, bei vielen Befragten auf abgebrochene Bildungsgänge und/oder unpassende Berufswahl, schon in der Kindheit und Jugend aufkommenden Belastungen, die die psychischen Probleme bereits früh manifestierten, und auf falschgetroffene Lebensentscheidungen zurückzuführen sind.

### *Beschreibung und qualitative Analyse der LTA-Gruppe (Interviewsample)*

Unter den Interviewteilnehmenden (n = 70) haben 31 Personen mindestens eine LTA-Maßnahme in Anspruch genommen, was einen Anteil von ca. 44 % innerhalb der Interviewstichprobe entspricht (27 Frauen, 4 Männer). Eine weibliche Teilnehmerin hat nur eine LTA durch die BA in Anspruch genommen, jedoch keine durch die DRV geförderte berufliche Rehabilitation. Der häufigste vorkommende Berufsabschluss ist die Lehre (15 Teilnehmende), drei Personen haben eine Fachschule besucht, fünf sind Absolventen einer Fachhochschule und acht Teilnehmer besitzen einen universitären Abschluss. Die recht hohe Anzahl der Akademiker in dieser Teilstichprobe ist überraschend, da uns in den Experteninterviews bestätigt wurde, dass die LTA-Empfehlung im geringeren Maße Personen mit höherqualifizierteren Berufsabschlüssen ausgesprochen wird. Demnach benennen die Sozialarbeiter der Rehakliniken innerhalb der Experteninterviews, dass der Fokus auf die Vermittlung von Strategien zur Bewältigung arbeitsplatzbezogener Probleme liegt, weil viele dieser Fälle den Wunsch äußern in ihrer beruflichen Tätigkeit zu bleiben, und die Umsetzung innerbetrieblicher Maßnahmen anstreben. Dieser Gruppe wird überwiegend eine Feststellung des GdBs empfohlen und selten Umschulungen

oder ähnliches angeraten, primär weil die Experten beobachten, dass dieser Personenkreis berufliche Veränderung, im Sinne einer Qualifizierungsmaßnahme, selten als motivierenden Faktor betrachtet (vgl. Kap. 7.8.5). Dabei muss für unser Interviewsample aber auch berücksichtigt werden, dass der Großteil des akademischen Personenkreises, Integrationsmaßnahmen in Anspruch genommen hat (neun Teilnehmende) und nur vier Befragte Neuqualifizierungen durchlaufen haben.

Von den 31 Mitgliedern dieser Gruppe waren 2018 14 in Arbeit, 16 in der Erwerbslosigkeit, davon eine Person AU und eine Teilnehmerin, die einen Nebenjob ausführte, eine Versicherte befand sich in einer von der BA durchgeführten beruflichen Reha-Maßnahme. Bis zum Zeitpunkt des Interviews erhöhte sich die Zahl der Beschäftigten auf 20, davon gehen zwei Teilnehmerinnen einer Teilzeitbeschäftigung nach und zwei Versicherte sind im AU-Status. Fünf Angehörige der LTA-Gruppe sind 2021 in der Erwerbslosigkeit, eine Person hat den EM-Rentenanspruch gestellt, eine Teilnehmerin bezieht die EMR und zwei Personen sind in einer LTA\_IN-Maßnahme, eine Teilnehmende absolviert zum Zeitpunkt des Interviews eine Qualifizierungsmaßnahme. Folgende Tabelle 37 gewährt einen Überblick zur Teilstichprobe der LTA-Nutzer.

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Tabelle 37 Übersicht zu Personen mit LTA.

Pseudonym	Alter	Familienstand	Diagnose	Attribution	höchster Berufsabschluss	Verlaufgruppe (fein)	Berufsstatus RSD (2018)	Berufsstatus 2022
<b>Frau Bader</b>	50	alleinlebend	F3	aufgeschichtet	Fachhochschule	LMRpsych_2 + LTA_IN	RTW	LTA IN
<b>Frau Bartz</b>	52	alleinlebend	F3	som. Erkrankungen	Lehre	LMRpsych_1 + LMRsom nur LTA durch BA	ALO (AU)	ALO
<b>Frau Blume</b>	60	mit Partner im Haushalt	F3	aufgeschichtet	Fachhochschule	LMRpsych_1 + LTA_IN	RTW	RTW
<b>Frau Close</b>	64	mit Partner im Haushalt	/	som. Erkrankungen	Lehre	LMRpsych_1 + LTA_IN	RTW	RTW
<b>Frau Dora</b>	34	alleinlebend	M5	aufgeschichtet	Hochschule	LMRpsych_1 + LTA_IN	ALO	RTW
<b>Frau Emil</b>	54	mit Partner und Kind/ern i.H.		aufgeschichtet	Hochschule	LMRpsych_1 + LTA_IN	ALO	ALO
<b>Frau Frieda</b>	60	mit Partner im Haushalt	F3	aufgeschichtet	Fachschule	LMRpsych_2 + LMRsom + LTA_IN	ALO	RTW
<b>Frau Hill</b>		mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	M7	som. Erkrankungen	Lehre	LMRsom + LTA_Q	ALO	RTW
<b>Frau Josch</b>	54	alleinlebend	F4	aufgeschichtet	Lehre	LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_Q	LTA Q (BA)	RTW

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Frau Jung</b>	39	alleinlebend	F3	aufgeschichtet	Hochschule	LMRpsych_2 + LTA_IN	ALO	LTA IN
<b>Frau Keller</b>	41	mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	F3	aufgeschichtet	Fachhochschule	LMRpsych_1 + LTA_Q	RTW	RTW*
<b>Frau Konrad</b>	53	alleinlebend	F3	aufgeschichtet	Lehre	LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_IN	ALO	RTW
<b>Frau May</b>	53	alleinlebend	M5	aufgeschichtet	Lehre	LMRsom + LTA_IN	ALO	EMR
<b>Frau Nieder</b>	35	alleinlebend	F3	aufgeschichtet	Lehre	LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_Q	ALO	RTW
<b>Frau Nohl</b>	40	mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	F4	som. Erkrankungen	Lehre	LMRsom + LTA_Q	RTW	RTW
<b>Frau Pasch</b>	55	allein Kind/ern im Haushalt	F3	Trauma	Fachschule	LMRpsych_2 + LTA_IN	ALO	EMR
<b>Frau Paula</b>	60	mit Partner im Haushalt	F4	som. Erkrankungen	Lehre	LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_Q	ALO	ALO -> EMR
<b>Frau Pohl</b>	60	lebt in WG	/	som. Erkrankungen	Lehre	LMRpsych_1 + LTA_Q	RTW	RTW*

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Frau Ping</b>	62	alleinlebend	F3	Kr. Lebensereignis	Hochschule	LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_IN	ALO	ALO
<b>Frau Quarz</b>	53	alleinlebend	M4	Trauma	Lehre	LMRpsych_2 + LMRsom + LTA_IN	RTW	ALO
<b>Frau Reim</b>	53	mit Partner/in im Haushalt	F3	aufgeschichtet	Lehre	LTA_IN	RTW	RTW (AU)
<b>Frau Sieg</b>	49	mit Partner/in im Haushalt	H5	som. Erkrankungen	Hochschule	LMRpsych_1 + LTA_Q	ALO	LTA Q
<b>Frau Suhl</b>	47	alleinlebend	F3	Kr. Lebensereignis	Hochschule	LMRpsych_1 + LTA_IN	RTW	RTW
<b>Frau Theodor</b>	53	mit Partner/in im Haushalt	F3	aufgeschichtet	Fachhochschule	LTA_Q	ALO	RTW
<b>Frau Tosch</b>	58	alleinlebend	M5	Trauma	Fachschule	Wiederholer	ALO	RTW (AU)
<b>Frau Weber</b>	47	alleinlebend	F4	som. Erkrankungen	Fachhochschule	LMRsom + LTA_Q	RTW	RTW
<b>Frau Zeppelin</b>	61	alleinlebend	F3	som. Erkrankungen	Lehre	LMRpsych_2 + LMRsom + LTA_IN	RTW	EMR
<b>Herr Baum</b>	49	bei meinen Eltern/Großeltern	F3	Kr. Lebensereignis	Lehre	LTA_Q	ALO	RTW

Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

<b>Herr Kaul</b>	55	mit Partner/in im Haushalt	F3	aufgeschichtet	Hochschule	Wiederholer	RTW	RTW
<b>Herr Protokoll</b>	64	mit Partner/in im Haushalt	/	aufgeschichtet	Hochschule	LMRpsych_1 + LTA_IN	RTW	RTW
<b>Herr Traut</b>	51	mit Partner/in und Kind/ern im Haushalt	F3	aufgeschichtet	Lehre	LMRpsych_2 + LTA_Q	RTW	RTW

\*Teilzeitbeschäftigung



### *tiefergehende qualitative Analyse*

Nach diesen einleitenden Bemerkungen und der grafischen Darstellung folgt nun die tiefergehende qualitative Analyse zur LTA-Gruppe in unserem Interviewsample.

### *Attribution*

Die Mehrzahl der Menschen dieser Gruppe sehen ihre psychischen Beeinträchtigungen ursächlich in *aufgeschichtete Belastungen in Familie und Beruf* begründet. Konträr zur Fragebogenstichprobe der LTA-Inanspruchnahme positioniert sich die Attribution in *somatische Erkrankungen* an zweiter Stelle<sup>73</sup>. So stehen körperliche Erkrankungen bei einigen der Teilnehmenden im Vordergrund und führen zu einer negativen Verstärkung bereits existenter Schwierigkeiten im Berufsleben und/oder sind unmittelbare Folgen physisch anspruchsvoller Tätigkeiten, zum Beispiel bei Frau Nohl, die in die den Beruf der Krankenschwester ergreift. Im Laufe des Arbeitslebens nehmen orthopädische Beschwerden sukzessive zu. In ihrer Tätigkeit besteht zwar die Möglichkeit der körperlichen Entlastung durch technische Unterstützung bei Ausführung ihrer Arbeit, doch empfindet sie die Organisation dieser als zu aufwendig. Frau Nohl handelt trotz bereits früh ersichtlicher Schmerzen und Symptomaten, nicht und nimmt die ihr zur Verfügung stehenden Entlastungsmöglichkeiten nicht in Anspruch. Erst zusätzlich auftretende urologische Probleme nach einer unabwendbaren Operation und nicht tolerierbaren Schmerzen im Stützapparat veranlassen Frau Nohl, eine Beratung bei der Bundesagentur für Arbeit aufzusuchen, wo ihr die Empfehlung auf eine Umschulung ausgesprochen wird. Laut eigener Aussage hat sie zu keiner Zeit psychische Beschwerden wahrgenommen und nie eine Psychotherapie etc. genutzt. Eine laut RSD erfolgte psychosomatische Reha im Jahr 2017 erinnert sie nicht bzw. wird von ihr nicht angesprochen. Frau Nohl ist bei uns in der Stichprobe mit einer F4-Diagnose vorzufinden.

Frau Konrad, die nach ihrem Schulabschluss keine Berufsausbildung anstrebt und sich auf die Kindererziehung, ihr erstes Kind bekommt sie mit 20 Jahren, fokussiert, zeigt sich als charakteristisches Beispiel für die Aufschichtung mannigfacher Problemlagen und Belastungen. Frau Konrad ist lange Zeit auf Nebenjobbasis in der ambulanten Pflege tätig und zieht nach Scheidung mit ihren drei Kindern in eine Großstadt, wo sie eine Ausbildung zur Altenpflegerin erfolgreich abschließt. Eine neue Partnerschaft zerbricht; die Trennung, der Alleinerziehenden-Status, eine zunehmende Unzufriedenheit in ihrer beruflichen Tätigkeit, aufgrund der teilweise desolaten Zustände in der ambulanten Pflege und weitere familiäre Probleme führen zu psychischen Beeinträchtigungen, die sich innerhalb kürzester Zeit stark aufschichten und eine hohe psychische Vulnerabilität und

---

<sup>73</sup> In der Gesamtstichprobe des FB erscheint die Attribution in frühe Belastungen und/oder Trauma an zweiter Position mit 25 Prozent vor den körperlichen Erkrankungen mit 17 Prozent.

Alkoholmissbrauch zur Folge haben „und ähm ich bin manisch depressiv geworden (.) das hatte sich abgezeichnet ich wollt's lange Zeit nicht wahrhaben (.) ich hab in der Zeit ähm, vermehrt getrunken [...]“ (Frau Konrad, Z. 13-15). Nach einem Psychiatrieaufenthalt 2011 und (medikamentöser) Behandlung bei einem Psychiater, kommt sie 2014 erstmals mit dem rehabilitativen Versorgungssystem in Berührung und beginnt eine psychosomatische Reha.

### *Somatische Komorbidität und körperliche Grunderkrankung*

Personen, die eine LTA in Anspruch genommen haben, haben oftmals auch somatische Beschwerden, etwa, wie eben beschrieben, Frau Nohl oder auch Frau Pohl, die eine onkologische Erkrankung aufweist. Ebenso Frau Weber, die unter orthopädischen Problemen leidet, welche ein Fortführen ihrer beruflichen Tätigkeit, ihren Traumberuf als Flugbegleiterin, unmöglich machen. Während bei Frau Nohl und Frau Weber die physische Grunderkrankung der relevante Faktor zur Bewilligung der LTA darstellt, ist es bei Frau Pohl die psychische Beeinträchtigung, welche sie schon vor der Krebserkrankung dazu bewegte, Psychotherapie zu nutzen.

### *Zugang in das psychotherapeutische/psychiatrische Versorgungssystem*

Es fällt auf, dass die Gruppe der LTA-Inanspruchnehmenden vorwiegend leicht den Zugang in das *psychotherapeutische/psychiatrische Versorgungssystem* findet und selbstgesteuert den Weg in die Behandlung geht. Eine erste psychische Krise durchlebt Herr Baum im Rahmen persönlicher Problemlagen; dieser Punkt wird im Interview nicht näher erläutert. In dieser krisenhaften Situation nimmt er erstmals ambulante psychiatrische Unterstützung in Anspruch und geht eigeninitiativ den Weg in die psychotherapeutische Behandlung. Nach erfolgter Re-Stabilisierung beendet er die Psychotherapie und sucht auch den psychiatrischen Facharzt nicht weiter auf. Mit Rezidiv seiner psychischen Beeinträchtigung und daraus resultierenden schweren Symptomen, kann er seine zweite Akutkrise diese Mal nicht allein bewältigen. Herr Baum geht nicht mehr zur Arbeit, schafft es nicht seinen Hausarzt aufzusuchen, verlässt nicht mehr die Wohnung und ist er kaum noch im Stande sich zu Aktivitäten zu motivieren. Herr Baum erhält die Kündigung, was keine Auswirkungen auf seinen Zustand zeigt und erst durch die Initiative seiner Eltern findet er aus der Krisensituation heraus. Sie unterstützen Herrn Baum finanziell, helfen ihm bei der BA vorstellig zu werden und bringen ihn in eine psychiatrische Institutsambulanz. Von dort aus wird sein Behandlungsweg geplant und initiiert. Er begibt sich in eine Tagesklinik und wird anschließend psychotherapeutisch sowie psychiatrisch weiter betreut.

Frau Theodor ist ebenso wie Frau Nohl gelernte Krankenschwester. Über 30 Jahre arbeitet sie in verschiedenen Kliniken einer Großstadt und wechselt, um psychischen Belastungen zu reduzieren, vermehrt die Stationen. Diese Strategie ist jedoch nicht erfolgreich und ihre psychischen Belastungen schichten sich kontinuierlich auf. Eine ambulante Psychotherapie tritt sie bereits früh in ihrem Erkrankungsverlauf an, allein wegen ihrer Tochter, sie ist alleinerziehend, kommt ein stationärer Aufenthalt für sie nicht infrage.

### *Wege in LTA-Maßnahme*

Die Wege in die beruflich rehabilitativen Maßnahmen gestalten sich vielfältig. Frau Konrad wird in ihrer psychosomatischen Reha eine Berufsfindungsmaßnahme angeraten, weil sie aus sozialmedizinischer Sicht nicht mehr in ihrem Beruf arbeiten kann. Sie folgt dieser Empfehlung zuerst nicht, kehrt in ihren Heimatort zurück und erlebt eine Phase der Arbeitslosigkeit; erst nach zwei Jahren sieht sie sich dazu gezwungen, eine LTA IN zu beantragen. Die LTA-Maßnahme empfindet sie als wenig hilfreich. So ist der Theorieunterricht auf einem zu niedrigen Niveau und Frau Konrad sammelt Fehlzeiten an. Um den Theorieteil der Berufsfindungsmaßnahme zu umgehen, sucht sie sich hier eigeninitiativ ein Praktikum und wird nach Ende des Praktikums in Vollzeit übernommen. Laut RSD-Daten beantragt Frau Konrad in ihrer zweijährigen Erwerbslosigkeit die Erwerbsminderungsrente. Im Interview erwähnt sie dies nicht. Es wird angenommen, dass die Ablehnung und eine voraussichtlich weitere Empfehlung zur LTA seitens der DRV ein wesentlicher Faktor zur Initiierung der beruflichen Reha-Maßnahme war.

Herr Baum erkundigt sich zunächst bei der BA nach möglichen beruflichen Alternativen. Gern möchte er einen neuen Beruf im Rahmen einer Umschulung erlernen. Dieser Wunsch wird ihm bei der BA aber verwehrt und ihm wird mitgeteilt, dass seine Erkrankung für eine Neuqualifizierung nicht schwerwiegend genug ist. Mit juristischer Unterstützung wechselt Herr Baum die Betreuung bzw. in eine andere Abteilung der Bundesagentur für Arbeit, in der seine psychische Erkrankung und sein Anspruch auf eine Umschulungsmaßnahme anerkannt werden, jedoch verweist die BA an die DRV, da die Zuständigkeit unter diesen Bedingungen nach Ansicht der BA nicht ihr obliegt. Herr Baum stellt bei seiner zuständigen DRV umgehend einen LTA-Antrag, der abgelehnt wird, weil der Befragte keine vorangeschaltete medizinische Reha genutzt hat. Nach Widerspruch wird Herrn Baum mitgeteilt, dass er sich zunächst in eine sechswöchige medizinische Belastungserprobung in einer RPK begeben soll. Diese Maßnahme bewertet er retrospektiv als vergeudete Zeit; er nutzt den Aufenthalt vornehmlich als Ruhephase. Im Anschluss der RPK-Maßnahme kann Herr Baum mit dem Refachberater sein Vorhaben der Neuqualifizierung besprechen und planen. Nach einer erneuten sechswöchigen Arbeitserprobung absolviert er eine zweijährige Umschulung zum medizinischen Dokumentar. Herr

Baum ist seit der Qualifizierungsmaßnahme in Vollzeit angestellt. Wie Herr Baum nimmt auch Frau Theodor im Vorfeld der beruflichen Reha keine medizinische Reha in Anspruch. Sie stellt nach langer kontinuierlicher Erwerbsbiografie einen Antrag auf LTA, der zunächst abgewiesen wird. Frau Theodor geht in Widerspruch und erhält ein Schreiben, dass sie zunächst in eine psychosomatische Reha antreten soll, dem widerspricht sie ebenso. Kurze Zeit darauf wird sie von der DRV darum gebeten einen Fragebogen auszufüllen, der sich auf ihre individuellen Vorstellungen zur LTA und den motivationalen Gründen für das Wunsch nach einer beruflichen Reha bezieht. Anschließend wird ihr die LTA Q bewilligt.

Frau Nohl kommt, nach der Beratung durch die BA, mit hoher Eigeninitiative in eine Berufsfindungsmaßnahme. Entsprechend ihrer Neigungen und Voraussetzungen wird eine Neuqualifizierung zur Bürokauffrau in einem BFW bei der DRV beantragt, die umgehend bewilligt wird. Die Umschulung schließt sie mit guten Noten ab, dennoch wünscht sie sich in diesem Zeitraum immer noch eine Rückkehr in ihren alten Beruf. Mit den Jahren vergeht dieser Wunsch und Frau Nohl findet Gefallen an dem neu erlernten Beruf.

Frau Weber strebt im Einvernehmen mit dem Arbeitgeber die Auflösung ihres Arbeitsvertrags an, da sie sich nicht mehr leistungsfähig genug sieht; ein schwerer Schritt, weil aus ihrem Traumberuf ausscheiden muss. Bereits vor der Vertragsauflösung sucht Frau Weber nach beruflichen Alternativen und sieht diese in einer Neuqualifizierung. Eigeninitiativ trifft sie alle Vorbereitungen, durchläuft eine Arbeitserprobung, lässt sich medizinisch begutachten und sucht eine passende Ausbildungsstätte. Mit den gesammelten Unterlagen wendet sie sich dann an ihre zuständigen Rehafachberater, sodass diese den Antrag nur noch bewilligen muss. Die Umschulung absolviert Frau Weber ohne Probleme und findet eine Vollzeitanzstellung wenige Wochen nach Ende der Qualifizierungsmaßnahme.

Die Zugänge und Entscheidungswege innerhalb der LTA-Versorgungsverläufe zeigen sich unterschiedlich. Demnach finden sich sowohl Personen, deren erster Ansprechpartner die Bundesagentur für Arbeit ist und, die nach Antragstellung, von dort an die DRV verwiesen werden als auch Menschen, deren Antrag bei der DRV zunächst abgelehnt wird und die dann parallel einen Antrag bei der BA stellen (bspw. Frau Sieg). Bei der Bewilligung einer LTA scheint die Anzahl der vorherigen Leistungen irrelevant. Nach Aktenlage gilt die vorherige Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation als Basis zur positiven Entscheidung (vgl. Kapitel 7.8.1). Die Zuweisung in die berufliche Maßnahme aus der Reha-Klinik ist der idealtypische Verlauf, insbesondere da beobachtet werden konnte, dass bei einem LTA-Antrag zunächst vermehrt eine medizinische Reha bewilligt oder empfohlen wird. Doch sind in der Teilstichprobe Versicherte vertreten, die keine som. oder psych. Reha genutzt haben. Hier sind eine erfolgreiche RTW-Prognose, die Eigenmotivation und teilweise vorgeschaltete Arbeitserprobungen entscheidend (siehe Herr Baum).

### *Leistungsketten und Inanspruchnahmeverhalten*

Viele Angehörige der Teilstichprobe nehmen nach der beruflichen Maßnahme noch weiter ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Betreuungen in Anspruch, was der Aufrechterhaltung der gewonnenen Stabilität, etwa über regelmäßige Gespräche oder leichte Psychopharmaka, z.B. bei Herrn Baum, dient. Diese Menschen sind zwar generell wieder erwerbsfähig und können ihre neue Arbeit weitestgehend ausführen, doch bleiben sie latent vulnerabel. Die Erfahrungen psychischer Krisen haben diese Personen sensibilisiert und sie dazu bewegt Strategien zu entwickeln, um eine erneute manifeste Krise abzuwenden. Dies ist vor allem bei Personen mit längeren Inanspruchnahmeketten zu beobachten. Erneute medizinisch rehabilitative Leistungen nach beruflicher Reha-Leistung lassen sich in dieser Gruppierung zu im geringen Maße erkennen. Ein großer Teil der Versicherten dieser Gruppe beschreiben sich als psychisch widerstandsfähiger.

So fühlt sich zum Zeitpunkt des Interviews Frau Konrad psychisch stabil, ihre F3-Störung belastet sie in ihrem Alltag nicht, allein nach einem kritischen Lebensereignis (Krebserkrankung) und der anschließenden Behandlungen, verspürte sie ein psychisches Belastungserleben. Die Medikamente konnten gemeinsam mit ihrem Hausarzt allmählich reduziert und schließlich ausgeschlichen werden. Bis zur Altersrente möchte Frau Konrad nicht mehr arbeiten müssen, weil ihr mit zunehmendem Alter die Energie fehlt. Frau Theodor beendet nach ihrer Neuqualifizierung und der daraus folgenden Reduzierung der psychischen Belastungen die ambulante Versorgung. Ausgeprägten psychischen Belastungen fühlt sie sich nicht mehr ausgesetzt. Für Herrn Baum ist die Arbeit mit seiner verbliebenen Beeinträchtigung gut vereinbar. Partiiell verspürt er innerhalb der Tätigkeit intensivere Belastungen, die ihn tendenziell einschränken. Dies wird aber im Kollegenkreis akzeptiert und ihm die Möglichkeit gegeben, situativ darauf zu reagieren, z.B. kann er bei Bedarf früher in den Feierabend zu gehen und sich Zeiten zur Regeneration nehmen. Die Psychotherapie hat Herr Baum bereits zu Beginn der Qualifizierungsmaßnahmen beendet; in psychiatrischer und damit auch medikamentöser Behandlung ist er bis zum Interviewzeitpunkt durchgängig.

### *RTW-Prognose*

Vorwiegend erweist sich eine LTA-Leistung als erfolgreiche Maßnahme für eine gelungene Rückkehr in Arbeit. Mitunter ist die LTA IN nach der LTA Q für den RTW nützlich, wenn die Rückkehr nicht direkt nach der Neuqualifizierung gelingt oder es zu Rezidiven kommt. Die LTA IN kann in diesen Fällen bei der Vermittlung in Arbeit helfen, die Stabilisierung der Personen fördern und das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten festigen. Personen, die allein eine Integrationsleistung bekommen, zeigen sich in unserer Studie motiviert, innerbetriebliche Veränderungen an ihrem alten Arbeitsplatz durchzusetzen,

gelingt dies nicht, wird oftmals ein Arbeitsplatzwechsel beabsichtigt. Eine Neuqualifizierung scheint eine noch günstigere Prognose vorzuweisen. Versicherte in unserem Interviewsample, die die Qualifizierungsmaßnahme durchlaufen haben, sind, bis auf Frau Paula und Frau Bartz, allesamt in Arbeit. Diesen beiden Teilnehmerinnen gelingt der RTW jedoch direkt nach der Umschulungsmaßnahme und sie verbleiben für mehrere Jahre in ihrer Tätigkeit. Erst nach ausgeprägten Belastungssituationen, bei Frau Paula bedingt durch intensive physische Beschwerden, lässt sich der Austritt aus dem Erwerbsleben nicht vermeiden.

Um eindeutige Aussagen über den RTW-Erfolg geben zu können, müssen Integrationsmaßnahmen differenziert betrachtet werden. Die LTA IN werden als Coaching und Fort- bzw. Weiterbildung beschrieben, zudem finde sich auch Berufsfindung und Arbeitserprobung sowie Maßnahmen im BTZ und in der RPK wieder. Weiterhin ist für die Wirksamkeit entscheidend, ob die Maßnahmen als sinnvoll und nützlich von den Personen erlebt werden. Für Frau Dora war die LTA IN nicht hilfreich, vielmehr war es der Abbruch der Maßnahme, der ihr wieder neues Selbstvertrauen gegeben hat. So ist der RTW nicht das Resultat einer erfolgreichen Integrationsmaßnahmen, sondern ein selbstgesteuerter Prozess nach einer einjährigen Schonzeit. Eine Fort- oder Weiterbildung wird hingegen von den Teilnehmenden positiv bewertet und erscheint aussichtsreich, vor allem wenn auf vorherige Tätigkeiten aufgebaut werden kann (z.B. Frau Tosch). Bei Frau Tosch (vgl. Kapitel 7.4.5) kommt es erst nach der LTA IN zu einer erneuten psychischen Krise. Dieser Rückfall spricht aber nicht gegen die Wirkung der Weiterbildung, da ihre Depression einen aktiven chronifizierten Verlauf aufweist, es ist eher der Maßnahme zu verdanken, dass es ihr wieder gelungen, eine Stabilisierung zu generieren und sich für einen längeren Zeitraum in Arbeit zu halten.

### *LTA „Wiederholer“*

In der hier besprochenen Teilstichprobe finden sich Personen, welche berufliche Rehabilitationsmaßnahmen wiederholt in Anspruch genommen haben (bspw. Frau Frieda, Frau Emil). Bei diesen Menschen summiert sich zu den besonders langen oder ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen eine prekäre Berufsbiografie (z.B. Herr Kaul, siehe auch Abschnitt 7.4.5). Es häufen sich LTA-Maßnahmen seitens der BA und DRV, die nur teilweise erfolgreich sind. Dennoch sind nachhaltige biografische Veränderungen zu beobachten, die aus psychisch belastenden Arbeitsverhältnissen herausführen und zumindest für einen gewissen Zeitraum, eine signifikante gesundheitliche Verbesserung bewirken. Es stellt sich bei dieser Subgruppe die Frage, ob die Masse der Maßnahmen, aber auch der Maßnahmentyp jeweils sinnvoll ist und den individuellen Bedarfen entspricht. Die Grundvoraussetzungen laut Aktenlage erfüllen diese Personen, da sie hinreichend

psychosomatische Rehabilitationen und auch Angebote der Krankenkassen in Anspruch genommen haben. So wurde bei Frau Emil ein Antrag auf LTA seitens der DRV abgelehnt, weil sie bis dato keine psychosomatische Reha absolviert hatte. Nach erfolgter psychosomatischer Reha erhält sie eine LTA IN, die für die Befragte jedoch nicht hilfreich ist. Menschen dieser Subvariante gelingt nach einer Qualifizierungsmaßnahme vermehrt der RTW. Dies kann als Hinweis gedeutet werden, dass es für Versicherte mit diskontinuierlicher Erwerbsbiografie effektiv ist, eine Neuqualifikation zu erwerben, um die Chancen einer Beschäftigung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt deutlich zu erhöhen.

### 7.7. Konstellationen subjektiver Ursachenzuschreibung/Attribution

Wie bereits beschrieben, erfolgte die Analyse der erhobenen Daten in den Interviews nach einem „Trichtermodell“:

- Gruppenbildung anhand des RSD-Files entsprechend der Versichertenverläufe (Zeiten der Arbeitslosigkeit, des Krankengeldbezugs, der Zeiten der Beschäftigung) und der Inanspruchnahme(ketten) von Leistungen der Rehabilitation durch den Kostenträger Rentenversicherung (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation [LMR], untergliedert nach LMRpsych [psychosomatische Reha], LMRsom [somatische Rehabilitation], Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben [LTA], untergliedert nach LTA-In [Integrationsleistungen], LTA\_Q [Qualifizierung], etc. ;
- Quergruppen: Erweiterung und Differenzierung der Gruppenbildung auf Basis der Fragebogenerhebung: eigene Gruppen der Rehabilitanden/innen, die Leistungen des psychiatrischen Versorgungssystems in Anspruch genommen haben („*Psychiatrie*“) und Personen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen<sup>74</sup> usw.
- Weitere Differenzierung auf der Basis der Interviews: aus dem Material wurden hypothesengeleitet vier Gruppen gebildet, die in diesem Abschnitt erläutert werden:
  1. Verläufe, die aus der retrospektiven Sicht der Befragten, wesentlich (nicht ausschließlich) durch *negative Erfahrungen in Kindheit und Jugend* (u.a. sexueller Missbrauch, Gewalt, Vernachlässigung) Vulnerabilitäten erzeugt haben, die die weitere persönliche und Berufsbiografie beeinflusst haben. Zudem finden sich hier Personen, bei denen ein Trauma nicht in der Kindheit, sondern im späteren (Erwerbs-) Leben aufgetreten ist und

---

<sup>74</sup> Beim Anschreiben der Personen aus dem RSD-File waren EMR-Bezieher/innen eigentlich ausgeschlossen, waren dann aber in der Stichprobe trotzdem vorhanden, teils, weil sie zwischen 2018 und 2022 eine (Teil)EMR erhalten haben.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Menschen, die zwar schon in ihrer Kindheit starke psychische Belastungen wahrgenommen haben, jedoch keine traumatischen Erlebnisse konkret benennen. In vielen Interviews aus dieser Gruppe [n=13] zeigten sich besonders lange und intensive Inanspruchnahmeketten, so dass hier von einer besonderen Risikogruppe gesprochen werden kann.

2. Verläufe, die mit einer *somatischen Rehabilitation* beginnen (und damit einer eher schweren oder chronischen Erkrankung verbunden sind) und in der Folge zusätzlich (nicht kausal) auch aufgrund psychischer Beeinträchtigungen Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation in Anspruch nehmen; dies betrifft 15 Personen in den Interviews.
3. Verläufe, die vor allem durch ein *kritisches Lebensereignis* (Scheidung, Arbeitsplatzverlust, Unfall, Eintreten der Pflegebedürftigkeit Angehöriger, etc.) gekennzeichnet sind und meist nach einer einmaligen Inanspruchnahme einer psychosomatischen Rehabilitation oft begleitet von vorausgehender und nachfolgender Psychotherapie häufig mit einem erfolgreichen RTW in den alten Beruf und einem nachhaltigen Stay at work verbunden sind. In den Interviews konnten die Ergebnisse der Fragebogenerhebung bezüglich des RTW so nicht bestätigt werden. Von den 10 Personen dieser Subgruppierung, befinden sich fünf Personen in Arbeit und fünf Personen in einer EM-Rente oder sind arbeitslos.
4. Verläufe, die durch ein starkes *Verlaufskurvenpotential* (vgl. Schütze, 2006) gekennzeichnet sind und auf eine über lange Zeiträume erfolgte *Problemaufschichtung* vor allem im Beruf oder in einer Verflechtung und wechselseitigen Verstärkung des familiären und des beruflichen Bereichs verweisen, die zu einem psychischen Zusammenbruch bzw. einer temporären Arbeitsunfähigkeit geführt haben; in unseren Fallstudien zeigt sich, dass sich hier vor allem ältere Versicherte mit langen stabilen Berufsverläufen befinden, bei denen – nicht zuletzt in Gesundheits- und Sozialberufen – psychische und körperliche Belastungen zur teilweise mehrfachen Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen führen, in unserer Stichprobe auch zur Erwerbsminderungsrente. In unserer Interviewstichprobe sind dies 32 Personen.

Die nachfolgende Abbildung 47 zeigt das aus der Empirie gewonnene theoretische Modell, das die unterschiedlichen Krankheitskonstellationen mit den Leistungsketten verknüpft:



## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

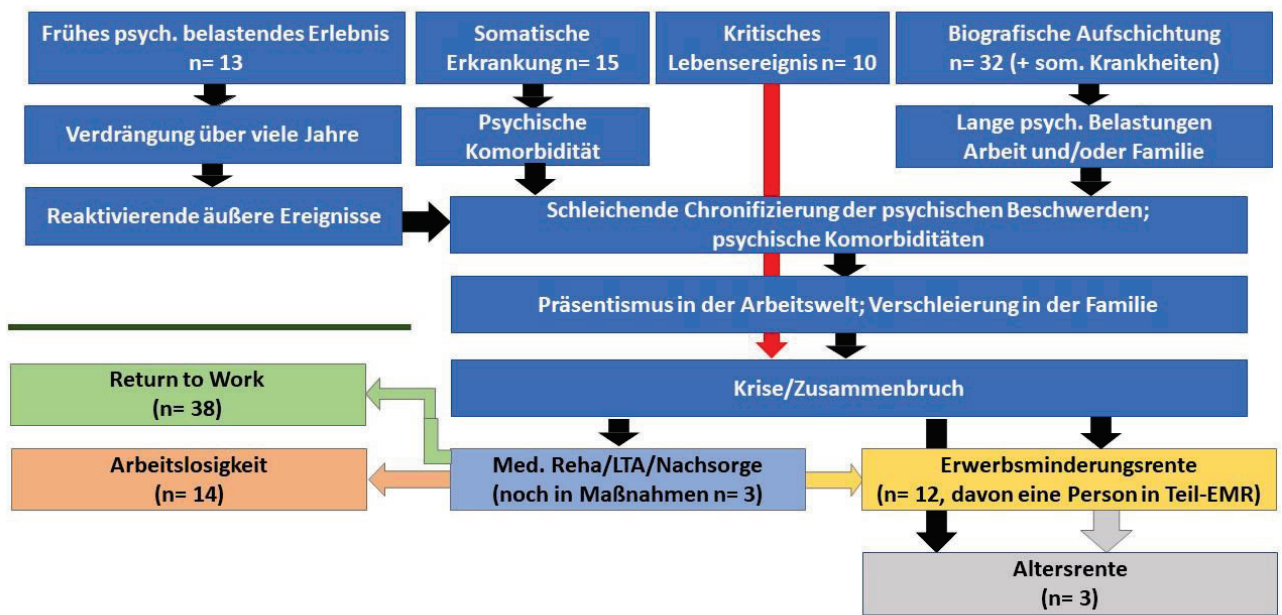


Abbildung 47 Unterschiedliche Krankheitskonstellationen und Leistungsketten. Typologie auf Basis der Fallstudien, n = 70 (Quelle: eigene Darstellung).

In der folgenden Abbildung 48 werden die vier beschriebenen charakteristischen (Ursachen-) Konstellationen mit ihren jeweiligen Inanspruchnahmeketten und den im Gesamtzeitraum beobachteten „Endpunkten“ (Erwerbsstatus) in Beziehung gesetzt. Da im Fragebogen die Frage nach den Gründen/Ursachen der psychischen Störungen als Mehrfachantwort angelegt war, konnten wir eine genaue auf einzelne Antwortende bezogene Attribution nur aus dem Interviewmaterial gewinnen; hier haben wir in der folgenden Abbildung diejenige Attribution gewählt, die von den Interviewten als entscheidende Ursache angegeben wurde.

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

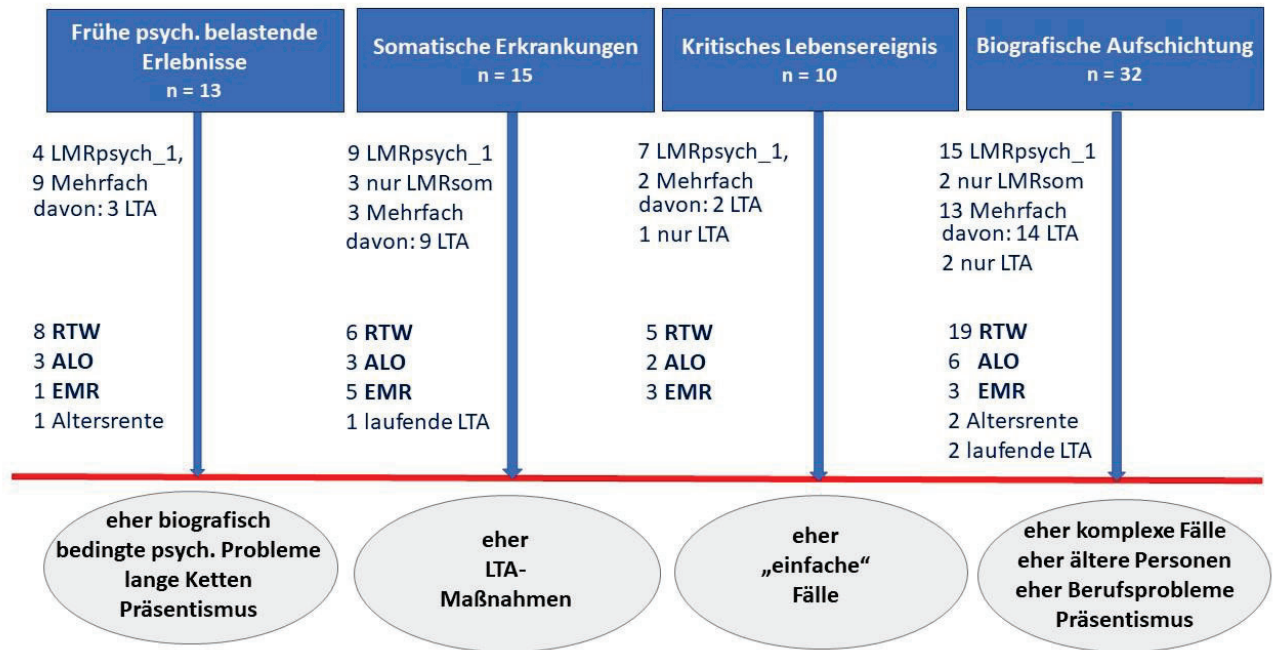


Abbildung 48 Krankheitskonstellationen, Inanspruchnahmen & beobachtete Endpunkte, n = 70 (Quelle: eigene Darstellung).

Ergänzend eine Übersicht (Abbildung 49) der interviewten Personen und ihrer Attributionsgruppenzugehörigkeit:

Frühe psych. belastende Erlebnisse n = 13	Somatische Erkrankungen n = 15	Kritisches Lebensereignis n = 10	Biografische Aufschichtung n = 32
<b>RTW</b> Frau Aaron    Frau Tosch Frau Ida      Frau Xander Frau Kren     Frau Yost Frau Meister   Herr Rupp	<b>RTW</b> Frau Close    Frau Nohl Frau Fitlauf   Frau Pohl Frau Hill      Frau Weber	<b>RTW</b> Frau Blei      Frau Voß Frau Gustav   Herr Baum Frau Suhl	<b>RTW</b> Frau Blume    Frau Nieder Frau Dora      Frau Reim Frau Frieda    Frau Theodor Frau Josch     Herr Anton Frau Julius    Herr Carlin Frau Keller     Herr Kaul Frau Konrad   Herr Mutmacher Frau Ludwig   Herr Pfaff Frau Luft      Herr Protokoll Herr Traut
<b>ALO</b> Frau Halva    Frau Netz Frau Quarz	<b>ALO</b> Frau Bartz    Frau Oker Frau Quelle	<b>ALO</b> Frau Angstmann   Frau Ping	<b>ALO</b> Frau Emil      Frau Otto Frau Holler    Frau Raul Frau Mente     Frau Ulrich
<b>EMR</b> Frau Pasch	<b>EMR</b> Frau Horst     Frau Verde Frau Klick      Frau Zeppelin Frau Paula	<b>EMR</b> Frau Antje     Frau Brunswig Frau Rübe	<b>EMR</b> Frau Klein      Frau May Frau Pantelitsa
<b>Altersrente</b> Frau Marta	<b>LTA_Q</b> Frau Sieg		<b>LTA_IN</b> Frau Bader Frau Jung
			<b>Altersrente</b> Frau Birte Frau Nord

Abbildung 49 Interviewteilnehmer sortiert nach Attributionsmuster und Berufsstatus zum Zeitpunkt des Interviews 2021/2022 (Quelle: eigene Darstellung).

## 7.8. Die Sicht der Experten- qualitative Analyse

Wie bereits in Kapitel 4.5.1 beschrieben, wurden im Zeitraum Juni bis Ende September 2022 insgesamt 12 Experten mit unterschiedlichen institutionellen Hintergründen zur Versorgungsstruktur, Zuweisungssteuerung und Inanspruchnahmeketten innerhalb der Versorgungsverläufe psychisch beeinträchtigter Menschen im Rahmen leitfadengestützter Interviews befragt. Folgende Themen wurden dabei aufgegriffen:

1. Zuweisungskriterien und Zuweisungspraxis in das rehabilitative System
2. Schnittstellen- etablierte multidisziplinäre und institutionsübergreifende Strukturen. Erfahrungen und Problematiken
3. Praxiserfahrungen aus der medizinischen Rehabilitation und aus der beruflichen Integration (Problemlagen, Bedarfe, Wünsche der Rehabilitanden mit psychischen Beeinträchtigungen)
4. Themen aus der Versorgungsforschung
5. Ambulante Versorgung psychisch beeinträchtigter Personen außerhalb des Rehasystems

Fünf der befragten Experten sind als Fachärzte und Sozialmediziner in der rehabilitativem Zuweisungssteuerung der Zielgruppe tätig, ein Experte ist dem Bereich der fachärztlichen psychosomatischen rehabilitativen Versorgung zu zuordnen. Ergänzend konnten zwei Experten aus der Sozialberatung der Rehakliniken gewonnen werden. Zusätzlich wurden wissenschaftliche Experten aus zwei verschiedenen Forschungsprojekten (*Blaufeuere* und *VorReha*) befragt. Ferner wurde es uns ermöglicht an einem Qualitätszirkel aus Experten der Praxis, der Sozialmedizin (DRV) und Akteuren des Versorgungsamtes teilzunehmen und hier Fragen zur Zuweisung zu stellen. Ein weiterer Experte ist bei einem sozialpsychiatrischen Dienst tätig. Folgende Tabelle 38 gibt einen Überblick über die befragten Experten:

## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Table 38 Übersicht zu den befragten Experten.

Lfd. Nr.	ID	Institutioneller Hintergrund
<b>Zuweisungssteuerung und Sozialmedizin</b>		
1	EXP 1.1	Sozialmedizin DRV- Rentenversicherungsträger Süd
2	EXP 1.2	Sozialmedizin DRV- Rentenversicherungsträger West
3	EXP 1.3	Sozialmedizin DRV- Rentenversicherungsträger- Zuständigkeit VorReha
4	EXP 1.4	Reha-Strategie und Sozialmedizin- Rentenversicherungsträger Ost
5	EXP 1.5	Leistungsabteilung, Reha- Strategie und -Steuerung Facharzt RehamedizinFeh- Rentenversicherungsträger West
<b>Akteure in der stationären und ambulanten Praxis</b>		
6	EXP 2.1	Fachärztliche Praxis Rehaklinik
7	EXP 2.2	Sozialdienst Rehaklinik
8	EXP 2.3	Sozialdienst Rehaklinik
9	EXP 2.4	Qualitätszirkel Experten Praxis und Sozialmedizin
10	EXP 2.6	Praxis sozialpsychiatrischer Dienst
<b>Experten der Wissenschaft</b>		
11	EXP 3.1.	Wiss. Experte Forschungsprojekt VorReha
12	EXP 3.2.	Wiss. Experte Forschungsprojekt Blaufeuer

### 7.8.1. Zugang in das ambulante und rehabilitative Versorgungssystem und Zuweisungssteuerung

#### *Datengrundlage im Zuweisungsprozess zur medizinischen Rehabilitation- Befundberichte*

Die niedergelassenen Hausärzte und ihre medizinischen Befundberichte nehmen im Rahmen des sozialmedizinischen Gutachtens für eine weiterführende Vermittlung in die psychosomatische und somatische Rehabilitation eine relevante Position ein und bilden die Entscheidungsgrundlage. Aus Sicht des Großteils unserer Experten ist die Qualität der Befundberichte jedoch stark schwankend und wenig präzise, obgleich diese teilweise formalisiert sind, was auf fehlendes Fachwissen zurückgeführt wird (EXP 1.1, EXP 1.4). Demnach variieren die Aussagekraft und die Vollständigkeit der Berichte sowie die Bewertung der Einschränkungen der Versicherten sehr stark von Akteur zu Akteur. Gängige und wiederholende Formulierungen der ansässigen Hausärzte seien mittlerweile bekannt und werden im Entscheidungsprozess mit einbezogen, wenn nötig fordern die Sozialmediziner weitere Informationen an (EXP. 1.1). Um die Vermeidung von Begutachtungen und den Erhalt von möglichst ausführlichen Behandlungsunterlagen wird sich kontinuierlich bemüht (EXP 1.2). Weiterhin werden etwaige medikamentöse Behandlungen häufig unzureichend dokumentiert und falsche Diagnosen gestellt (Bsp. „*psychosomatischer Symptomkomplex*“) sowie die Symptomatik und die individuellen

Beschwerden „*dramatischer*“ dargestellt, damit die Patienten schneller in eine Reha kommen (EXP. 2.1). So ist bei ca. 90 % der Rehabilitanden die Eingangsdiagnose nicht mit der Entlassdiagnose übereinstimmend. Bei Unklarheiten nehmen die Kliniker im Vorfeld der Reha mit den Ärzten, die den Befundbericht erstellt haben, Kontakt auf. Gelegentlich wenden sich Therapeuten und Ärzte im Nachgang der Reha an die Ärzte und Therapeuten der Rehakliniken (EXP. 2.1).

Die Unterlagen der Krankenkassen werden deutlich negativ bewertet und als wenig aussagekräftig benannt: „*Wenn wir Glück haben, kriegen wir den Arbeitsunfähigkeitsbeleg*“ (EXP 1.1) und so sind nur teilweise in den Berichten der KK erfolgte Maßnahmen, deren Art und Zeitraum der Inanspruchnahme dokumentiert. Einheitlich plädieren die interviewten Sozialmediziner und Gutachter für detaillierte Selbstauskunftsbögen der Versicherten zu den vorherigen Inanspruchnahmen, auch um die Beschwerden und Situationen der Versicherten besser einschätzen zu können. Im Regelfall besteht während des Antragsverfahrens kein direkter Kontakt zu den Versicherten, lediglich bei unklaren Angaben, etwa im Befundbericht, bei einem Umdeutungsfall<sup>75</sup>, Klärung oder Leistungsminderung nehmen die Sozialmediziner eines südlichen Rentenversicherungsträgers Kontakt zu den Antragsstellern auf (EXP 1.1.). Etwas anders verhält es sich bei Experten aus der sozialmedizinischen Abteilung eines westlichen Rentenversicherungsträgers. Hier zeigen sich die Akteure über eine Kontaktaufnahme seitens der Versicherten „dankbar“ und suchen die Interaktion, da die erkrankten Personen ihre Situation nachvollziehbarer darstellen können (EXP 1.2).

Ein Teil der Versicherten kommt über ihren Betriebsarzt in eine psychosomatische Reha (EXP 1.1). In unserer Studie ergab die quantitative Auswertung, dass in ca. einem Prozent der Fälle der Betriebsarzt oder das BEM entscheidend für den Antrag der ersten psychosomatischen Rehabilitation war.

### ***Bewilligung***

An erster Stelle des Antragsverfahrens steht die Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Sind diese im Sinne der DRV nicht gegeben, wird der Fall direkt an andere Träger weitergeleitet (EXP 1.1) Generell wird bei *unmittelbarer Bedrohung* der Erwerbsfähigkeit zu einer Reha geraten (EXP 1.2), dabei sei die Chance auf eine positive Entscheidung höher, wenn sich die erkrankte Person bereits im Status der Arbeitsunfähigkeit befindet. Im Idealfall und entsprechend den Leitlinien liegen beim Antragsverfahren Fachberichte (Psychiater usw.) vor und eine ambulante Psychotherapie oder ein Erstgespräch mit einem Psychotherapeuten, der die Vorschaltung einer psychosomatischen Reha empfiehlt, wurde begonnen bzw. ist bereits erfolgt (EXP 1.1). Auch bei einem südlichen

---

<sup>75</sup> Bei einem Umdeutungsfall nach § 116 Abs. 2 SGB VI gilt der Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation als Antrag auf Rente, wenn Versicherte erwerbsunfähig, berufsunfähig oder im Bergbau vermindert berufsfähig sind und eine erfolgreiche Rehabilitation nicht zu erwarten ist oder Leistungen zur Rehabilitation nicht erfolgreich gewesen sind, weil sie die Erwerbsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit oder im Bergbau verminderte Berufsfähigkeit nicht verhindert haben.

Rentenversicherungsträger existiert bei längerer Arbeitsunfähigkeit, selbst ohne vorangegangener ausführlicher Diagnostik, Kulanz in der Befürwortung (EXP 1.1). Eine Bewilligung nach Aktenlage findet nur statt, wenn die individuelle Situation des Versicherten eindeutig aus den Befunden hervorgeht, dennoch wird sich im Zweifel oftmals für eine Reha ausgesprochen (EXP 1.5). Mit Blick auf die mangelnde flächendeckende ambulante psychotherapeutische Versorgung benennt ein Experte eines östlichen Rentenversicherungsträgers die formale Voraussetzung, dass für den Bewilligungsprozess ein psychiatrisches oder psychotherapeutisches Gutachten vorliegen müsse, als „*realitätsfern*“ und damit nicht notwendig (EXP 1.4). Demnach sei ein guter sachdienlicher Befundbericht des Hausarztes sowie die Motivation des Versicherten, mit deren Hilfe die Entscheider einen „*Längsschnitt*“ zur gesundheitlichen Historie des Versicherten gewinnen, ausreichend. Sollte der Hausarzt eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit erkennen und diese im ärztlichen Gutachten nachvollziehbar erklären können, im Sinne einer „*Querschnittsdarstellung*“, kann dies im Bewilligungsverfahren ebenso genutzt werden (EXP. 1.4).

Die Umsetzung der Bewilligungsprozesse für eine psychosomatische Reha scheinen innerhalb der verschiedenen Rentenversicherungsträger unterschiedlich zu sein, was uns die Experten bestätigen (EXP 1.2, EXP 1.4). Auch in den einzelnen Rentenversicherungsträgern selbst, sind Unterschiede ersichtlich, so erfolgen Entscheidungen zur Bewilligung durch eher weniger erfahrene Mitarbeiter „eher unflexibel“ und häufig unter der Prämisse, dass ein psychiatrisches Gutachten grundsätzlich vorliegen muss (EXP 1.4). Ein westlicher Rentenversicherungsträger arbeitet nach einem „*internen Anleitungsfaden*“ zum Bewilligungsverfahren, welcher als Standardwerk die Kriterien enthält, nach denen ein Reha-Antrag bewertet wird (EXP 1.2). Hierbei wird der Reha-Bedarf, die Reha-Fähigkeit (stabil und aufnahmefähig) und eine positive Reha-Prognose (Erwerbsfähigkeit) berücksichtigt. Ein Reha-Bedarf „*anhand der Diagnose, die den Reha-Bedarf kenntlich macht*“ besteht insofern der Reha-Auftrag erfüllbar ist (EXP 2.4). Ausnahmen bei der Bewilligung einer Reha würden bei langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz bzw. bei einer bereits beantragten Psychotherapie gemacht werden (EXP 1.2). Eine bereits absolvierte Reha wird im Entscheidungsprozess für eine weitere rehabilitative Maßnahmen mit einbezogen. Demzufolge werden die im System vorhandenen Berichte geprüft und mit aktuellen Befundberichten der ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung verknüpft (EXP 1.1). Ist die Begründung des Therapeuten/ Arztes für den Antrag auf Rehabilitation nachvollziehbar und gut artikuliert, u.a. geben Ärzte in ihren Gutachten an, dass Patienten von einer vorherigen Inanspruchnahme profitiert haben und benennen hierzu die besuchte Rehaklinik, wirkt sich dies positiv auf die Bewilligung zur Reha aus (EXP 1.1). Sollten keine vorherigen Leistungen zum Zeitpunkt des Antrages erfolgt sein, können Motivationsschreiben des Versicherten eine positive Entscheidung begünstigen (EXP 1.1, EXP 1.2, EXP 1.4).

Ein Experte aus den Rehakliniken erkennt bezüglich der Bewilligungsverfahren Mängel. Neben den in Teilen monatelangen Wartezeiten auf die Reha-Bescheide und die häufigen Ablehnungen, damit einhergehenden Widerspruchsverfahren, kritisiert der Kliniker, dass Personen in die Rehabilitation kommen, welche nach Prüfung wenig belastet sind und eine Reha nicht unbedingt gebraucht hätten. Unter Berücksichtigung beider Punkte spricht sich der Akteur für eine gezieltere Bedarfsermittlung aus und äußert den Wunsch nach einem beschleunigten Bewilligungsverfahren (EXP 2.1).

### *Ablehnung*

In Abhängigkeit zur Qualität des hausärztlichen Befundberichts wird bei Nichtinanspruchnahme vorheriger psychotherapeutischer Angebote der Antrag auf eine Rehabilitation zunächst abgelehnt (EXP 1.5). Auch bei Forderung der fachärztlichen Versorgung im Reha-Antrag, nach Einschätzung der Erwerbsfähigkeit und sozialmedizinischer Begutachtung bei besonders belasteten Personen durch den Rentenversicherungsträger, erfolgt in der Regel eine Ablehnung (EXP 1.2). Anschließend wird die Krankenkasse des Versicherten über die Ablehnung informiert (EXP 1.5). Laut Experten stehen für die Ablehnungsbescheide formalisierte Texte zur Verfügung (EXP 1.5), was nach unseren Erfahrungen oftmals ein Problem für die erkrankten Personen darstellt, da keine konkreten Anlaufstellen und Hilfsangebote benannt und praxisorientierte Empfehlungen ausgesprochen werden. Nach den Experten beinhalten die Bescheide Informationen wie „*wir haben den Sachverhalt weitergeleitet*“ oder, bei Versicherten mit schweren akuten Symptomen, Empfehlungen zur Krankenhausbehandlung und der Hinweis „*wenden Sie sich an Ihren Arzt*“ (EXP 1.1). Einen zumindest geringen Einfluss auf die Steuerung der weiterführenden Versorgung übt die Information des behandelnden Arztes, über die erfolgte Ablehnung der Reha. Begründet wird dieses Vorgehen damit, dass Fälle beobachtet wurden, bei denen die Ablehnung zu einer weiteren Destabilisierung der Erkrankung führte, dem soll somit präventiv entgegengewirkt werden (EXP 2.4). Zudem bestätigen Auswertungen der Widerspruchsverfahren, dass die betroffenen Personen nach einem abgelehnten Antrag den gleichen ambulanten Behandler wieder aufsuchen (EXP 1.1). Der Widerspruch erfolgt durch den Versicherten, häufig enthält dieser ein Schreiben der Krankenkasse oder ein weiteres Attest des behandelnden Arztes.

### *Die Rolle der Diagnose*

Eine Zunahme psychischer Erkrankungen wird von den befragten Experten infrage gestellt<sup>76</sup>. Vielmehr werden die Gründe des Anstiegs in der verbesserten Diagnostik, der frühzeitigeren Behandlung und der sinkenden Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Behandlungen verortet (EXP. 2.1). Konträr zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie und den Äußerungen des Vertreters eines westlichen Rentenversicherungsträgers, ist die Einschätzung des Experten eines

---

<sup>76</sup> vgl. Kapitel 3.1 zur Kontroverse bezüglich des Anstiegs psychischer Störungen.

östlichen Rentenversicherungsträgers zu der Heterogenität der untersuchten Personengruppe (EXP. 1.4) Demnach sieht er F3- und F4-Diagnosen innerhalb der Reha „*eher als Befindlichkeitsthemen*“ statt als psychische Störungen, speziell im Vergleich zum Hauptklientel psychiatrischer Fachkrankenhäuser und Sozialpsychiatrischer Dienste. Diese erscheinen ihm „*mehr heterogen und mit konkreten und klaren Problematiken*“ als die Klientel in den Rehakliniken. Dieser Experte aus dem Bereich der Sozialmedizin und Reha-Strategie DRV spricht sich für die Bewertung und Diagnostik des Rehabilitationsbedarfs über die Feststellung der tatsächlichen Beeinträchtigungen und den partizipativen Teilhabestörungen, im Sinne der IFC, aus und ist gegen eine „*leichtfertige*“ Vergabe von F-Diagnosen, um die Bewilligung einer Reha zu forcieren, erkennt den Stellenwert von Diagnosen im Begutachtungsprozess und vor allem für die weitere Versorgungssteuerung jedoch an (EXP 1.4). Ein weiterer Experte merkt an, dass wiederholte psychosomatische Reha-Aufenthalte, häufig bei Menschen in pflegerischen Berufen anzutreffen, eine Art „*Dekompensationsmaßnahmen für desolate Arbeitsverhältnisse sind*“ (EXP 1.2).

Insbesondere bei psychischen Störungen erweist es sich als problematisch, dass die Symptome komplexer sind als bei somatischen Störungen (EXP. 1.2). Durch die Vergabe einer schwereren psychiatrischen Diagnose würden Hausärzte versuchen den Versicherten einen schnelleren Zugang zur Reha zu ermöglichen, was jedoch ein Dilemma nach sich zieht, denn Patienten mit einer schweren depressiven Episode, eine häufig formulierte Diagnose durch die primärärztliche Versorgung, werden in der Regel als „*nicht-rehafähig*“ eingestuft, woraufhin die Empfehlung für bspw. eine stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung erfolgt (EXP 1.1, EXP 1.2). Liegen Abhängigkeitserkrankungen vor, findet eine weitergehende Überprüfung statt und der Fall wird an die Suchtabteilung weitergeleitet (EXP 1.1).

Auch wenn ein Teil der befragten Experten der Diagnose einer psychischen Erkrankung im Bewilligungsverfahren zur Rehabilitation keine große Bedeutung beimessen, ist sie doch eine Voraussetzung für die medizinische Zuweisung in das Versorgungssystem und hat unmittelbare Konsequenzen auf den nachfolgend Behandlungsverlauf der Rehabilitanden und damit für die Gewährung von Leistungen (EXP 2.3). Laut des interviewten Klinkers weisen ca. 70 % der Rehabilitanden depressive Erkrankungen auf, 10- 15 % haben eine Angsterkrankung, der restliche Prozentsatz verteilt sich auf Zwangs- und Schlafstörungen sowie PTBS (EXP 2.1). Zudem finden sich gehäuft komorbide psychische Störungen, hierbei treten vermehrt F3 und F4 Diagnosen gemeinsam auf. So überlagert eine Depression oftmals eine Angsterkrankung, die jedoch primär für die Beeinträchtigung sein kann. Die Rezidive bei Depressionen sind relativ hoch und sorgen gehäuft für Wiederholungen rehabilitativer Maßnahmen (EXP 2.4). In den Experteninterviews werden die Problemlagen der Menschen mit Diagnosen aus dem F4-Spektrum als komplexer identifiziert (EXP 2.1,



EXP 2.2). Demnach gestalten sich z.B. die Abläufe in der Sozialberatung der Kliniken bei den Rehabilitanden mit F4 Diagnose aufwändiger als bei Personen mit depressiven Störungen, bei denen oftmals nur eine Stufenweise Wiedereingliederung oder ein GdB-Antrag angestrebt wird (EXP 2.2).

Aus den Aussagen der Experten der Rehakliniken geht hervor, dass Im klinischen und medizinischen Alltag Z-Diagnosen nur eine eher untergeordnete Rolle spielen. Mit Hilfe der Nutzung von Z-Diagnosen bei<sup>77</sup>, die es ermöglicht, innerhalb des Raums zwischen „Krankheit“ und „gesunden Leidenszuständen“, eine für Patienten bedeutsame klinische Situation zu beschreiben, ohne gleich eine medizinische „Überversorgung“ zu induzieren und die Betroffenen durch eine Pathologisierung zu schädigen, könnten erfahrene Kliniker und Akteure in den rehabilitativen Einrichtungen, Lebensprobleme und chronifizierte Symptomatiken (z.B. Gedankenflucht, Vertrauensverlust in die eigenen Fähigkeiten, Angst vor der Angst, usw.) voneinander trennen und Bewältigungsstrategien gemeinsam mit den Rehabilitanden erarbeiten und etablieren.

### **7.8.2. Psychosomatische Rehabilitation**

#### ***Weg in die Reha***

Etwa 80 % der Rehabilitanden über ihre hausarztärztliche Betreuung in die Rehabilitation zugewiesen. Ein geringer Anteil ist vorher in psychiatrischer fachärztlicher Behandlung, nur 30- 40 % befinden sich vor der Reha in psychotherapeutischer Versorgung, was ein Experte aus der Psychosomatik mit der Unterversorgung im ländlichen Raum begründet (EXP. 2.1). Im Zuge der Begrüßungsvorträge wird regelmäßig abgefragt, wer bereits eine Rehabilitation absolviert hat, mit dem Ergebnis, dass durchschnittlich etwa 10- 15 % der Rehabilitanden mindestens eine weitere Reha in Anspruch genommen haben (EXP 2.1). Ein Teil der Personen kommen über §51 SGB V in die psychosomatische Reha, also Menschen die von der gesetzlichen Krankenkasse aufgefordert werden eine Reha anzutreten. Versicherte kommen oftmals zu spät und teils chronifiziert in die Rehakliniken, was den Reha-Erfolg zusätzlich erschwert (EXP 1.2). Hausärzte spielen eine zentrale Rolle bei dem Weg in die Reha. So ist ein wachsendes Bewusstsein der Hausärzte über die Möglichkeit und die Wirksamkeit der Reha-Inanspruchnahmen in den letzten Jahren zu beobachten; in der Vergangenheit verwiesen diese eher in das psychiatrische/psychotherapeutische System. Der Facharzt einer Rehaklinik identifiziert innerhalb des Interviews drei Schwellen zur Inanspruchnahme einer Reha: Eigenerkenntnis des Rehabilitanden, dass eine psychische Erkrankung besteht, Bestätigung eines ambulanten Zuweisers, dass eine Reha induziert ist und das Bewilligungsverfahren (EXP 2.1).

---

<sup>77</sup> Zum Beispiel Z-73 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“

### *Aufenthalt in der rehabilitativen Maßnahme*

Die Dauer der Reha liegt in der Regel bei fünf Wochen, diese wurde in den vergangenen Jahren von sechs auf fünf Wochen reduziert. Als Grund wird hier die Vermeidung des Übergangsgeldes angegeben; Rehabilitanden mit sechswöchigem Aufenthalt mussten für einen Tag Übergangsgeld beantragen, bei einer Dauer von fünf Wochen greift weiterhin die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber (EXP 2.1). Bei Aufnahme des Rehabilitanden wird geprüft, welche Behandlungen und Inanspruchnahmen bereits genutzt wurden. Gab es bis zum Antritt der Rehabilitation noch keine Berührungspunkte mit einer ambulanten oder stationären psychotherapeutischen Versorgung, werden die psychotherapeutischen Verfahren der Rehaklinik erläutert und die Person eingehend aufgeklärt (EXP 2.1). Mehr als die Hälfte der Rehabilitanden sind vor der Rehabilitation häufig medikamentös falsch eingestellt. Dabei wird beobachtet, dass gerade Personen, die von ihrem Hausarzt Psychopharmaka etc. erhalten haben, eine zu hohe Dosis einnehmen, mit der Folge, dass die Patienten über unerwünschte Nebenwirkungen klagen, die Medikamente daraufhin absetzen und ihre Ärzte nicht darüber informieren. Dieser Punkt ist insofern relevant, da die Einnahme von Medikamenten ein bedeutender Faktor für die Bewilligung einer EM-Rente ist, da diese nicht zugesprochen wird, wenn im Vorfeld keine angemessenen medikamentösen Behandlungsversuche stattgefunden haben (EXP 2.1).

Innerhalb des Aufnahmeverfahrens erheben die Ärzte und Psychologen umfangreiche Daten über den Rehabilitanden, was unter der Berücksichtigung der ICF-Kriterien geschieht und sowohl medizinische Faktoren als auch Teilhabestörungen einbezieht (EXP 2.3). So geschieht eine Sozial- und Berufsanamnese bei der die Verdachtsdiagnose, der AU-Status, die ausgeführte Tätigkeit, aktuelle berufliche Problemlagen, kritische Lebensereignisse und weitere, für den Rehabilitanden relevante biografische Veränderungen, besondere Belastungsfaktoren im beruflichen und privaten Umfeld, subjektives Beeinträchtigungserleben, ein bestehender bzw. angestrebter GdB sowie der Wunsch nach EM-Rente überprüft und erfragt werden (EXP 2.2). Ferner werden die Rehabilitanden um die Bewertung ihrer Arbeitsfähigkeit gebeten, um nachfolgend, während des Reha-Aufenthalts transparent mittels Vorträge und Einzelberatungssettings, über die Definition von Arbeitsfähigkeit aufzuklären und Unterschiede zwischen Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit und Bezugstätigkeit darzustellen (EXP 2.3). In der Expertenbefragung wird deutlich, dass der bisherige Behandlungsverlauf die Prognosestellung für Erwerbsfähigkeit des Rehabilitanden maßgeblich beeinflusst (EXP 2.3) Notwendige Änderungen im Behandlungsverlauf, Ergänzungen, weitere Maßnahmen und Anträge (GdB) etc. werden nach wöchentlichen Facharztvisiten, an denen alle Professionen der Rehaklinik zugegen sind, erörtert und in die Wege geleitet (EXP 2.1). Zentral in einer psychosomatischen Reha sei das Gruppensetting mit den Zielen, „*Bewältigungsstrategien zu justieren*“, von den Erfahrungen der anderen Versicherten über den Umgang mit Erkrankungen zu lernen, Interaktionen innerhalb der

Gruppe zu bewältigen, Ressourcen zu erarbeiten und einen individuellen „*Standpunkt und Weg*“ zu finden (EXP 1.2).

### *Abbruch der med. Rehabilitation und Fehlzweisungen*

Insgesamt berichten psychosomatische Einrichtungen häufig darüber, dass Versicherte zu instabil in die Kliniken kommen und dadurch den Reha-Alltag nicht bewältigen können (EXP 1.2). Personen, bei denen die Erkrankung erst in der Rehabilitation ausbricht und die danach direkt eine psychiatrische Klinik oder Tagesklinik aufsuchen, lassen sich laut der Experten kaum vermeiden, da das Krankheitsgeschehen bzw. die vorhergehende Belastung in den Befundberichten nicht allumfänglich zur erkennen sind (EXP 1.1). In der Rehaklinik wird der Aufenthalt bei ausgeprägten akuten Krisen abgebrochen und die Rehabilitanden an eine Psychiatrie verwiesen (EXP 2.1). Auf unsere Interviewteilnehmer trifft das nur teilweise zu. So beendet z.B. Frau Meister ungeachtet ihrer hohen Vulnerabilität, die Reha erst nach der vollen Zeit; auch Frau Jung verbleibt fünf Wochen in der Reha und wird dann mit Hilfe der Akteure der Rehaklinik in die Akutversorgung vermittelt. Diese Verläufe decken sich mit Aussagen eines Experten des Sozialdienstes über den Umgang mit diesem Personenkreis. Priorität habe zwar die direkte Vermittlung in eine akutmedizinische stationäre sowie ambulante Behandlung, doch werden innerhalb der Rehaklinik selbst Maßnahmen getätigt, wie beispielsweise die Verlängerung des Aufenthalts, sollte die unmittelbare Zuweisung nicht möglich sein (EXP 2.2). Wird keine entscheidende Besserung des Gesundheitszustandes beobachtet, werden die Rehabilitanden arbeitsunfähig entlassen (EXP 2.2). Eine zu frühe Inanspruchnahme der Rehabilitation kommt laut Aussagen eines Experten innerhalb seiner Klinik selten vor (EXP 2.1), da Fehlzweisungen durch Berücksichtigung von ICF-Kriterien im ärztlichen Befundbericht vor der Reha vermieden werden. Hierbei wird bspw. abgeschätzt, ob die Personen in der Lage sind diverse alltagsweltliche Aufgaben zu bewältigen. Der Experte erhält die Befunde vor Antritt der Reha, prüft diese Einschätzungen und hält Rücksprache mit den Versicherten, sollten Zweifel über die Rehafähigkeit bestehen (EXP 2.1). Bei stärkeren Belastungen existiert die Möglichkeit der Probeweche, in der die Fähigkeit zu Reha-Inanspruchnahme geprüft wird, was nach den Erfahrungen des Experten gerade bei Angststörungen hilfreich ist. Etwa 10 % der Personen, die eine Probeweche absolvieren, wird ein zu gravierendes Belastungserleben attestiert, woraufhin die Empfehlung ausgesprochen wird, den Antrag zur Reha zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu stellen (EXP 2.1). Eine vorgeschaltete Erprobung bei Unsicherheiten bezüglich der Reha-Fähigkeit der Versicherten, um Fehlzweisungen zu vermeiden, erscheint uns sinnvoll. Während des Studienzeitraums begegnete uns das Projekt „Vor-Reha“, welches im folgenden Abschnitt vorgestellt wird.

### *Vor-Reha*

Zur praxisnahen Überprüfung, ob eine psychosomatische Rehabilitation angezeigt und die ausgewählten Versicherten der DRV Rheinland-Pfalz als rehafähig einzustufen sind, existiert das Projekt Vor-Reha. Im Rahmen dieses, bis 2026 bewilligten, Projektes<sup>78</sup>, wird eine sechstägige Intervention in der Mittelrhein-Klinik Bad Salzig durchgeführt. Die Versicherten werden von der AOK-Rheinland-Pfalz selektiert und aktiv telefonisch angesprochen<sup>79</sup>. Bei Interesse seitens der psychisch erkrankten Personen, werden versicherungsbezogene Voraussetzungen geprüft und die Interessenten an die Mittelrhein-Klinik weitergeleitet. Diese enthält eine Kombination von diagnostischen und therapeutischen Modulen, die Angeboten und Verfahren innerhalb der Rehakliniken ähneln, wie Arztaufnahmegespräch, Psychologenaufnahmegespräch, Diagnosestellung, Neueinstellung der Medikation sowie Gruppentherapien, Einzeltherapien und Entspannungsverfahren (EXP 1.3). Zielgruppe sind Personen im Alter von 18- 60 Jahren mit gesicherter F3/F4/F5-Diagnose, bei denen eine Arbeitsunfähigkeit von max. 42 Tagen besteht und die keine weiteren ärztlichen Maßnahmen in Anspruch nehmen. Ausschlusskriterien sind z.B. akute somatische und psychische Erkrankungen, Versicherte der DRV-Bund sowie somatische Multimorbidität. Ziel ist die frühzeitige Indikationsfeststellung für eine bedarfsorientierte Therapie, die Ableitung möglichen Rehabilitationsbedarfs, besteht dieser wird der Antrag auf Reha angestrebt, und frühzeitige Interventionen zur Wiederherstellung und dem Erhalt der Gesundheit. Die Ablehnungsgründe der Teilnahme werden mittels Fragebogen evaluiert<sup>80</sup>. Die Kontrollgruppe bildet eine historische (Zeitraum 2015-2018) Kontrollgruppe von 6000 Fällen. Am Ende der VorReha-Maßnahme erhält der Teilnehmer einen gekürzten Bericht mit Diagnose und Empfehlungen für die weitere rehabilitative oder psychotherapeutische Behandlung (Reha ja/nein oder andere Behandlung) und bei Bedarf einen Termin in der sozialmedizinischen Abteilung der DRV. Die Ergebnisse zeigen, dass die Aufnahme in die Reha in der Regel innerhalb der darauffolgenden 14 Tage nach Ende Vor-Rehas gelingt (EXP 1.3).

Die Forscher, der von der IfR Ulm wissenschaftlichen Begleitstudie, beobachteten einen Bias, aufgrund der Covid-19-Pandemie, einen Geschlechtsbias und identifizierten zudem als konkretes Problem, die fehlende Zustimmung seitens der Versicherten. So scheint es, dass die angesprochene Gruppe die Notwendigkeit der Maßnahmen nicht anerkennt und das vorangeschaltete Abklärungsverfahren als befremdlich wahrnimmt (EXP 3.1, EXP 1.3). Weiterhin ist das intervenierende Verfahren

---

<sup>78</sup> Vor-Reha knüpft nicht an Behandlung des Hausarztes an. Die AOK filtert potenzielle Rehabilitanden anhand von bspw. auffälligen AU-Daten.

<sup>79</sup> Seitens der AOK sind Krankengeld-Fallmanager mit dieser Aufgabe betraut.

<sup>80</sup> ausgeschlossene Personen werden nach 12 Monaten befragt. Mitarbeiter der AOK kontaktieren (via E-Mail) die Teilnehmer.

verwaltungsintensiv und mit einem hohen Betreuungsaufwand für eine ungestörte Leistungskette assoziiert.

### *Entlassberichte*

Auch der Entlassbericht ist bedeutend für die weiteren Zuweisungen und den damit folgenden Inanspruchnahmen; doch ist die Situation bei der Entlassung, so das Ergebnis unserer Teilnehmerinterviews, ein konfliktreiches Feld, in dem frustrierende Erfahrungen von Seiten der Rehabilitanden erlebt werden. Hierbei entsteht vermehrt eine Diskrepanz zwischen der professionellen Sicht und der Selbsteinschätzung bei der Entlassung, ob der Rehabilitand sich nun als nicht-arbeitsfähig einstuft, aber als arbeitsfähig entlassen wird oder im umgekehrten Fall, kein Verständnis für die Entlassung als „nicht-arbeitsfähig“ hat und sich durchaus als arbeitsfähig wahrnimmt.

Die Einschätzung über den Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit wird vor der Entlassung durch den Bezugstherapeuten mit den Rehabilitanden besprochen (EXP 2.1). Sind Rehabilitanden mit dem Gutachten nicht einverstanden, sehen sich nicht als arbeitsfähig an oder streben eine Erwerbsminderungsrente an, werden in einem Einzelgespräch mit dem Chefarzt der Psychosomatik die formalen und inhaltlichen Rahmenbedingungen für den Antrag und den Bezug einer EM-Rente geklärt. Hinsichtlich der Leistungseinschätzung trifft die ärztliche Leitung die maßgebliche Entscheidung, jedoch geschieht dies im intensiven multiprofessionellen Austausch mit den Psychologen, Ergotherapeuten und dem Sozialdienst, der fachspezifisch-qualifizierte Beiträge für den Entlassbericht erstellt (EXP 2.2). Bei erneuten rehabilitativen Inanspruchnahmen und Anträgen wird die ehemalige Rehaklinik bei Unklarheiten im Entlassbericht von der sozialmedizinischen Abteilung kontaktiert (EXP 1.1). Ebenso zeigte sich in den Interviews, dass für eine ausführliche Diagnostik im Bereich des Sozialpsychiatrischen Dienstes auf die detaillierten Entlassberichte zurückgegriffen wird, da diese als sehr hilfreich wahrgenommen werden. (EXP 2.6)

Wie bereits benannt, zeigt sich in den Interviews bei einigen Teilnehmern eine Differenz innerhalb des Entlassungsverfahrens zwischen der subjektiv eingeschätzten und der sozialmedizinisch attestierten Arbeitsfähigkeit. An dieser Stelle jedoch der wichtige Hinweis, dass der Wunsch, nicht direkt nach der Reha die berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen, keine grundsätzliche Ablehnung einer positiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bedeutet. Vielmehr geht es um eine „Schonzeit“ die die Rehabilitanden als notwendig betrachten (vgl. Kapitel 11.1 „Empfehlungen für die Praxis“).

### *Wunsch nach EM-Rente*

Ein Großteil der Rehabilitanden, so die Akteure der Rehakliniken, möchte bei Antritt der Reha eine EM-Rente (EXP 2.2). Oftmals wissen die Rehabilitanden nicht, dass sie mit der Einschätzung „drei Stunden leichte Tätigkeit“ als arbeitsfähig gelten, auch bei einem ALO-Status, und erfahren erst in der Rehaklinik welche notwendigen Kriterien für die EMR-Bewilligung erfüllt sein müssen (EXP 2.1). Demzufolge sollte die psychische Erkrankung als austherapiert gelten und bereits medikamentöse Behandlungsversuche stattgefunden haben. Die Erkrankten kommen häufig mit falschen Vorstellungen in die Reha und erhalten von ihrem behandelnden Hausarzt oder Therapeuten vorab den Rat, über eine EM-Rente nachzudenken bzw. diese zu fokussieren, was nach Mitteilung über die hohen Hürden zur positiven Antragsstellung zu Enttäuschungen führt (EXP 2.2). Dennoch werden die individuellen Wünsche der Rehabilitanden akzeptiert und geprüft sowie bei nicht gegebenen Voraussetzungen weitere Möglichkeiten kommuniziert und angeboten. Bei etwa 5 % der Rehabilitanden der Rehaklinik wird eine Erwerbsminderungsrente beantragt (EXP 2.1). Sind Personen von der BA oder Krankenkasse zu einer medizinischen rehabilitativen Maßnahme aufgefordert worden, besteht nach Erfahrung eines Experten, vermehrt der Wunsch nach einer Erwerbsminderungsrente (EXP 2.1). Diese Menschen, deren psychische Störungen häufig chronifiziert sind, haben meist einen langen Leidensweg hinter sich und sind bei negativer RTW-Prognose nur für eine zweiwöchige Begutachtung des Leistungsvermögens in der Rehaklinik vorstellig. Dies geschieht ausschließlich mit Einverständnis der psychisch erkrankten Person (EXP 2.1)

### *Sozialdienst*

Rehabilitanden, die arbeitsunfähig in die Reha kommen (ca. 60 %), werden automatisch zur Sozialtherapie oder -beratung angemeldet, hingegen Personen mit dem Status „arbeitsfähig“ die Angebote des Sozialdienstes bei Bedarf (z.B. bei Nachsorgewunsch bzw. -bedarf, berufliche (Neigungs-, Interessen-)Tests bei Wunsch nach Arbeitsplatzwechsel) beanspruchen können (EXP 2.2). Die Sozialberatung geschieht regelhaft in Einzelsettings und bildet den Schwerpunkt der Arbeit (EXP 2.3). Folgetermine können von den Rehabilitanden in Anspruch genommen werden, werden jedoch aufgrund des hohen Betreuungsschlüssels<sup>81</sup> unter erschwerten Bedingungen realisiert, bei komplexen Fällen ist die bedarfsgerechte Versorgung wegen des Zeitmangels besonders gefährdet (EXP 2.2).

Die Aufgaben der Sozialberater unserer Studie gestalten sich vielfältig. Neben themenspezifischen Vorträgen, der Identifizierung von LTA-Bedarfen mit Einleitung der Maßnahmen, Hilfen bei Antragsstellung, der Einleitung ambulanter und stationärer Hilfen, Einleitung von RPK-Maßnahmen

---

<sup>81</sup> Einer unserer Experten war zum Zeitpunkt des Interviews für die Betreuung von insgesamt 154 Betten verantwortlich (EXP 2.2). Dieses Ungleichgewicht und die daraus resultierenden Probleme wurden erkannt und zum Interviewzeitpunkt in der Rehaklinik bearbeitet.

(Reha psych. erkrankter Personen) und Reha-Nachsorge (IRENA, PSYRENA), der Kontaktaufnahme bei STW mit den Arbeitgebern, Informationen zu Sozialversicherungsleistungen im gegliederten Sozialleistungssystem, Identifikation von Belastungsfaktoren im privaten Umfeld, Beratung bei finanziellen Fragen und Sorgen sowie der Mitwirkung am Entlassbericht, bieten sie Beratungen zu Sozialrechtsgebieten und allen angrenzenden Gebieten an (EXP 2.2. EXP 2.3). Ziele sind die Motivation komplexer Fälle, Arbeitsplatzkonflikte proaktiv zu bearbeiten, lösungsorientierte Ansätze bei arbeitsplatzbezogenen Ängsten zu fördern und individuelle Ressourcen zu stärken. Dazu werden Übungseinheiten bspw. für ein Vorstellungsgespräch angeboten wie auch Strategien für einen gelungenen RTW (z.B. im Gruppentraining „berufsbezogene soziale Kompetenzen“ (Kommunikation, Konflikte, Verhalten) vermittelt. Besteht ein erhöhter Bedarf, verweisen die Akteure auch an die Bundesagentur für Arbeit (EXP 2.2).

Bezüglich des Aufgabenbereichs des Sozialdienstes scheinen gravierende Unterschiede zu bestehen. Die Experten berichten, dass verschiedene Arbeitsweisen vorherrschen und in anderen Rehakliniken partiell nicht interdisziplinär gearbeitet wird und zudem geringere weniger intensive Angebote seitens der Sozialdienste gemacht werden können, da sie in ihrem Betätigungsfeld eingeschränkt sind und die Ärzte der Rehaeinrichtungen hauptsächlich über den Wirkungskreis bestimmen<sup>82</sup>. Es scheint, als gäbe es keine konkreten einheitlichen Leitfäden oder Konzepte der Sozialarbeit in den Rehakliniken oder zu viel Spielraum, wie diese ausgelegt werden. Auch wenn von interdisziplinären Teams gesprochen wird und die Sozialarbeiter für bspw. den Entlassbericht hinzugezogen werden, bemängeln die Sozialarbeiter den fehlenden Stellenwert ihrer Tätigkeit (EXP 2.3). Interdisziplinarität wird von Psychologen und Ärzten nicht immer mitgedacht, obwohl die Schnittstelle Sozialberatung (auf Handlungsebene) und Psychologen (inneres Erleben) sehr bedeutsam (EXP 2.3) und die Beratung häufig einer der maßgebendsten Punkte zur Bewältigung arbeitsplatzbezogener Probleme für die Rehabilitanden in der Reha ist (EXP 2.2).

### 7.8.3. *Nachsorge*

IRENA und PsyRENA sind von der DRV finanzierte Nachsorgeprogramme, die im Rahmen von 25 Terminen, die innerhalb eines Jahres nach der Reha in Anspruch genommen werden müssen und zum Ziel haben den Reha-Erfolg zu verstetigen. IRENA wird dabei von den Rehakliniken und PsyRENA von niedergelassenen Therapeuten angeboten, womit die Versorgungslücken in Regionen ohne direkte Anbindung durch Rehakliniken geschlossen werden sollen. Das Angebot umfasst psychotherapeutische Gruppentherapien, kontrollierte Übungs- und Trainingstherapien sowie die Vermittlung von Entspannungstechniken (vgl. *Kobelt*, 2015). Aus der Praxis geht jedoch hervor, dass

---

<sup>82</sup> Die befragten Sozialarbeiter wissen um die erheblichen Unterschiede aufgrund eines vierteljährlichen Treffens der Sozialdienste (eine Art Supervision).

regionalbedingte Unterversorgungen bestehen, bei denen PsyRENA nur unzureichend oder gar nicht angeboten wird (EXP 2.1). Zudem berichten die Vertreter der Rehakliniken, dass bei „früheren“ Nachsorgemaßnahmen, allen voran IRENA, in welche in der Praxis bei Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen kaum noch vermittelt wird<sup>83</sup>, bessere Infrastrukturen etabliert waren und damit eine effizientere Nachversorgung gewährleistet werden konnte (EXP 2.1, EXP 2.2). Der Großteil der Teilnehmer, so die Sicht der Experten, sind bestrebt, auch aufgrund der, durch die Rehabilitation gesteigerten Motivation, ihre Krankheitsbearbeitung aktiv zu gestalten, fortzuführen und sich nach der Reha in psychotherapeutische Behandlung zu begeben. Da aktuell mit einer mindestens halbjährigen Wartezeit auf einen Therapieplatz gerechnet werden muss, dient PsyRENA oftmals der Überbrückung. Die Rehabilitanden befürworten daher die Nutzung des spezifischen Nachsorgeangebots, vorausgesetzt es existiert eine wohnortnahe Versorgung, die, auch laut der Teilnehmenden der qualitativen Interviewerhebung, lückenhaft ist und Mängel in der Durchführung aufweist (vgl. z.B. Herr Kaul)<sup>84</sup>. Eine vorhandene gelistete Website<sup>85</sup> biete, laut Experten, keine angemessene Hilfestellung für die Suche nach geeigneten PsyRENA-Angeboten und sei zudem veraltet (EXP 2.1). Aufgrund der schlechten Versorgungslage einzelner Regionen empfehlen Rehakliniken daher die direkte Aufnahme einer Einzeltherapie (EXP 2.1). Auch die Sozialarbeiter heben die teils mangelhafte regionale Versorgung hervor, verweisen jedoch auf aktuellen Bestrebungen der DRV ein flächendeckendes Angebot aufzubauen (EXP 2.2). Trotz der eruierten Missstände wird PsyRENA von den Vertretern der Rehakliniken als ein effektives und niedrigschwelliges Angebot benannt (EXP 2.3). Aus der Expertenbefragung mit den Akteuren der Rehakliniken geht ebenso hervor, dass bei der Informationsvermittlung über Nachsorgeleistungen, speziell PsyRENA, in den Rehaeinrichtungen unterschiedlich vorgegangen wird. Demnach wird in einer der Kliniken ein spezifischer und umfangreicher Vortrag über das Thema der Reha-Nachsorge und deren Nutzungsmöglichkeiten von den Sozialarbeitern durchgeführt und viel Wert daraufgelegt, dass *„die Rehabilitanden umfangreich über die Nachsorgeangebote informiert sind“* (EXP 2.2) Zudem existieren bei zusätzlichem Informationsbedarf der Rehabilitanden weitere Beratungsangebote des Sozialdienstes. In einer anderen Rehaklinik wird diese Beratungsleistung und Weichenstellung für eine psychotherapeutische Nachversorgung von den Psychologen der Einrichtung übernommen und der Sozialdienst nicht zurate

---

<sup>83</sup> Etwa eine Person von 10 Personen wird laut Experten einer IRENA-Maßnahme zugewiesen (EXP 2.1).

<sup>84</sup> Inhaltliche Verbesserungspotentiale sehen die Teilnehmenden in der individuellen Gestaltung. Sie plädieren auf eine bedarfsgerechte Erweiterung des Therapieangebots und wünschen sich die Bildung von Gruppen, welche spezielle Themen fokussieren und es damit ermöglichen Interessen und Bedürfnisse vertiefend zu behandeln. Ferner bemängeln sie die Kontinuität der Angebote und die Fluktuationen von Teilnehmern innerhalb der Gruppen. Hierdurch wird das gemeinsame Bearbeiten der psychischen Problemlagen erschwert und der Aufbau einer Vertrauensbasis kaum ermöglicht. Der Wunsch nach Flexibilität und Individualität wird in der Praxis, betrachtet man die aktuellen Infrastrukturen, jedoch kaum möglich sein.

<sup>85</sup> Website: nach-der-Reha.de



gezogen (EXP 2.3). Ein Vertreter der fachärztlichen Praxis plädiert für die Bildung von kooperativen Netzwerken<sup>86</sup> und die Implementierung eines routinemäßigen begleitenden Angebots der DRV, die den Rehabilitanden feste Ansprechpartner für die Nachbetreuung zur Seite stellen (EXP 2.1). Zudem plant seine Abteilung zur Evaluation der individuellen Behandlungsverläufe die schriftliche Kontaktaufnahme mit den ehemaligen Rehabilitanden nach fünf Jahren. Wir erachten diese Forderung und den angedachten Plan zur Evaluierung als sinnvoll und sprechen uns für den Ausbau des Case-Management ebenso aus, wie für die Erweiterung der nachsorgespezifischen Versorgung in unterversorgten Regionen.

### **7.8.4. Inanspruchnahmeketten**

Die Notwendigkeit einer sachgerechten Reihenfolge der Behandlungskette wird in den Experteninterviews mit den Sozialmedizinerinnen nachdrücklich betont. Demnach sei der erste „Baustein“ die Diagnostik, danach erfolge die Wahl einer adäquaten Therapie (z.B. eine psychotherapeutische (stationäre) Erstversorgung), um darauffolgend die Entscheidung über die Intensität der Erstversorgung zu treffen, erst dann, so die Meinung der Experten ist eine Rehabilitation in Betracht zu ziehen (EXP. 1.2). Problematisch innerhalb der Behandlungskette kann daher die alleinige Einschätzung über die psychischen Problematiken und Erkrankungen durch den Hausarzt sein, die laut Experten mitunter nicht den Leitlinien entspricht und keine präzise Diagnostik inklusive Differentialdiagnostik beinhaltet, um im ersten Schritt zu einer psychotherapeutischen (stationären) Erstversorgung weiterzuleiten (EXP 1.2). Anhand der erstgenannten „Bausteine“ müsse die individuelle Einschätzung zum Reha-Bedarf des Einzelnen erfolgen (EXP. 1.2, EXP. 1.1).

Eine bereits absolvierte Reha wird im Entscheidungsprozess für eine weitere Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen miteinbezogen. Die im System vorhandenen Berichte werden geprüft und mit dem aktuellen Befundberichten des Facharztes verknüpft. Ist die Begründung gut und nachvollziehbar wirkt sich das positiv auf die Entscheidung aus. Auch hier gilt die Leitidee „Reha vor Rente“; die Erwerbsminderung soll abgewendet werden. Haus- und Fachärzte geben zum Teil in ihren Befundberichten an, dass Versicherte von einer vorangegangenen Reha profitiert haben (oft mit Angabe der Rehaklinik), was eine Bewilligung der Reha begünstigt (EXP. 1.1).

### ***Inanspruchnahmerwartungen***

Eine Schwierigkeit, mit der sich die Experten konfrontiert sehen, sind Vorbehalte der Versicherten gegenüber der psychosomatischen Rehabilitation (EXP 1.5). Um vorhandene Barrieren abzubauen, wird den Versicherten im Vorfeld der Reha empfohlen, sich online über die jeweilige Klinik zu informieren und einzuschätzen, ob diese ihren individuellen Vorstellungen entspricht. Problematisch

---

<sup>86</sup> Einzelne Rentenversicherungsträger haben hier bereits erste Strukturen aufgebaut (EXP 2.1)

für die Inanspruchnahme seien zudem soziale Faktoren, z.B. alleinerziehende Mütter, die keine Unterstützung in der Kinderbetreuung erhalten und daher eine Reha nur unter erschwerten Bedingungen antreten können (EXP 1.5). Ein weiteres Problem ist die Informationsvermittlung an die Versicherten im Rahmen des Bewilligungsbescheid (EXP 1.4). Demnach erschweren intransparente Formulierungen und fehlende Aufklärung über Art der Reha die Akzeptanz. So wird im Bescheid nur die angedachte Dauer der Maßnahme kommuniziert und nicht die entscheidungsrelevante Indikation, was dazu führt, dass die Versicherten die Zuteilung in die psychosomatische Reha nicht nachvollziehen können (EXP 2.4). Ferner besteht laut Experten der Eindruck, dass den Versicherten teilweise nicht klar ist, dass die DRV keinen tagesklinischen Aufenthalt anbieten kann (EXP 1.1)

### *Schnittstellen und Steuerung*

Zur Weiterentwicklung der Fallsteuerung treiben einzelne Rentenversicherungsträger den Ausbau und die Implementierung von Fallmanagement in den Rehakliniken voran. Hierbei geht es darum Kontextfaktoren wie Sucht, Schulden, unsichere Wohnsituation etc. zu erfassen, die individuellen Bedarfe der Menschen zu identifizieren und Unterstützung zur Bewältigung anzubieten (EXP 1.4). Die Einleitung des Fallmanagements geschieht in der Rehaklinik und der Kontakt zu externen Fallmanagern (Integrationsfachdienste, Berufsförderungswerke, private Träger) wird unter klaren Qualifikationskriterien aktiv gesucht und zugewiesen. Die Evidenz dieser Maßnahmen wurde bisher noch nicht vollumfänglich geprüft, doch ist eine positive Tendenz zu erkennen (EXP 1.4). Auch die Idee der Reha-Lotsen wird weiter fokussiert und die Umsetzung weiter ausgebaut werden (EXP 1.4).

Probleme werden in der Interaktion zwischen den Rentenversicherungsträgern und den rehabilitativen Einrichtungen benannt. Demnach kommuniziert die DRV ihre eigenen Zertifizierungskriterien, nach denen sich die rehabilitativen Institutionen richten müssen, nach Aussage eines Experten eines östlichen Rentenversicherungsträgers nur ungenügend, „*sodass die Kliniken nicht verstehen, worauf es ankommt*“ (EXP 1.4). Um Missverständnisse in der Kommunikation zu vermeiden, sendet der Träger des befragten Experten vorab den Kliniken verwendete Anschreiben vorab zu, um eventuelle Verständnisfragen erläutern zu können.

Personen, die nach SGB III §145 als leistungsgemindert gelten und von der Bundesagentur für Arbeit zu einer medizinischen Rehabilitation aufgefordert werden, sind häufig schon lange in AU, vermehrt unvermittelbar und als nicht-rehafähig eingestuft. Hier wird von der DRV die Umdeutung angestrebt, damit diese Menschen in den erwerbsgeminderten Rentenbezug wechseln können (EXP 1.2). Eine positive Reha-Prognose bzw. die Reha-Fähigkeit bei Zuweisung nach SGB V §151, ist durch das unterschiedliche Engagement und die verschiedenen Handlungsweisen der Krankenkassenträger geprägt. So reagieren manche Krankenkassen (zu) schnell, manche zu langsam, wenn sie Personen nach längerem Krankengeldbezug aussteuern wollen (EXP 1.2). In beiden Steuerungswegen, BA und

Krankenkassen, erkennt der befragte Experte keine klaren Muster. Zudem beschreibt er, dass die Motive der DRV und der KK sich stark unterscheiden, nicht offengelegt sind und spricht von unklaren politischen Vorsätzen wie der Umgang mit psychischen Erkrankungen erfolgen soll (EXP 1.2).

### *Projekt Blaufeuer*

Das rehapro-Projekt Blaufeuer ist ein Beratungs- und Hilfsangebot, welches möglichst zu einem frühen Zeitpunkt intervenierend hinsichtlich arbeitsplatzbezogener Probleme von Menschen mit psychischen Problemlagen und Beeinträchtigungen handelt und in den Städten Berlin, Köln sowie Nürnberg agiert (EXP 3.2). Die Berater und Beraterinnen sind breit vernetzt und bieten ein vielfältiges und umfassend Angebot an, leisten jedoch keine psychosozialen Beratungen. Zugang zu dieser Maßnahme bekommen die erkrankten Personen über Betriebe, Psychotherapeuten und Hausärzte sowie Krankenkassen. Das Projekt setzt auf eine gut vernetzte Schnittstelleninfrastruktur, die professions- und institutionsübergreifend arbeitet (EXP 3.2) und dem vorherrschenden Informations- und Vermittlungsmangel sowie der Diskrepanz zwischen breitem Leistungsangebot und Nicht-Inanspruchnahme der Zielgruppe, aktiv versucht entgegenzuwirken. Ziel des Projekts ist es die zumeist schwerbelasteten Menschen, die davon bedroht sind arbeitsunfähig zu werden oder in die EM-Rente einzutreten und komplexe Problemlagen aufweisen, anzusprechen, vom Angebot zu überzeugen, die individuellen Ansprüche zu ermitteln und die Menschen an die passenden, an die Bedürfnisse der psychisch Erkrankten orientierten, Stellen zu verweisen und den Kontakt zum Versorgungssystem herzustellen. Nach vorgeschalteter Beratung erhält jeder Klient einen persönlichen Ziel- und Handlungsplan. In der Regel umfasst der Beratungs- und Betreuungsverlauf mit Nachbetreuung 12 Monate, für einen Teil der inanspruchnehmenden Personen reicht eine 90-minütige Kurzberatung aus, diese gehen dann in die Eigeninitiative und wählen einen aktiveren Weg in das rehabilitative und ambulante Versorgungssystem. Unterschiede und Vorteile des Projekts gegenüber dem Krankengeldfallmanagement der Krankenkassen sind der persönliche Kontakt und die institutionelle Unabhängigkeit, was den Klienten erfahrungsgemäß ein sicheres Gefühl gibt und die Angst vor Konsequenzen minimiert. Dennoch bemerken die Akteure, dass die Weitervermittlung sich schwierig gestalten kann, weil die Teilnehmenden sich schwer öffnen können und die Inanspruchnahmen von bspw. psychotherapeutischen, beratenden und psychosozialen Hilfsleistungen eine Überwindung darstellt (EXP 3.2). Kliniken (Tages-, Akut- und Reha-) sind kein offizieller Zugangsweg in das Projekt, jedoch gab es hier bereits Austauschmöglichkeiten sowie Aufklärungs- und Informationsarbeit über das Projekt. Zum Zeitpunkt unseres Interviews mit einem Forscher der wissenschaftlichen Begleitstudie, war noch kein ausgeprägter differenzierter Zugang für Belastungsgruppen erkennbar; ein Fünftel der Klienten kamen über ihre Arbeit bzw. ihren Betrieb in das Projekt Blaufeuer (EXP 3.2).

### 7.8.5. *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*

#### *Zuweisung*

Psychische Erkrankungen stehen bei Inanspruchnahme von Qualifizierungsleistungen hinter Muskel- und Skeletterkrankungen an zweiter Stelle (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022c). Das verweist auf einen erheblichen Bedarf an beruflichen Teilhabeleistungen für die Gruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Im Antragsverfahren der beruflichen Rehabilitation werden umfassende Angaben zum beruflichen Lebenslauf der Versicherten aufgeführt. Selbstangaben wie: Berufsausbildung, berufliche Qualifizierungen (Bsp. über DEKRA), vergangene Kostenträger, Gründe für Streben/Wahl nach/für bestimmte/r Maßnahme, Zeiträume sowie die gesamte Erwerbsbiografie ab Schulbildung wird formal abgefragt (EXP 1.1). Bei ungenügender Dokumentation kann auch hier ein vorliegender Reha Entlassbericht herangezogen werden. Eine LTA ohne vorangegangene medizinische Reha ist theoretisch möglich und abhängig von Berufsbild und Erkrankung des Versicherten sowie von der vorgängigen Nutzung ambulanter Maßnahmen. Eine häufige Inanspruchnahme, das „*Hangeln*“ von Integrationsmaßnahme zu Integrationsmaßnahme ist laut Experten negativ zu sehen und nicht zielführend (EXP 1.1, EXP 2.4). Die Bearbeitung der LTA-Anträge erfolgt innerhalb der Rentenversicherungsträger in unterschiedlichen Bereichen und hat sich in den letzten Jahren gewandelt. So übernehmen Rehafachberater die Bearbeitung zur beruflichen Reha allein, nur bei Unsicherheit oder erweiterter Sachaufklärung wird die sozialmedizinische Abteilung hinzugezogen (EXP 2.4). Begutachtungen von der Leistungsabteilung eines westlichen Rehabilitationsträgers werden hauptsächlich für allgemeine Rentengutachten und aktuelle Leistungsbilder angefragt und dienen als Grundlage für weitere Entscheidungen zu beruflichen Reha-Maßnahmen, die die Reha-Berater gemeinsam mit den Versicherten erarbeiten (EXP 1.5). Die Bundesagentur für Arbeit zeigt eher Interesse an Gutachten bei EM-Rentenbegehren, da die Institution über eigene Gutachter im Bereich der beruflichen Teilhabeleistungen verfügt, teilweise aber auch an Externe Werkverträge erteilt (EXP 2.4). Bei angestrebter RPK-Maßnahme erhalten die Rentenversicherungsträger von den Reha-Einrichtung für psychisch Kranker einen Bericht nach Vorstellung des Versicherten mit Erwerbsprognose, woraufhin entschieden wird, ob der Fall den Krankenkassen oder der DRV obliegt (EXP 1.2). Eine Leistungserprobung in der RPK, wie sie in unserem Interviewsample vorkommt (vgl. Herr Baum), erschien den Experten als ungewöhnlich (EXP 1.1, EXP 1.2)

#### *Steuerung von LTA-Maßnahmen in der Rehaklinik*

In vielen Rehakliniken sprechen die Sozialarbeiter Empfehlungen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus, klären über Maßnahmen z.B. Berufsfindung, Umschulung, Weiter- und Anpassungsqualifizierung, Integrationslehrgänge, Hilfen innerbetriebliche Umsetzungen, Stufenweise Wiedereingliederung, Arbeitserprobung und Reha-Assessment auf und vermitteln in berufliche

Teilhabeleistungen weiter, mit dem Ziel, die Rehabilitanden bei der Suche nach einem leidensgerechten Arbeitsplatz zu unterstützen oder den Erhalt der Arbeitsstelle zu sichern. Ist anhand eines Mini-ICFs begründbar, dass Anforderungen am Arbeitsplatz nicht mit der Wiedereingliederung vereinbar sind, wird zur einer LTA geraten, doch steht es den Personen natürlich frei, auch bei ungünstiger Prognose, an den alten Arbeitsplatz zurückzukehren (EXP 2.3). Nach einem Vorgespräch und dem Aufzeigen der genannten Möglichkeiten, werden der individuelle Bedarf und die infrage kommenden Maßnahmen mit kognitiven Tests, standardisierte Verfahren und Belastungserprobungen festgestellt (EXP 2.2). Darauffolgend prüfen die Akteure, für den jeweiligen Rehabilitanden regional bestehende Möglichkeiten der Inanspruchnahme, verfügen dabei aber über kein strukturiertes Netzwerk, und unterstützen die Rehabilitanden, wenn notwendig, bei der Antragsstellung (EXP 2.3).

Die Experten berichten, dass viele der Rehabilitanden oftmals über einen längeren Zeitraum krankgeschrieben und bereits ausgesteuert sind. Aufgrund der langen Leidenswege und Belastungserleben durch bestehende Komorbiditäten, stellt sich für viele der psychisch Erkrankten die Frage nach der beruflichen Zukunft und es wird häufig der Wunsch nach einer EM-Rente geäußert (EXP 2.2). Diese unsichere berufliche Situation und der RTW sind für die Rehabilitanden mit intensiven Ängsten verbunden. So erleben sie Furcht vor geminderter Leistungsfähigkeit und Arbeitsplatzkonflikten (auch deshalb unterstützt der Sozialdienst regelmäßig bei Kündigungen des Arbeitsverhältnisses) sowie wirtschaftliche Ängste, die gerade bei drohenden ALG I- oder Bürgergeldbezug besonders stark ausgeprägt sind (EXP 2.2). Der Austausch mit externen Institutionen findet statt, ist jedoch von individueller Intensität geprägt, nicht generalisiert und wird nach Bedarf, in Abhängigkeit vom Willen der und in Kooperation mit den Rehabilitanden durch die Akteure entschieden. Wenn möglich werden der direkte Kontakt und die unmittelbare Kommunikation mit den Arbeitgebern und weiteren Institutionen wie RPKs gesucht (EXP 2.3).

Bei Menschen aus hochqualifizierten und/oder höheren Einkommensschichten wird innerhalb der Beratung der Teilhabeaspekt von Arbeit betont und individuelle Bewältigungsstrategien arbeitsplatzbezogener Probleme fokussiert (EXP 2.3). Viele dieser Fälle äußern hierbei den Wunsch, in ihrer beruflichen Tätigkeit zu bleiben und streben eine Stundenreduzierung oder sogar eine Teilerwerbsminderungsrente an. Dieser Gruppe wird überwiegend eine Feststellung des GdBs empfohlen und selten Umschulungen oder ähnliches angeraten, primär weil die Experten beobachten, dass dieser Personenkreis berufliche Veränderung, im Sinne einer Qualifizierungsmaßnahme, selten als motivierenden Faktor betrachtet (EXP 2.3).

### *Wegfall der Rehafachberater im klinischen Reha-Alltag*

Im Spannungsfeld des Aufgabengebiets der Sozialdienste und Rehafachberater der DRV hinsichtlich der Zuweisung in eine berufliche Rehabilitation, zeigten sich in der Studie Probleme, die von den Sozialarbeitern offen kommuniziert wurden. So wird der Wegfall der Beratungs- und Vermittlungsangebote der Rehafachberater innerhalb der Rehakliniken, welche im zweiwöchigen Rhythmus stattgefunden haben, als bedauerlich und negativ bewertet (EXP 2.2). Die LTA-Beratung in den Rehakliniken obliegt nun alleinig den Sozialdiensten, die für diesen spezifischen Aufgabenbereich keine Schulung erhalten haben. Ferner wird es als problematisch empfunden, dass die Rentenversicherungsträger keine zu konkreten Empfehlungen von den Sozialberatern fordern, da die Rehafachberater nachfolgend zu anderen Beurteilungen kommen und die Wünsche, Hoffnungen und Ziele der Rehabilitanden möglicherweise als nicht realisierbar eingestuft werden könnten, was zusätzliche Belastungen hervorrufen würde (EXP 2.3). Auch der befragte Kliniker erwähnt, dass keine Empfehlungen zu konkreten LTA-Leistungen gegeben werden, aber Tendenzen mittels Tests (Neigung des Rehabilitanden) in Absprache mit den Rehabilitanden erfasst werden, auch damit diese eine Vorstellung von dem folgenden Gespräch mit dem Rehafachberater nach Reha-Aufenthalt erhalten (EXP 2.1). Zudem bemängelt der Kliniker die langen Wartezeiten (ein Jahr keine Seltenheit) auf den Antritt der LTA-Maßnahme und das intransparente Antragsverfahren (EXP 2.1). Seit geraumer Zeit dürfen sozialmedizinische Einschätzungen des Sozialdienstes nur indikationsbedingt vorgenommen werden, trifft dies nicht zu, werden externe Gutachten eingefordert (EXP 2.2).

Einheitlich wünschen sich die befragten Akteure der Sozialberatungen/-dienste eine verstärkte Evaluation zu den in die Wege geleiteten Interventionsmaßnahmen, da sie aktuell kaum Feedback erhalten. In einigen Fällen melden sich ehemalige Rehabilitanden, um ihren Dank auszusprechen oder um weitere Fragen zu stellen. Auch bei mehrmaliger Inanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen, in unserer Studie als „Wiederholer“ identifiziert, erfahren die Sozialberater etwas zur Entwicklungsgeschichte der Personen. Seitens der DRV erfolgt nach sechs Wochen und sechs Monaten eine schriftliche Befragung über den Werdegang etc. der Rehabilitanden. Diese Auswertungen nehmen die Sozialdienste jedoch als wenig aussagekräftig wahr, um bewerten zu können, ob die Empfehlung für und die Steuerung in weitere Maßnahmen, speziell LTA, hilfreich waren und als erfolgreich einzustufen sind (EXP 2.2)

#### 7.8.6. RTW

Die durch Rehabilitation oder andere Leistung, bspw. ambulante Psychotherapie erreichte Symptomfreiheit ist allein kein Garant für einen erfolgreichen RTW. Hier zeigen sich Faktoren wie die Dauer der vorausgegangenen Erwerbslosigkeit, positive Rehabilitationserwartung, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, aber auch die individuelle Lebenssituation als wichtige Kriterien. Probleme diesbezüglich können in der Rehabilitation selbst eruiert werden, einer Lösung bedarf es aber weitestgehend in der Lebenswelt des Rehabilitanden. Für den reibungslosen und bedarfsgerechten Return to Work werden innerhalb der Rehakliniken schon früh in der Behandlung die individuellen Bedürfnisse der Personen berücksichtigt und im Reha-Verlauf mit einbezogen bspw. mit der Ausarbeitung von Lösungsansätzen arbeitsweltbezogener Fragestellungen und Problematiken (EXP 2.1). Innerhalb der letzten Woche des Reha-Aufenthalts wird sich zunehmend auf den Alltagstransfer fokussiert und den Rehabilitanden Strategien an die Hand gegeben, um bedürfnisorientiert und handlungsfähig Strukturen aufzubauen und Änderungen (z.B. Konfliktauflösungen im Kollegenverhältnis) bewirken zu können (EXP 2.1). In der Rehaklinik des befragten Facharztes für Psychosomatik besteht bereits seit einem langen Zeitraum verstärkt der Fokus, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nachhaltig zu erhalten und zu sichern. Hierzu wird den Menschen ein spezielles Gruppenpsychotherapieangebot, welches arbeitsfeldbezogene Problemstellungen behandelt, ermöglicht und Wechselwirkungen zwischen Individuum und Umfeld oder auch die Trennung zwischen Persönlichem und Arbeitsinhalten analysiert bzw. vermittelt (EXP 2.1). In der ambulanten Psychotherapie spielen diese arbeitsbedingten Problematiken eine untergeordnete Rolle, was zumeist eine lange AU-Phase zur Folge hat und weitere Konflikte in der Arbeitswelt nach sich zieht. Diesem Experten begegnen häufig Rehabilitanden, die Arbeit als etwas Bedrohliches auffassen und den stabilisierenden Faktor einer sinnstiftenden Tätigkeit nicht nutzen können (EXP 2.1)

Vielen Rehabilitanden gelingt es die aufgegriffenen Themen oder das Erlernte bei der Rückkehr in Arbeit, ob bei dem alten Arbeitgeber oder innerhalb eines neuen Beschäftigungsverhältnisses anzusprechen bzw. umzusetzen (z.B. stärkere Achtsamkeit und Stressmanagement). Eine wichtige Hilfestellung leisten hierbei, wie in diesem Kapitel beschrieben, die Sozialdienste der Rehabilitationskliniken. Bei psychischen Erkrankungen ist das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten beeinträchtigt und mit Versagensängsten verbunden. Hier wäre also ein Eingliederungsfallmanagement zur kontinuierlichen Prozessbegleitung und für die Erschließung neuer Wege in der beruflichen Verlaufskarriere zu nutzen (EXP 2.3). Auch die ambulante Psychotherapie kann dazu beitragen, dass Rehabilitanden sich mit ihrer Leistungsfähigkeit, vielmehr ihrem Zutrauen in die eigene berufliche Leistungsfähigkeit, mit Hilfe professioneller Begleitung auseinandersetzen, um den RTW wie etwa über eine Stufenweise Wiedereingliederung zu fördern. In vorangegangenen Projekten

wurde thematisiert, dass das Risiko eines Abbruchs der Stufenweisen Wiedereingliederung ohne psychotherapeutische Begleitung erhöht sein kann<sup>87</sup>. So wurde berichtet, dass einige Rehabilitanden die begleitende psychotherapeutische Unterstützung zu einem zu frühen Zeitpunkt ihrer Krankheitsbearbeitung abrechnen oder ablehnen würden, weil sie mit der Vergangenheit abschließen und Probleme nicht weiterbearbeiten möchten und glücklich sind ihrer beruflichen Tätigkeit wieder nachgehen zu können, was Mechanismen der Selbstüberschätzung und Vermeidung zur Folge haben kann (vgl. Kardorff et al., 2019).

### *Exkurs: Sozialpsychiatrischer Dienst (SpD) als relevanter Akteur in der Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen*

Auch wenn das Angebot des sozialpsychiatrischen Dienstes für die Hauptgruppen unserer Studie eine vermeintlich untergeordnete Rolle spielt, erachteten wir die Perspektive des sehr niedrighwelligen Angebots des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit seiner multiprofessionellen, klientenzentrierten und aufsuchenden Arbeit als wichtig, um ein vollständiges Bild zur Versorgung der Menschen mit psychischen Störungen aufzeigen zu können.

Das Hauptklientel der Sozialpsychiatrischen Dienste sind Personen mit komplexen Diagnosekonstellationen und schweren Krankheitsbildern- und -verläufen wie bspw. Menschen mit F2-Diagnosen<sup>88</sup>, Substanzabhängigkeiten und hirnorganischen Syndromen, die Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung haben und den SpD freiwillig, aber auch nach Auflage, in Anspruch nehmen (EXP 2.6). Personen mit Diagnosen aus dem F3/F4 Spektrum suchen den SpD eher selten auf, wie ein Experte eines östlichen Rentenversicherungsträgers, der vormals Leiter eines sozialpsychiatrischen Dienstes war, äußert (EXP 1.4). Dabei konstatiert er, dass der SpD als Ansprechstation für diesen, aus seiner Sicht „*leichter erkrankten*“ Personenkreis, nicht wahrgenommen wird. Die Leistungen und Hilfestellungen des sozialpsychiatrischen Dienstes gestalten sich vielfältig, so helfen die Mitarbeiter z.B. bei der Zuweisung zu Psychologen und psychiatrischen Ärzten, bieten Angehörigenberatungen an, intervenieren in Krisensituationen nach PsychKG, erstellen Gutachten und helfen bei der Kommunikation mit Behörden. Ein Experte bezeichnet die Hilfen des Dienstes als „*das Ende der Kette*“ und damit als eine Leistung für Menschen mit vielschichtigen Problemlagen und häufig chronifizierten Erkrankungen (EXP 2.6). Von den ca. 2000 Klienten jährlich bedürfen viele Klienten teilweise jahrelange Betreuung<sup>89</sup> und werden mit Hilfe von Einzelgesprächen begleitet. Diese intensive Begleitung ist keine

---

<sup>87</sup> Kardorff et al. (2019): Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit bei psychischen Beeinträchtigungen im Raum Berlin-Brandenburg. Berlin.

<sup>88</sup> F20-F29- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen.

<sup>89</sup> vor allem bei Eingliederungshilfe (siehe SGB IX § 90 „Aufgabe der Eingliederungshilfe“)



## Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Selbstverständlichkeit, da nicht alle SpD über die personellen Kapazitäten und breitgefächerten Angebote verfügen (EXP 2.6).

Der SpD übt keine relevante Funktion in der Zuweisungssteuerung in rehabilitative Maßnahmen aus. Ein Experte berichtet dazu, dass die Akteure des Dienstes zurückhaltend agieren und die Hilfesuchenden möglichst nicht hospitalisieren und institutionalisieren möchten (EXP. 1.4). In der Praxis kommen die Mitarbeiter des SpDi hauptsächlich bei Personen mit dem Rehasystem in Kontakt, die keinen nachhaltigen Nutzen aus der Rehabilitation ziehen konnten und sich wiederkehrenden Symptomen und Problemen gegenübersehen sowie bei suchterkrankten Menschen. Schwer psychisch Erkrankte werden selten in eine Reha verwiesen und kommen, wenn ein potenzieller Reha-Bedarf angezeigt ist, oftmals über die Eingliederungshilfe in die rehabilitative Maßnahme.

„*Chronisch erkrankte Suchtklienten*“ haben laut Experten häufig mindestens eine Sucht-Reha in Anspruch genommen (EXP 2.6). Eine Vermittlung in die Sucht-Reha ist den Sozialpsychiatrischen Diensten seit etwa 10 Jahren, aufgrund der Funktionsübertragung auf freie Träger, nicht erlaubt. Dennoch empfehlen die SpDi gelegentlich die Zuweisung in eine Reha für Substanzabhängigkeit, da Menschen mit Suchtproblematiken diese als sehr angenehm empfinden würden, „*um aus ihren Trott rauszukommen*“ und ihnen die Reha dabei hilft mit Abstand ihre Situation betrachten zu können. So vermittelt der SpD bei Wunsch des Klienten nach einer Rehaleistung in die ärztliche Versorgung (EXP 2.6). Aus Sicht der Experten hat die Nachsorge eine besondere Relevanz in der Verstetigung erlernter Strategien zur Suchtbewältigung, jedoch konstatieren sie, dass nicht alle Klienten Nachsorgeleistungen nutzen. Zum einen ist dies darin begründet, dass die Angebote unverbindlich sind, zum anderen fehlen Infrastrukturen und Angebote. Dabei müsste gerade diese im besonderen Maße vulnerable Personengruppe intensiver betreut werden und die Nachsorge verbindlicher sein (EXP 2.6). Klienten mit Suchtproblematik sehen sich komplexen privaten sowie beruflichen Problemlagen gegenüber. Laut den Experten befinden sich mehr als die Hälfte in Arbeitslosigkeit und benötigen häufig Hilfe bei dem Erhalt von Wohnung, Krankenkassenversicherung, Einkommen usw. (EXP 1.4).

## 8. Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Diesem zentralen Ergebniskapitel sind zunächst einige methodologische Reflexionen zum Charakter der unterschiedlichen erhobenen Datensorten in unserer Studie vorangestellt (Kapitel 8.1). Im Anschluss daran werden zentrale Ergebnisse der Verknüpfung der Analysen der RSD-Daten mit den Fragebogendaten und der Fragebogendaten mit den qualitativen Fallstudien vorgestellt<sup>90</sup>.

### 8.1. Methodologische Reflexion der genutzten Datensorten: Mehrwert

Im folgenden Abschnitt geht es darum, den Mehrwert einer Mixed-Method Studie, exemplarisch an unserer Studie zu zeigen. Nach einer theoretischen Diskussion der unterschiedlichen Datensorten und ihrer jeweils spezifischen Aussagekraft werden vorwegnehmend die Stärken sowie auch einige Probleme in der Datenzusammenführung (unterschiedliche Abstraktionsgrade, Vergleichbarkeit, Reichweite der Aussagemöglichkeiten) thematisiert.

#### ***Darstellung und Diskussion der erhobenen Datensorten***

In unserer Mixed-Method-Studie haben wir drei unterschiedliche Datensorten erhoben und analysiert (vgl. Kapitel 4):

- (1) *Administrative Routinedaten* des RSD-Files von 2010 – 2018 (Leistungsende 31.12. 2017); dabei wurden Versichertenverläufe von Personen mit Hauptzuweisungsdiagnose F-3 oder F-4, die mindestens eine Leistung aus dem Spektrum der medizinischen Rehabilitation und/oder der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten haben, ausgewählt; die Größenordnung diese „objektiven“ Daten betrug N = 97.833 Versicherte.
- (2) *Fragebogendaten*: vom Erhebungszeitraum November 2021 wurden N= 6000 FB an Versicherte aus dem RSD-File versandt (Rücklauf n=1.176, 19,6%), wobei gewisse Ausschlusskriterien, etwa Bezug EM-Rente 2017 berücksichtigt wurden (vgl. Kapitel 4). Mit dem Fragebogen konnten die Versicherungsverläufe der RSD-Daten bis Ende 2021 hinaus verlängert sowie retrospektiv Inanspruchnahmen von Maßnahmen vor 2010 erfasst werden. Damit lagen uns für die dieses Stichprobe Gesamtverläufe nicht nur der in Anspruch genommenen Rentenversicherungsleistungen vor, sondern auch Daten zur

---

<sup>90</sup> Eine detaillierte vor allem um methodische Aspekte der Analysen ergänzte Darstellung findet sich im Anhang 12.2.

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Nutzung weiterer, etwa kassenfinanzierter Angebote (z.B. Fachärzte, Psychotherapie, Psychiatrie) vor.

(3) *Episodisch-narrative Interviews* ( $n = 70$ ) wurden auf Basis der Fragebogen (Zustimmungserklärung zum Interview vorausgesetzt) durchgeführt; bei der Auswahl der Fallstudien wurde der Erhebungsbias im Rücklauf (vgl. Hetzel et al., 2023) soweit als möglich korrigiert (Bildungsstand, Geschlecht, Alter). Aus den Interviews wurden Fallstudien entwickelt und systematisch miteinander verglichen (vgl. Kapitel 7).

Im Folgenden stellen wir die Verknüpfung der einzelnen Datentypen dar und zeigen den daraus resultierenden Mehrwert für das Studienergebnis auf. Dabei stehen drei Fragen im Zentrum: *erstens*, auf welchen unterschiedlichen Ebenen, die die drei oben genannten Datentypen angesiedelt sind; *zweitens*, welche zusätzlichen Informationen über den RSD-File, welche über den Fragebogen hinaus jeweils gewonnen werden konnten; *dritten* welcher Erkenntnisgewinn ergibt sich aus der Zusammenführung der drei Datensorten? (Zu den Limitationen vgl. Kapitel 10).

- Der *RSD-File* besteht standardisierten *administrativ erhobenen quantitativen Routinedaten*, also aus nominalen Ereignissen und generischen Merkmalen zugeordneten *Zahlenwerten*, die von den Krankenkassen an die Rentenversicherung weitergeleitet werden. In unserer Studie dienen sie der Darstellung charakteristischer Verläufe der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen der Rentenversicherung (z.B. Medizinische Rehabilitation, LTA-Leistungen) über einen Zeitraum von acht Jahren (2010 bis 2018) nach Häufigkeit, Dauer, Abständen zwischen Leistungen und dem zuletzt im RSD-File dokumentierten (Erwerbs-)Status (Return to Work, Arbeitslosigkeit). Dabei ergaben sich charakteristische Muster der Inanspruchnahme, die mit dem Status nach der letzten Reha verglichen wurden. Diese Muster wurden mit spezifischen Merkmalskombinationen (z.B. Alter, Geschlecht, Bildung, Diagnose, etc.) der Rehabilitanden in Beziehung gesetzt. Das statistische Vorhersagemodell (vgl. Kapitel 5.3) für die Zuordnung zum Rehabilitationserfolg bzw. -misserfolg (Kriterium: RTW) erwies sich als gut bis sehr gut, so dass bei den LTA- bzw. LMR-Untergruppen jeweils mindestens 73% der Personen korrekt klassifiziert werden konnten.
- Der von uns für die besonderen Belange der Studie entwickelte *Fragebogen* besteht aus *subjektiven Antworten* (Reaktionen) auf *vorgegebene Items* und einige offene Frageformate, die eine *erweiterte* und *kontextualisierte* Dokumentation der Inanspruchnahme von Angeboten, die über die im RSD-File verfügbaren Informationen hinausgehen: medizinische, psychiatrische, psychotherapeutische, sozialpädagogische, sozialstaatlichen (z.B. SGB II-Bezug), Nutzung der Selbsthilfe, etc.. Der Datentypus der *subjektiven* Antworten im

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Fragebogen kann – bis auf wenige offene Fragen – in Zahlenwerte übersetzt werden (nominale Daten zu den generischen Charakteristika der Leistungsanspruchnahme; intervallskalierte Daten zu Bewertungen und Einschätzungen).

Die Konstruktion der Fragen, die z.T. auf Basis von Experteninterviews und den Diskussionen im wissenschaftlichen Beirat, z.T. auf Basis des Forschungsstands sowie auf Basis des Pretest mit Rehabilitanden von uns entwickelt wurden, enthalten *nicht* im RSD-File dokumentierte Leistungen, die vor, während und nach einer Reha-Leistung der Rentenversicherung (z.B. psychosomatische Reha, LTA-Maßnahme, etc.) von Rehabilitanden genutzt wurden. Darüber hinaus bezieht sich der Fragebogen auf die gesamte Krankheits- und Inanspruchnahmegeschichte der Versicherten und geht damit über den im RSD-File erhobenen Zeitraum sowohl nach „vorne“ (von 2018 bis 2021) als auch nach „hinten“ (vor 2009 und früher) hinaus und erfasst damit die gesamte Krankheits- und Erwerbsbiografie. Damit werden einerseits sehr frühe traumatische Erfahrungen (z.B. Gewalt in der Familie), Misserfolgsgeschichten (z.B. abgebrochene Ausbildung) erfasst, die sich später z.B. in Form psychosomatischer Symptome manifestieren bzw. daraufhin attribuiert werden; andererseits werden, besonders mit Blick auf die Alterszusammensetzung unseres Samples, die über die im RSD-File dokumentierte letzte Inanspruchnahme hinausgehenden Entwicklungen erfasst. Besonders in dieser letzten Phase – etwa dem letzten Viertel der Regelerwerbsbiografie – verdichten sich sowohl psychische als auch häufig damit kombinierte Belastungen wie aus epidemiologischen Daten hervorgeht. Mit dieser Verknüpfung lassen sich Verlaufskurven in der Entwicklung chronischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen präziser in ihren jeweiligen Anforderungsbedarfen beschreiben als dies aus den notwendig begrenzten Routinedaten möglich ist. Hier liegt ein wichtiger Mehrwert der vorliegenden Studie. Hinzu kommt, dass sich mit den subjektiven Attributionen der Krankheitsursachen individuelle Bewältigungsstrategien und Behandlungswünsche ergeben, die wesentlich für die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Angeboten und letztlich zum Erfolg von Interventionen beitragen. Diese Attributionen tragen auch zum Aushandlungsprozess der medizinischen Diagnose bei und entwickeln von da ausgehend eine Eigendynamik, etwa wenn Rehabilitanden sich nach einem „Flash-Back“ von Kindheitstraumata auch gegenüber der Umwelt als PTBS-Patienten oder als Opfer von Burn-out darstellen können: Psychiatrische psychosomatische Diagnosen entstehen aus den Erzählungen der Patienten. Die Attributionen wirken sich zudem auf weitergehende Einschätzungen und Zukunftserwartungen (Gesundheit, Arbeitsfähigkeit, Berufsstatus) zu.

Mit Hilfe dieser aus der Fragebogenerhebung gewonnenen Zusatzinformationen konnte sowohl das umfangreiche *Spektrum* der Nutzung des Gesundheitssystems (z.B. Psychiatrie, Psychotherapie), gesundheitsnaher Dienstleistungen (z.B. Achtsamkeitstraining) und sozialstaatlicher Unterstützung bei

der Teilhabe am Arbeitsleben (etwa durch Jobcenter und Arbeitsagenturen) erfasst werden als auch die *Zeitpunkte* der Inanspruchnahme vor, während und nach einer Reha-Maßnahme. Auch wenn die Verlaufsdaten auf den Antworten der Befragten beruhen und damit auch (geringen) Verzerrungen (genaue zeitliche Zuordnung; Erinnerungslücken) unterliegen, können sie wichtige Hinweise auf charakteristische Verlaufskurven *institutioneller Krankheitskarrieren* liefern.

- *Die Interviews und Fallstudien* sind ebenfalls *subjektive Daten*, allerdings anders als im Fragebogen, zeichnen sie sich dadurch aus, dass die Gesprächspartner hier die Möglichkeit haben ihre eigenen Themen, Schwerpunkte und Deutungen („Relevanzperspektiven“) narrativ – ggf. durch Nachfragen – zu präsentieren und damit ihre *eigenen Erfahrungen in ihre Lebensgeschichte so einzubetten*, wie sie diese selbst als kohärente „Gestalt“ im Sinne der von Schütze (1983) so genannten „biografischen Gesamtformung“ sehen. Bedeutsam ist dies, weil die Rehabilitanden auf dieser Grundlage ihre Entscheidungen treffen und ihre weitere Lebensplanung daran ausrichten. Dieser Datentypus bildete den Kern qualitativer Erhebungen und Analysen. Dies erlaubte eine vertiefte Beschreibung und Einordnung der Krankheitskarrieren auf Basis der Antworten ausgewählter Studienteilnehmer aus dem Fragebogensample: Rekonstruktion der jeweils subjektiv erzählten Gesamtbiografie – angefangen mit eventuellen Traumata in Kindheit und Jugend, Bildungsweg über Berufswahl und Berufseinstieg bis zum Auftreten der ersten Symptome, dem Eintreten kritischer Lebensereignisse (Arbeitsplatzverlust, Scheidung, Unfälle), den erlebten Belastungen in Arbeitswelt und Familie, weitere Erkrankungen (z.B. somatische Komorbidität) bis zum Wiedereinstieg in Arbeit nach der Rehabilitation oder bis zum frühzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsleben in eine Erwerbsminderungsrente. Aus diesen, aus der Perspektive der Rehabilitanden im narrativen Interview generierten Daten lassen sich nicht nur die Formen der Bewältigung psychischer Beschwerden und Beeinträchtigungen nachzeichnen, sondern auch die Entscheidungsprozesse, die zur (Nicht-)Inanspruchnahme oder zu einer aus subjektiver Sicht zu späten Nutzung von Leistungen des Gesundheitswesens und der Rehabilitation geführt hatten (ca. 40 % im Fragebogen); daraus ergaben sich vielfältige Hinweise auf ganz unterschiedliche psychologische, soziale und ökonomische Barrieren zur Nutzung von Angeboten. Zusammen mit der Betrachtung der *Lebenslage* (z.B. alleinerziehend, prekäre Beschäftigung) und der *Lebensphase* (z.B. Kinder aus dem Haus, nur wenige Jahre bis zur Altersrente) ließen sich relevante Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme von Leistungen und die Motivation für eine Rückkehr in Arbeit identifizieren. Darüber hinaus konnten Unterschiede in den Bewältigungsmustern von Männern und Frauen, in Abhängigkeit vom Alter und von der beruflichen Tätigkeit identifiziert und auf ihren möglichen Einfluss hin (strukturell nicht repräsentativ) diskutiert werden.

Ergänzend zu diesem konzeptionellen Aufbau der als *Mixed Method-Studie* durchgeführten Untersuchung ist besonders die *Langzeitperspektive* (Akremi & Zanker, 2023) hervorzuheben: ergänzend zu der quantitativen, einen Zeitraum von acht Jahren umfassenden Analyse des RSD-Files konnte mit der Fragebogenerhebung und den Interviews sowohl der Verlauf vor der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung erfasst werden als auch der Zeitraum von 2018-2021, der für die Fragebogenstichprobe den weiteren Versicherungsverlauf und die weitere (Krankheits- und Arbeits-)Karriere nach 2018 bis 2021 erfasst (vgl. Abbildung 6)

### ***Zusammenführung der Daten im Mixed-Method-Design***

Trotz der kaum noch zu überblickenden Fülle an methodologischen Studien zu Mixed-Method-Verfahren kommen Hammersley (2023) in einer aktuellen Übersicht zu dem Ergebnis dass „... *an obvious problem is that there are no generally agreed criteria for assessing qualitative findings*“ (S. 1). Insbesondere werden folgende Aspekte diskutiert: wie lassen sich Zahlen mit sprachlichen Hervorbringungen verknüpfen? Wie lassen sich mit begrenzten qualitativen Samples Untergruppen bilden, die sich in den quantitativen Daten repräsentativ wiederfinden lassen (vgl. Tanner, 2023). Da wir diese methodologischen Fragen im Rahmen dieses Endberichts nicht ausführlich diskutieren können, beschränken wir uns hier auf die Darstellung der von gewählten Verknüpfungsstrategie.

#### *1. Stärken und Schwächen der RSD-Daten*

Ein besonderer Vorteil der RSD-Daten liegt in ihrer Repräsentativität für das von uns ausgewählte Sample der psychosomatischen Rehabilitanden. Damit wird zugleich eine systematische Auswahl der von uns über die DRV-Bund angeschriebenen Personen für die Fragebogenerhebung ermöglicht. Dabei ergab sich eine gute Passung der Auswahlmodelle. Während die RSD-Daten frei von subjektiven Verzerrungen sind – z.B. valide Erwerbsverläufe und Einkommensdaten –, liegt allerdings ein Problem darin, dass für das Inanspruchnahmegeschehen wesentliche Informationen nicht administrativ erhoben bzw. etwa mit Krankenkassendaten verknüpft werden können. Aus den Analysen haben sich Hinweise auf eine unbeobachtete Heterogenität ergeben, die mit Hilfe einer Fragebogenerhebung zum Teil aufgeklärt werden konnte. Ein dem Datentypus inhärenter Schwachpunkt ist, dass das Verhalten der Versicherten von subjektiven Überzeugungen, Bewältigungsstrategien und situativen Einschätzungen bestimmt wird, die mit Routinedaten grundsätzlich nicht erfasst werden können, die aber für unsere Fragestellung von erheblicher Relevanz sind. Daher zeigt sich ein inhaltlicher Mehrwert in der Verknüpfung der administrativen Routinedaten mit Erhebungsinstrumenten, die subjektive Bewertungen, Handlungsweisen, etc. aufnehmen.

### 2. *Ergänzung und Vervollständigung durch Fragebogen und Interviews (Deskription):*

Ausgehend von den bereits zu Beginn der Studie identifizierten Lücken in den administrativen Routinedaten bestand ein zentrales Untersuchungsziel darin, fehlende Daten zur Inanspruchnahme von außerhalb der rentenversicherungsfinanzierten Leistungen zu ergänzen, um ein vollständigeres Profil der Nutzung des gesamten Versorgungssystems durch die Versicherten zu gewinnen. Das ist besonders deshalb bedeutsam um Zugangswege zur Rehabilitation zu identifizieren, um die oft verschlungenen Pfade der Inanspruchnahme (etwa lange Zeiten des Präsentismus) zu rekonstruieren, um besonders schwerwiegende Episoden wie z.B. die Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Behandlung darzustellen, um Entwicklungen nach Inanspruchnahme der jeweiligen Angebote nachzuzeichnen (etwa Psychotherapie) und schließlich eine Beziehung zwischen kritischen Lebensereignissen und der Nutzung von Angeboten sowie die Ergebnisse mit Blick auf Return to Work, Stay at work, Arbeitslosigkeit, Krankengeldbezug und Erwerbsminderungsrente zu erfassen. Mit diesem Vorgehen werden Leistungsketten umfassend über einen langen Zeitraum in ihren Verzweigungen im gesamten Versorgungssystem sowie in Bezug auf das Arbeits- und Privatleben sichtbar.

### 3. *Vertiefung und Präzisierung durch Fragebogen und Interviews (Analyse):*

Die Routinedaten werden durch die subjektiven Angaben der Versicherten im Fragebogen und in den Interviews in wichtigen Aspekten vertieft und präzisiert: zunächst konnten mit Blick auf eine zentrale Fragestellung unserer Studie zusätzliche Bedingungen für einen erfolgreichen RTW bzw. Barrieren für dessen Scheitern identifiziert werden und damit die Modellgüte für Voraussagen verbessert werden. Methodisch konnten bei der Verknüpfung der RSD-Daten mit den Fragebogendaten die Verzerrungen im Rücklauf durch eine Gewichtung reduziert werden (vgl. Abschnitt 8.3 in diesem Kapitel).

Darüber hinaus bot die Nutzung eines Fragebogeninstruments die Möglichkeit, Zuschreibungen der Krankheitsursachen, Selbsteinschätzung von Symptomschwere und Arbeitsfähigkeit, Bewertungen der zeitlichen Reihenfolge (z.B. Reha kam „zu früh“/„zu spät“) und der Effekte von Maßnahmen („hat mir geholfen“), erlebte Versorgungsmängel (Zuweisung, Beratung), Aspekte von Eigeninitiative, erlebter Selbstbestimmung, gewählter Zusatzangebote, Einschätzungen der eigenen Gesundheit, subjektive Zukunftsperspektiven zu erfassen.

In den *Interviews* werden Selbstdeutungen der Krankheitsverläufe, kritische Lebensereignisse (Familien- und Beziehungskonflikte, besondere Belastungen in der Arbeitswelt wie Mobbing, Kündigungen, Burn-out), Entscheidungspfade (z.B. Berufswahl, Ortswechsel), Auswirkungen säkulare Ereignisse (z.B. „Wende“, Betriebsschließungen und -übernahmen), Umgang mit Krankheit und

anderen Belastungen, Verarbeitungs- und Lernprozesse aus Reha-Maßnahmen, etc. sichtbar. Der zusätzliche Erkenntnisgewinn zu den hier skizzierten Präzisierungen der Leistungsketten und ihrer unterschiedlichen zeitlichen und inhaltlichen Verläufe besteht in der Aufschlüsselung der Heterogenität der einzelnen Fälle. Aus der Analyse der individuellen Fallgeschichten war es möglich, zu einer Bildung charakteristischer Konstellationen zu gelangen, aus denen sich bestimmte Gruppen(-verläufe) bilden ließen: z.B. „aufgeschichtete Problemlagen“, „frühe Belastungen“, „somatische Erkrankungen mit psychischen Folgen“, „Kritische Lebensereignisse“ oder Gruppen mit besonderen Verlaufsmerkmalen wie z.B. Versicherte mit Psychiatrieerfahrungen.

Mit Blick auf die Datenverknüpfung konnte eine gezielte Auswahl der Interviewteilnehmer, die einem Linkage zugestimmt hatten, über die Nutzung der RSD-Daten und der Fragebogendaten vorgenommen werden.

#### *4. Rückspiegelung der qualitativen Ergebnisse auf die standardisierten Routinedaten:*

In den einzelnen Analyseschritten vom RSD-Datensatz über den Fragebogen bis hin zu den Interviews konnte eine immer detailliertere Rekonstruktion des Inanspruchnahmegeschehens und der Verlaufskurven bis zu den Zielparametern (RTW, ALO, KG, EM-Rente) erreicht werden. Insbesondere durch die Verknüpfung einiger Parameter wie der Attribution der Krankheitsursachen mit den Verlaufskurven konnten Muster der Inanspruchnahmeverläufe identifiziert werden; ebenso konnten über die Häufigkeit und die Reihenfolge der Inanspruchnahme medizinischer, psychotherapeutischer, psychiatrischer und berufsbezogener Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen vom Endpunkt her mögliche Kriterien für Vorhersagemodelle entwickelt werden. Damit war der Versuch verbunden, aus den qualitativen Daten Rückschlüsse auf die Gesamtstichprobe zu ziehen. Auch wenn sich daraus nur begrenzte Vorhersagemöglichkeiten für eine nachhaltige Rückkehr in Arbeit gewinnen ließen, zeigen sich etwa mit Blick auf die von den Befragten (FB und Interviews) attribuierten Krankheitsursachen, dass Personen mit zusätzlichen somatischen Beschwerden/Krankheiten ein höheres Risiko für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Berufsleben haben, im Durchschnitt älter, eher in Sozial- und Gesundheitsberufen mit körperlichen und psychischen Belastungen tätig sind sowie Personen, die in mittleren Führungspositionen („Sandwich“) besonderen psychischen Konfliktlagen ausgesetzt sind; in dieser Gruppe finden sich auch viele Personen, die abwechselnd psychosomatische und somatische Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen haben („Wiederholer“ und „Durchhalter“).

#### *5. Zusammengefasster Mehrwert des Mixed-Method-Vorgehens*

Ein besonderer Vorteil der Verknüpfung (Methoden-Triangulation) unterschiedlicher Datenquellen und -sorten liegt in einem konzeptionell bedeutsamen Informationszuwachs, in einer teilweisen



Kompensation der begrenzten Aussagekraft einzelner Datensorten und in einer Korrektur der Ergebnisse aus jeweils einer Datensorte durch die Rückspiegelung der Ergebnisse aus den jeweils anderen genutzten Datensorten.

Mit Blick auf unsere vorliegende Studie ermöglichte diese Herangehensweise eine vertiefte und differenzierende Analyse der Inanspruchnahmeketten, vor allem durch die Angabe subjektiver Gründe und der Rekonstruktion spezifischer Fallkonstellationen für oder gegen die Nutzung bestimmter Angebote zu einem bestimmten Zeitpunkt. Damit konnten die für unsere Studie anvisierten Fragestellungen umfassender und detaillierter beantwortet werden, wie im Folgenden anhand der empirischen Analysen gezeigt wird.

### 8.2. Zielsetzung und Überblick über die drei Datenquellen

Über die drei oben genannten verschiedenen Datenquellen wurde die Inanspruchnahme von Leistungen und Leistungsketten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen untersucht. Grundgesamtheit sind Menschen, die in 2017 eine DRV-Leistung mit der Diagnose F3 oder F4 erhalten haben und in 2018 keine DRV-Leistungen – damit liegt zumindest ein temporäres Ende einer Leistungskette vor – erhalten haben. In diesem Teilbericht werden Analysen mit Linkage-Daten dargestellt.

Das Ziel der Analysen mit den Linkage-Daten ist

- von Ergebnissen aus den Fragebögen – teils in Verbindung mit der RSD - auf die Grundgesamtheit zu schließen und
- von Ergebnissen aus den Interviews auf das Fragebogen-Sample zu schließen.

Das Mengengerüst der drei Datenquellen inklusive der Linkage-Potenziale<sup>91</sup> ist folgendes:

- RSD: Insgesamt liegen Daten von 97.833 Personen vor, davon sind 60.581 Personen in weiteren Analysen berücksichtigt, aus dieser Teilmenge wird das Sample für die Interviews der Vorstudie und die Fragebogenerhebung gezogen.
- Fragebogen: 1176 Personen haben sich Ende 2021 bis Anfang 2022 beteiligt, davon haben 56 Personen zusätzlich am Interview teilgenommen und weitere 1106 (in Summe 1162 Personen) ist ein Linkage mit den RSD-Daten möglich, 14 Personen haben dem Linkage nicht zugestimmt.

---

<sup>91</sup> Die technischen und datenschutzrechtlichen Vorbereitungen für das hier möglich gemachte Linkage waren aufwändig. Herzlicher Dank gilt allen DRV-Mitarbeitenden, die uns dies ermöglicht haben.

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

- Interviews: 70 Interviews wurden geführt und haben dem RSD-Linkage zugestimmt, davon haben 56 Personen zusätzlich den Fragebogen ausgefüllt.

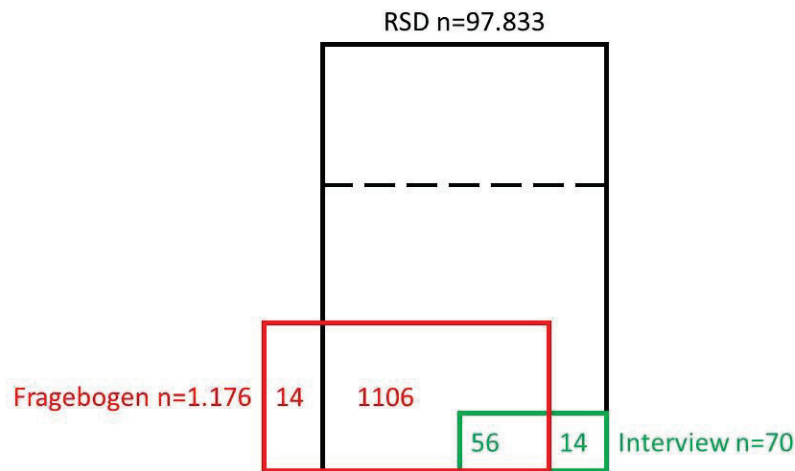


Abbildung 50: Mengengerüst der Linkage-Daten.

Daten-Linkage stellt besondere Anforderungen an den Datenschutz, herausgehoben sei:

- Das jeweilige Linkage erfolgte nach informierter Einwilligung.
- Die Fragebogenversendung erfolgt durch die DRV, der Rücklauf an die Forschendengruppe und das Linkage anhand des aufgedruckten Pseudonyms aus der RSD.
- Die Einwilligung zur Kontaktaufnahme für ein mögliches Interview erfolgte mit der Fragebogenerhebung. Vor dem eigentlichen Interview wurde noch die Einwilligung zum Linkage mit den Fragebogen und der RSD erhoben.

### 8.3. Fragebogen-Daten und Linkage zur Deskription

Ein Ziel der Fragebogenerhebung ist das Linkage mit der RSD zur weiteren Charakterisierung der dort ermittelten Gruppierungen insbesondere durch Zuspänschieben von Leistungen anderer Träger sowie Leistungen in Zeiträumen außerhalb der RSD.

Vorab seien die wesentlichen Charakteristika der RSD und des Fragebogens herausgestellt:

- Der Fragebogen umfasst einen längeren Zeitraum, d.h. die Angaben reichen sowohl nach links („vor 2010“) als auch nach rechts („nach 2018“) aus der RSD heraus.
- Die Angaben zu genutzten Leistungen wurden zeitlich deutlich gröber als in der RSD erhoben. Das bedeutet, dass die Angaben im Fragebogen nicht jährlich oder sogar monatsgenau wie in der RSD vorliegen, sondern in zeitlichen Blöcken (vor 2010, 2010-13, 2014-17, 2018 und später).

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

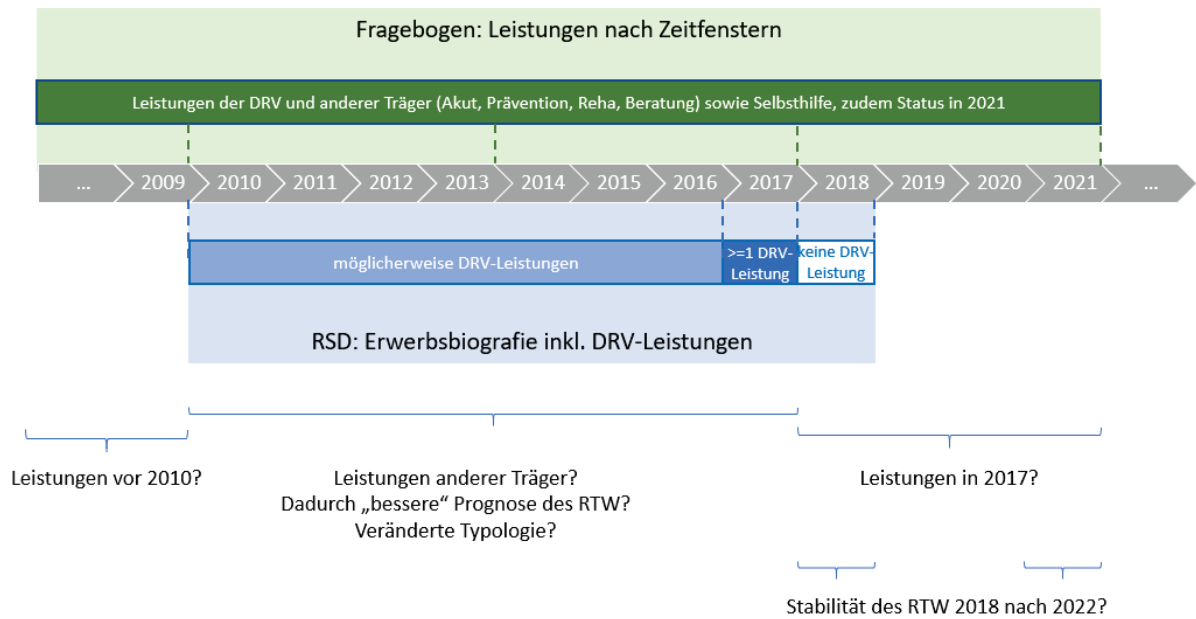


Abbildung 51: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Fragebogen und RSD sowie Fragestellungen.

Die in Abbildung 51 skizzierten Fragestellungen sind Gegenstand der weiteren Ausführungen. Zentral sind die Angaben aus dem sog. „Kalender“ (Frage 23 im Fragebogen, Abbildung 52), d.h. einzelne Leistungen in den jeweiligen zeitlichen Blöcken.

**Jetzt geht es um Ihren gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf**

23. Wir haben hier eine Art Kalender abgebildet. In der Tabelle stehen Leistungen, die Sie genutzt haben könnten. Bitte gehen Sie die Liste durch und kreuzen Sie alle Zeiträume an, in denen Sie zum Beispiel eine psychosomatische Rehabilitation, Selbsthilfeangebote usw. genutzt haben.

☞ Die Gliederung in Zeiträume soll uns dabei helfen, Vergleiche mit den statistischen Erhebungen der Rentenversicherung zu ziehen.

☞ Wenn Sie Leistungen erhalten haben, die die Grenzen des jeweiligen Zeitraums überragen, dann ordnen Sie diese bitte dem Hauptzeitraum zu.

☞ Sie können je Zeile bis zu vier Kreuze vergeben.

	bis 2009	2010- 2013	2014- 2017	2018 bis heute
Psychiatrische / Neurologische Beratung und Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Klinik / Tagesklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpsychiatrischer Dienst (z.B. beim Gesundheitsamt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Psycho-)somatische Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <u>der Rentenversicherung</u> (z.B. Qualifizierung, Integrationsmaßnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <u>der Bundesagentur für Arbeit oder Berufsgenossenschaft</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen an meinem Arbeitsplatz (z.B. Hamburger Modell, Hilfsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsärztliche Beratung und Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innerbetriebliche Veränderungen (z.B. anderer Arbeitsplatz, Arbeitszeitanpassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachsorgeangebote der Rentenversicherung (z.B. IRENA, PsyRENA, Nachsorge Apps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfeangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 52 Kalender, Frage 23 im Fragebogen.

Zur Sicherung der Datenqualität wurden einzelne Korrekturen der Angaben im Fragebogen mittels der Informationen aus der RSD vorgenommen (siehe Anhang). Die einzelnen Kalenderfragen wurden zu übergeordneten Kategorien zusammengefasst (siehe Tabelle 39).

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Tabelle 39: Zuordnung der Einzelfragen zu übergeordneten Kategorien.

Nr	Einzelfrage im Fragebogen	Kategorie
1	Psychiatrische / Neurologische Beratung und Behandlung	
2	Ambulante Psychotherapie	
3	Psychiatrische Klinik / Tagesklinik	
4	Sozialpsychiatrischer Dienst (z.B. beim Gesundheitsamt)	
5	(Psycho-)somatische Rehabilitation	
6	LTA der DRV (z.B. Qualifizierung, Integrationsmaßnahme)	
7	LTA der Bundesagentur für Arbeit oder Berufsgenossenschaft	
8	Leistungen an meinem Arbeitsplatz (z.B. Hamburger Modell, Hilfsmittel)	
9	Betriebsärztliche Beratung und Behandlung	verhältnis- bezogene Leistungen
10	Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	
11	Innerbetriebl. Veränderungen (z.B. anderer Arbeitsplatz, Arbeitszeitanpassung)	
12	Nachsorgeangebote der DRV (z.B. IRENA, PsyRENA, Nachsorge Apps)	
13	Selbsthilfeangebote	

Grau markiert sind „Leistungen der Sozialversicherung“, die für einzelne Auswertungen aggregiert werden.

### 8.3.1. Rücklauf und selection bias

Der Rücklauf der Fragebogenerhebung betrug 19,6 % (1.176 von 6.000 versendeten Fragebögen), davon 98,8% (1.162 von 1.176) mit Einwilligung zum Linkage mit der RSD.

Wie ist der Rücklauf einzuordnen?

Die Bereitschaft zum Daten-Linkage ist nahezu 100%. Dies lässt vermuten, dass die Antwortenden nicht zwischen Teilnahme an der Befragung und Einwilligung zum Daten-Linkage unterscheiden.

Spanier et al. (2015) führten eine Studie mit ähnlichem Erhebungsdesign durch: 10.000 Versicherte der DRV Bund, mit Krankengeldbezug in 2012, 40-54 Jahre alt und keine Rentenleistung sowie keine Rehabilitationsleistungen 2009-2012. Das Thema betraf aktuelle subjektive Gesundheit, Gesundheitsleistungen sowie Antragsintention. Es erfolgte ein Anschreiben plus einmalige Erinnerung. Der dortige Rücklauf betrug 32,9% (Selektion: mehr Frauen, älter), davon 82,8% mit Einwilligung zum Daten-Linkage.

Der Rücklauf ist angesichts der vergleichsweise schwierigeren Bedingungen (u.a. das eingangs beschriebene umfangreiche Informationspaket, Bezug zur RSD wenn auch anonym, Angaben zu längeren Versorgungsverläufen, Ausblick auf ein mögliches Interview, keine Erinnerung, kein incentive) in etwa im Rahmen der genannten Studie und als akzeptabel zu werten.

Aufgrund der Erhebungsmethodik kann der *selection bias* ermittelt werden, und zwar mit folgenden Fragestellungen:

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

- Welche Personengruppen haben sich an der Fragebogenerhebung vorrangig beteiligt?
- Wenn ja, inwieweit wirkt sich dies auf die Repräsentativität aus?

Zunächst wurden Merkmale ausgewählt, die für das RTW und die Zugehörigkeit zu den Untergruppen relevant sein könnten. Die Auswahl folgte theoretischen Überlegungen und den bisherigen Befunden zu den Untergruppen. In Tabelle 40 ist die Deskription dieser Merkmale dargestellt. Dabei ist nach Rücklauf ja bzw. nein unterschieden.

*Tabelle 40: Deskription ausgewählter Merkmale aus der RSD zum selection bias.*

		Antwortende	
		ja (n=1162)	nein (n=4838)
		%	%
Geschlecht (Ref.=Frauen)	Mann	23,7	25,2
Alter (Ref.=unter 39 Jahre)	39-48	18,1	22,5
	49-58	49,5	43,6
	59-63	24,6	22,9
	mit B-Ausbildung	57,7	57,0
Bildung (Ref.=keine Berufsausbildung)	Hochschule	27,2	22,5
	unbekannt	11,9	16,2
	andere	2,2	3,9
Staatsang. (Ref.=Deutsch)	ja	11,5	13,8
Somatoformer Schmerz (Ref.=nein)	ja	3,9	4,5
Depression (Ref.=nein)	ja	4,1	4,4
PTBS (Ref.=nein)	ja	12,1	13,2
Angststörung (Ref.=nein)	ja	2,1	2,1
RSD-Gruppe (Ref.= sLTA)	LMR2+	20,7	21,9
	LMRpsych1 ns-	19,2	15,0
	LMRpsych1 ns+	15,2	15,4
	LMRpsych1+	15,7	14,0
	LMRpsych2+	3,3	5,2
	IN	4,7	5,9
	Q		
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Tage mit Arbeitslosengeld im Mittel 2014-17 (*10)		1,39 (3,06)	2,06 (3,63)
Tage mit Arbeitslosengeld 2018 (*10)		3,62 (9,05)	4,14 (9,36)
Entgelt aus Beschäftigung im Mittel 2014-17 (*10.000)		0,29 (0,19)	0,24 (0,17)
Entgelt aus Beschäftigung 2018 (*10.000)		0,28 (0,21)	0,23 (0,20)

Um wechselseitige Abhängigkeiten zu erfassen, haben wir ein logistisches Regressionsmodell geschätzt. Zielgröße ist Rücklauf ja bzw. nein. Die Prädiktoren wurden empirisch selektiert anhand des AIC-Kriteriums (Rückwärtsselektion). Das finale Modell ist in Abbildung 53 dargestellt.

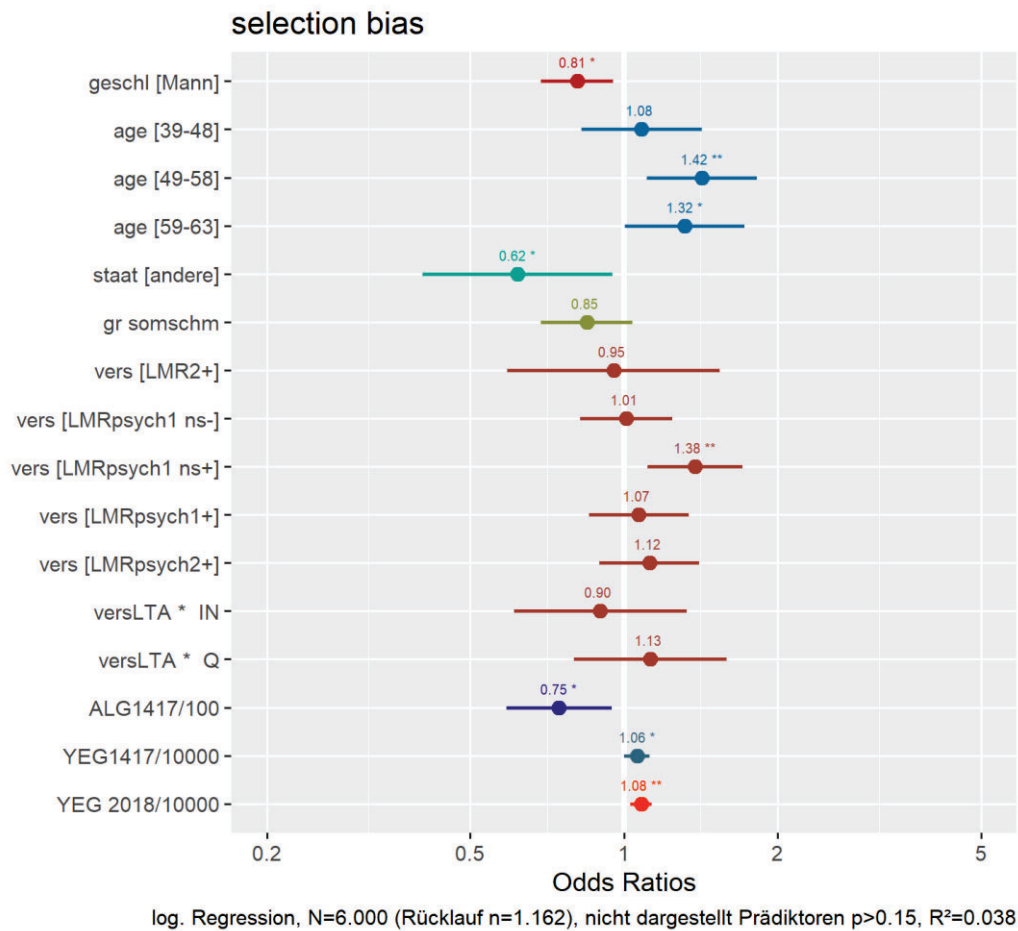


Abbildung 53: Selection bias der Fragebogenerhebung.

Antwortende Personen sind weniger Männer, höheres Alter, weniger andere Staatsangehörigkeit, weniger Personen mit somatoformem Schmerz (statistisch knapp nicht signifikant), mehr Personen mit einer psychosomatischen Reha plus Nachsorge, weniger Tage mit Arbeitslosengeld 2014-17, höheres Entgelt 2014-17 und höheres Entgelt 2018.

Nicht dargestellt, aber geprüft (selektiert weil p>0.15), sind folgende Merkmale: Wohnort Ost-West, Bildung, Arbeitslosengeld 2018, Diagnose schwere Depression bzw. PTBS bzw. Angststörung.

Die Befunde zum selection bias zeigen, dass Frauen, Ältere, Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit und Menschen mit „positiveren“ Erwerbsverläufen etwas vermehrt antworten. Unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle sind die Effektstärken jedoch nicht sonderlich deutlich ausgeprägt. Unauffällig scheinen Diagnosen, Versorgungsverläufe sowie Bildung. Die sehr geringe Modellgüte deutet darauf hin, dass eher unbeobachtete Merkmale (z.B. Krankheitsverarbeitung, Zufriedenheit mit Leistungen) für die Teilnahme ausschlaggebend sein könnten.

Die Ausfallsystematik führt zu der Frage, inwieweit die Befunde auf Basis des Fragebogenrücklaufs generalisierbar sind.

### 8.3.2. Gewichtung der Fragebogendaten

Designbedingt wurde das Fragebogensample teils disproportional geschichtet. Die designbedingte Verzerrung ist für einzelne RSD-Gruppen massiv, so dass eine Generalisierung auf die Grundgesamtheit ohne eine statistische Korrektur verzerrt ist.

Zudem kam es beim Rücklauf zu Ausfällen. Wir haben gezeigt, dass die Ausfallsystematik anhand der beobachteten Merkmale relativ gering ist (siehe vorheriges Kapitel) und dass aber unbeobachtete Heterogenität zugrunde liegen könnte.

Sollen nun auf Basis der Angaben aus den Fragebogen Aussagen für die Grundgesamtheit getroffen werden, sind die aus diesen beiden Mechanismen resultierenden Verzerrungen zu berücksichtigen.

Daher gewichten wir den Datensatz aus den Fragebögen so, dass durch die Gewichtung wieder die Verteilung der RSD-Gruppen inklusive der zugehörigen Prognosegruppen gemäß der Grundgesamtheit vorliegt. Je nach Fragestellung verwenden wir im Weiteren teils den gewichteten Datensatz und teils den ungewichteten Datensatz. Wir weisen bei den Ergebnisdarstellungen explizit darauf hin.

Tabelle 41: Grundgesamtheit und ungewichtete Daten aus den Fragebögen.

	Grundgesamtheit (RSD)					Daten aus Fragebogen ungewichtet				
	tp	fn	fp	tn	Total	tp	fn	fp	tn	Total
LTA										
Q	181	38	38	109	366	31	4	6	13	54
	49%	10%	10%	30%		57%	7%	11%	24%	
IN	113	39	47	123	322	15	4	5	14	38
	35%	12%	15%	38%		39%	11%	13%	37%	
sLTA plus LMR	676	95	69	189	1.029	31	22	6	17	76
	66%	9%	7%	18%		41%	29%	8%	22%	
sLTA plus LMRpsych	377	139	50	251	817	87	24	7	30	148
	46%	17%	6%	31%		59%	16%	5%	20%	
LMR										
LMRpsych1_ns-	16.266	4.165	2.538	7.812	30.781	41	69	96	34	240
	53%	14%	8%	25%		17%	29%	40%	14%	
LMRpsych1_ns+	1.069	348	189	513	2119	60	72	35	56	223
	50%	16%	9%	24%		27%	32%	16%	25%	
LMRpsych1+	1.200	200	264	595	2.259	62	23	55	37	177
	53%	9%	12%	26%		35%	13%	31%	21%	
LMRpsych2+	464	89	96	288	937	123	13	13	33	182
	50%	9%	10%	31%		68%	7%	7%	18%	
Summe					38630					1138

Hinweis: dargestellt sind Anzahl und Zeilen-%. Es sind nur die RSD-Gruppen aufgeführt, für die weitere Analysen erfolgen. Die Gruppe LMR2+ (Fragebogen n=24) ist sehr klein, so dass diese Gruppe nicht gewichtet wird.

LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LMR = Leistungen zur „normalen“ medizinischen Rehabilitation, Q = Qualifizierung, IN = Integration, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe), LMRpsych = psychosomatische Rehabilitation, ns = Nachsorge (z.B. Psy-RENA).

Bei der Gewichtung wurde folgendes Vorgehen gewählt.



Die gemeinsame Verteilung der Variablen, auf die angepasst wird, ist bekannt (siehe Tabelle 41, „Grundgesamtheit (RSD)“). Alle Kreuzkombinationen der Variablen sowohl in der Grundgesamtheit als auch in der Stichprobe liegen hinreichend vor und insbesondere existieren keine Nullzellen. Daher wenden wir die Poststratifikation (nachträgliche Schichtung) an. Die Kalibrierungsgewichte werden durch eine einfache Soll-/Ist-Anpassung ermittelt. Im Ergebnis resultieren daraus für die Daten aus den Fragebögen die Verteilungen aus der Grundgesamtheit. Das bedeutet: durch die Kalibrierungsgewichte wird die rechte Seite in Tabelle 41 so verändert, dass sie der linken Seite entspricht.

Wie ist die Gewichtungsmethode einzuordnen?

In der Methodenliteratur (Copas et al., 2020; Enzenbach et al., 2019; Gabler & Ganninger, 2010; Hanley, 2017) werden mehr oder weniger komplexe Gewichtungsalternativen einschließlich Vor- und Nachteile diskutiert. Folgende speziellen Aspekte seien herausgehoben. Die Angemessenheit der Gewichtung hängt insbesondere von den Variablen ab, die für die Ermittlung des Gewichts herangezogen werden. Im vorliegenden Fall sind dies Gruppierungen, die auf den vorgelagerten Analysen beruhen, und zwar die DRV-Leistungsketten gemäß der RSD-Gruppierung sowie deren Bezug zum RTW operationalisiert über die jeweiligen Prognosegruppen. Damit fließen die Modelle aus den RSD-Analysen ein und damit implizit die Variablen (Alter, Geschlecht, Erwerbsbiografie etc.), die für den RTW entscheidend sind. Wie halten dies für angemessen, insbesondere weil die Modelle in der Grundgesamtheit akzeptable bis gute Modellgüte aufwiesen.

Problematisch könnte sein, dass in einzelnen Subgruppen sehr hohe Gewichte verwendet werden. Insbesondere bei LMRpsych1\_ns- wird von sehr wenigen Personen der „true positive Gruppe“ auf sehr viele Personen hochgerechnet. Hier würden Personen mit Ausreißer-Werten besonders stark durchschlagen. Aussagen für diese Gruppen sollten mit Vorsicht interpretiert werden.

Eine Alternative wäre eine zweistufige Gewichtung, zunächst die Korrektur der unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten aufgrund der disproportionalen Schichtung und dann die Korrektur der Ausfallsystematik über z.B. soziodemographische Merkmale. Da die Ausfallsystematik wie oben beschrieben anhand der beobachteten Merkmale relativ gering ist, haben wir auf einen Vergleich der Gewichtungsmethoden verzichtet.

In der Schlussfolgerung halten wir die gewichteten Ergebnisse methodisch für weniger verzerrt als die ungewichteten Ergebnisse. Im Vorgriff auf die Ergebnisse bestätigt sich dies, weil sich die Ergebnisse auf Basis der gewichteten Daten als inhaltlich konsistenter als auf Basis der ungewichteten Daten erweisen. Bei allen Analysen, die eine Generalisierung auf die Grundgesamtheit zum Ziel haben, berichten wir sowohl die gewichteten als auch die ungewichteten Fragebogendaten.

Im Einzelnen ist die Deskription im Anhang beschrieben. Herausgehoben sei

- der hohe Frauenanteil in allen Gruppen,
- der sehr geringe Anteil von Menschen 59-63 Jahre bei den Gruppen mit Q oder IN,
- alleinleben dominiert bei IN,
- Alter bei erster ärztlicher oder psychotherapeutischer Hilfe ist bei IN und Q am jüngsten,
- Längste Dauer von erster Sozial-/Transferleistung zu DRV-Leistung (RSD 2010-17) bei IN und Q.

Die Befunde führen die bereits im Teilbericht „Auswertung der RSD“ aufgeführten Charakteristika der einzelnen RSD-Gruppen fort. Demnach scheinen die Gruppen mit LTA besonders vulnerabel zu sein.

### ***8.3.3. Ende und Beginn der Leistungskette***

Definitionsgemäß war im Datensatz der RSD die letzte DRV-Leistung in 2017 und in 2018 war keine DRV-Leistung. Auf diese Weise sollte zumindest ein temporäres Ende einer Leistungskette definiert sein. Zudem sind in der vorliegenden RSD Leistungen erst ab 2010 beobachtbar.

Im Fragebogen stehen nun umfassendere Angaben zur Verfügung. War das Ende in 2017 auf Basis der RSD nur temporär oder war es final?

Wenn im erhobenen Zeitraum ab 2018 mindestens eine der folgenden Leistungen genutzt wurde, dann liegt nach unserer Definition „nur“ ein temporäres Ende der Leistungskette vor („Akut- oder Rehabilitationsleistungen“):

- Psychiatrische Klinik / Tagesklinik oder
- (Psycho-)somatische Reha oder
- LTA der DRV oder
- LTA der BA bzw. BG

Analog werten wir für den Zeitraum bis 2009 aus. Personen, die beim Kalender keine Angaben getätigt haben, werden aus den Analysen ausgeschlossen. Das waren nur 12 Personen, so dass keine substanzielle Ausfallsystematik vorliegen dürfte.

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Tabelle 42: Beginn und Ende der Leistungskette für die RSD-Gruppen.

	Akut-/Rehaleistung ab 2018		... bis 2009		... nur 2010 bis 17	
LMRpsych1+, N = 2259 <sup>1</sup>	[53 (30%)]	738 (33%)	[44 (25%)]	595 (26%)	[96 (55%)]	1198 (53%)
LMRpsych1_ns+, N = 2119 <sup>1</sup>	[59 (27%)]	581 (27%)	[36 (16%)]	335 (16%)	[138 (62%)]	1300 (61%)
LMRpsych1_ns-, N = 30781 <sup>1</sup>	[62 (26%)]	6225 (20%)	[49 (21%)]	7650 (25%)	[139 (59%)]	18370 (60%)
LMRpsych2+, N = 937 <sup>1</sup>	[55 (31%)]	271 (29%)	[63 (35%)]	313 (33%)	[89 (49%)]	484 (52%)
LTA: IN, N = 322 <sup>1</sup>	[9 (24%)]	80 (25%)	[9 (24%)]	79 (25%)	[24 (63%)]	197 (61%)
LTA: Q, N = 366 <sup>1</sup>	[16 (30%)]	108 (29%)	[18 (33%)]	123 (34%)	[27 (50%)]	181 (49%)
LTA: sLTA plus LMR, N = 1029 <sup>1</sup>	[22 (30%)]	306 (30%)	[19 (26%)]	261 (25%)	[40 (54%)]	578 (56%)
LTA: sLTA plus LMRpsych, N = 817 <sup>1</sup>	[49 (33%)]	279 (34%)	[47 (32%)]	263 (32%)	[69 (47%)]	368 (45%)
Overall, N = 38630 <sup>1</sup>	[325 (29%)]	8588 (22%)	[285 (25%)]	9619 (25%)	[622 (55%)]	22677 (59%)

<sup>1</sup> [n (unweighted)] (% (unweighted)) n (%)

Grau markiert sind die Extremwerte der Spalte; Filter siehe Text;

LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LMR = Leistungen zur „normalen“ medizinischen Rehabilitation, Q = Qualifizierung, IN = Integration, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe), LMRpsych = psychosomatische Rehabilitation, ns = Nachsorge (z.B. Psy-RENA).

Vorab sei darauf hingewiesen, dass die Abweichungen zwischen gewichteten und ungewichteten Daten mehrheitlich bei 0 bis 3 %-Punkte liegen. Lediglich in der Gruppe LMRpsych1\_ns- (eine psychosomatische Reha ohne Nachsorge) ist eine deutlichere Abweichung bei „Leistungen ab 2018“ zu beobachten, weil dort 6%-Punkte weniger Personen ab 2018 Leistungen beziehen. Inhaltlich ist dies konsistent, da in dieser Gruppe vor allem „true positive Personen“ (prognostiziertes und tatsächliches RTW) unterdurchschnittlich ausgewählt wurden.

### „Akut-/Rehabilitationsleistungen ab 2018“ bzw. Ende der Leistungskette:

22% der Personen hatten in 2017 nur ein temporäres Ende der Leistungskette, weil danach Akut- oder Rehabilitationsleistungen erfolgt sind. Dieser niedrige Wert resultiert vor allem aus der am stärksten besetzten Gruppe LMRpsych1\_ns-. Alle anderen Gruppen liegen mehr oder weniger deutlich darüber, haben also ab 2018 häufiger weitere Reha- oder Akutleistungen genutzt. Spitzenreiter mit 34% ist die Gruppe „LTA: sLTA plus LMRpsych“ (mindestens eine psychosomatische Reha kombiniert mit sonstigen LTA). Am anderen Ende ist die Gruppe mit Integrationsleistungen (25%) - allerdings ist die Gruppe recht klein, so dass hier Unsicherheit besteht.

Die in der RSD verwendete Definition für ein Ende der DRV-Leistungen (1 Kalenderjahr leistungsfrei nach der letzten DRV-Leistung mit F3/F4 Diagnose) bedeutet, dass im Mittel bei rund 78% der Personen tatsächlich eine Leistungskette beendet ist und dass dann allenfalls stabilisierende Leistungen (z.B.

Psychotherapie, Selbsthilfe) genutzt werden. Je nach Art der bis 2017 genutzten DRV-Leistungen liegt der Anteil mit stabilem Ende bei 66-80%.

**„Akut-/Rehabilitationsleistungen bis 2009 bzw. Beginn der Leistungskette:**

75% der Personen haben ihre Leistungskette erst im Untersuchungszeitraum ab 2010 begonnen. Die Spannweite zwischen den Gruppen reicht von 66% bis 84% (mit Maximum bei den Personen mit genau einer psychosomatischen Reha mit Nachsorge). Umgekehrt: 25% der Personen haben schon vor dem RSD-Untersuchungszeitraum Akut- oder Rehabilitationsleistungen genutzt, insbesondere Personen aus den Gruppen „mindestens eine Qualifizierungsleistung“ oder „mehrere psychosomatische Rehas“.

Bei 25% der Personen begann die Leistungskette schon vor dem RSD-Untersuchungszeitraum. Die Gruppenunterschiede sind in ähnlicher Spanne wie beim Ende der Leistungskette.

**Wie oft ragt die Leistungskette über das RSD-Fenster hinaus?**

59% der Personen lagen mit ihren Akut- und Rehabilitationsleistungen innerhalb des 8-Jahres-Fensters der RSD. Die Spanne zwischen den Gruppen reicht von 45% bis 61%. Überdurchschnittlich sind dies Personen der Gruppen „Integrationsleistungen“ sowie „eine psychosomatische Reha“. Umgekehrt ragen die Gruppen „mehrere psychosomatische Rehas“ insbesondere in Verbindung mit einer sonstigen LTA sowie die Gruppe „Qualifizierungsleistungen“ über das Fenster hinaus.

**Resümee zu Beginn und Ende der Leistungskette**

Methodisch ist mit der RSD ein 8-jähriger Leistungszeitraum zu beobachten. Über die Fragebogenerhebung konnten der Zeitraum erweitert werden und relevante Leistungen anderer Träger ergänzt werden. Für Personen mit F3/F4-Diagnosen ist festzuhalten:

- 59% sind mit ihrer Leistungskette innerhalb dieses Fensters – 78% ragen nicht nach „rechts“ aus dem Zeitraum heraus und 75% nicht nach „links“.
- Das bedeutet, dass unter der Bedingung des 8-Jahres-Fensters nur bei 59% der Personen keine Verzerrungen des Leistungsverlaufs durch Rechts- oder Links-Zensierung auftreten. Zwischen den hier untersuchten RSD-Gruppen gibt es um diese Werte eine Schwankung von 14%-Punkte bis 18%-Punkte. Wer innerhalb des 8-Jahres-Fenster zwei oder mehr psychosomatische Reha erhält oder eine Qualifizierungsmaßnahme erhält, ist häufig mit weiteren Leistungen außerhalb des Fensters assoziiert.
- Rechtszensierung betrifft mindestens 22% der Personen. Unter methodischen Gesichtspunkten hat dies zur Folge, dass nur ein temporäres Ende vorliegt und dass Erfolgsanalysen zum RTW keinen Leistungsendpunkt abbilden.

### 8.3.4. War das RTW in 2018 (auf Basis der RSD) stabil bis 2021 (Fragebogen)?

Das RTW in 2018 auf Basis der RSD war definiert anhand der Beiträge aus Beschäftigung. Dabei wurde eine zeitraumbezogene Betrachtung in Verbindung einer bestimmten Einkommenshöhe zugrunde gelegt (siehe Teilbericht „Auswertungen der RSD“).

Das RTW in 2021 ist auf Basis der Selbstangaben wie folgt definiert: Erwerbssituation Vollzeit, Teilzeit oder selbständig zum Zeitpunkt der Befragung.

Auch wenn beide Operationalisierungen nicht identisch sind, vergleichen wir für die einzelnen Leistungsgruppen. Deutliche Abweichungen vom Durchschnitt gelten als bedeutsam.

Im Zentrum steht der RTW. Eingeschlossen wurden Personen mit Einwilligung zum Linkage mit der RSD, mindestens einer Kalenderangabe und gültigen Werten bei RTW.18 und RTW.21 Ausgeschlossen wurden Personen aus, die in 2021 EMR oder Altersrente beziehen.

Tabelle 43 zeigt, dass sich der RTW vergleichsweise deutlich stabilisiert (grau markiert) bei Personen mit Integrations- oder Qualifizierungsleistungen. Allerdings starten Personen mit Integrationsleistungen von einem vergleichsweise geringen RTW-Niveau.

Tabelle 43: Vergleich des RTW im Zeitverlauf für die RSD-Gruppen.

	RTW in 2018		RTW in 2021		% in 2021 - % in 2018	
LMRpsych1+, N = 2259 <sup>1</sup>	[67 (52%)]	1400 (62%)	[91 (70%)]	1587 (70%)	[18]	8
LMRpsych1_ns+, N = 2119 <sup>1</sup>	[119 (63%)]	1417 (67%)	[158 (84%)]	1757 (83%)	[21]	16
LMRpsych1_ns-, N = 30781 <sup>1</sup>	[99 (51%)]	20431 (66%)	[151 (77%)]	24432 (79%)	[26]	13
LMRpsych2+, N = 937 <sup>1</sup>	[108 (80%)]	553 (59%)	[105 (78%)]	671 (72%)	[-2]	13
LTA: IN, N = 322 <sup>1</sup>	[19 (53%)]	152 (47%)	[30 (83%)]	263 (82%)	[30]	35
LTA: Q, N = 366 <sup>1</sup>	[31 (65%)]	219 (60%)	[39 (81%)]	297 (81%)	[16]	21
LTA: sLTA plus LMR, N = 1029 <sup>1</sup>	[44 (71%)]	771 (75%)	[52 (84%)]	913 (89%)	[13]	14
LTA: sLTA plus LMRpsych, N = 817 <sup>1</sup>	[95 (77%)]	516 (63%)	[101 (82%)]	627 (77%)	[5]	14
Overall, N = 38630 <sup>1</sup>	[582 (63%)]	25459 (66%)	[727 (79%)]	30546 (79%)	[16]	13

<sup>1</sup> [n (unweighted) (% (unweighted))] n (%)

Grau markiert sind deutliche zeilenweise Abweichungen von Durchschnitt nach oben; Filter siehe Text.

LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LMR = Leistungen zur „normalen“ medizinischen Rehabilitation, Q = Qualifizierung, IN = Integration, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe), LMRpsych = psychosomatische Rehabilitation, ns = Nachsorge (z.B. Psy-RENA).

Methodisch zeigen alle RSD-Gruppen, die bei den true-positive Personen im Sample unterdurchschnittlich besetzt sind (LMRpsych1+, LMRpsych1\_ns+, LMRpsych1\_ns-, LTA: sLTA plus

LMR) nach der Gewichtung höhere Werte beim RTW in 2018. Dies ist ein deutliches Argument für die Angemessenheit der Gewichtung.

**Resümee zur Stabilität des RTW im Zeitverlauf:**

- Aufgrund der unterschiedlichen RTW-Operationalisierungen sind zeitliche Entwicklungen nur mit Unsicherheit zu analysieren. Methodisch wären RSD-Analysen mit längeren Zeiträumen geeigneter.
- Die Gruppe mit den deutlichsten Steigerungen sind Personen mit Integrations- oder Qualifizierungsleistungen.

**8.3.5. Was haben die Personen jenseits der DRV-Leistungen genutzt?**

In der RSD sind zwangsläufig nur DRV-Leistungen dokumentiert. Im Fragebogen wurden weitere Leistungen erhoben und zeitlich gegliedert. Nachfolgend sind diese Leistungen (dichotom) bis inklusive 2017 sowie ab 2018 dargestellt (Tabelle 44). Wir betrachten die Personen, die dem Linkage mit der RSD zugestimmt haben und mindestens eine Kalenderangabe getätigt haben. Wir berichten die gewichteten und die ungewichteten Werte, aus Gründen der Übersichtlichkeit nur die relativen Häufigkeiten.

Bis zum Jahr 2017:

- 73% der Personen haben ambulante Psychotherapie genutzt, am häufigsten die Personen mit „Integrationsleistungen“ (87%).
- 59% der Personen haben psychiatrische / neurologische Beratung und Behandlung, am häufigsten die Personen mit „Qualifizierungsleistungen“ (83%).
- 45% haben am Arbeitsplatz verhältnisbezogene Anpassungen umgesetzt.
- 31% waren mindestes einmal in einer Psychiatrischen Klinik / Tagesklinik.
- Personen mit IN sind bei fast allen Leistungen vergleichsweise häufiger vertreten (Sozialpsychiatrischer Dienst, Tagesklinik, LTA von anderen Trägern) – nur bei arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen sind sie deutlich unterdurchschnittlich. Dies deutet darauf hin, dass diese Gruppe eine hohe Vulnerabilität aufweist.
- Ab dem Jahr 2018 und bis 2021, also nach dem RSD-Zeitraum:
  - 47% der Personen nutzen ambulante Psychotherapie. Mehrheitlich sind dies Personen aus den Gruppen mit psychosomatischer Reha, die evtl. noch mit sonstigen LTA kombiniert sind.
  - 44% der Personen haben psychiatrische / neurologische Beratung und Behandlung,

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

- Personen mit IN oder Q nutzen mehrheitlich unterdurchschnittlich die erfragten Leistungen. Dies passt zu der Verlaufskurve (siehe Hauptbericht) und der Grundidee von LTA, dass sie eher am Ende der Leistungskette verortet sind.

Die ergänzenden Leistungen wurden hier einzeln untersucht. Weitere Potenziale könnten in der Kombination von Leistungen liegen, z.B. durch die Kombination mit arbeitsplatzbezogenen Interventionen (Nieuwenhuijsen et al., 2020).

Table 44: Weitere Leistungen der Personen der RSD-Gruppen.

	Ambulante Psychotherapie	psychiatrische / neurologische Beratung und Behandlung	Sozialpsychiatrischer Dienst	Psychiatr. Klinik / Tagesklinik	Verhältnisse Arbeitsplatz	Verhalten (Selbsthilfe)	LTA der BA oder BG	Nachsorge DRV
<b>bis 2017</b>								
LMRpsych1+, N = 2259 <sup>1</sup>	[66%] 67%	[64%] 67%	[3.4%] 3.1%	[26%] 23%	[47%] 48%	[9.2%] 9.3%	[9.2%] 9.4%	[42%] 44%
LMRpsych1_ns+, N = 2119 <sup>1</sup>	[81%] 83%	[61%] 57%	[7.2%] 6.4%	[32%] 32%	[43%] 46%	[7.7%] 8.3%	[7.7%] 6.2%	[100%] 100%
LMRpsych1_ns-, N = 30781 <sup>1</sup>	[77%] 72%	[60%] 57%	[2.5%] 2.2%	[30%] 32%	[46%] 43%	[9.7%] 9.2%	[7.2%] 5.7%	[9.7%] 13%
LMRpsych2+, N = 937 <sup>1</sup>	[81%] 80%	[75%] 75%	[3.3%] 3.7%	[34%] 34%	[54%] 52%	[17%] 17%	[4.4%] 4.9%	[33%] 34%
LTA: IN, N = 322 <sup>1</sup>	[87%] 87%	[76%] 77%	[18%] 19%	[66%] 65%	[34%] 34%	[16%] 16%	[18%] 19%	[34%] 33%
LTA: Q, N = 366 <sup>1</sup>	[80%] 79%	[81%] 83%	[13%] 13%	[46%] 44%	[41%] 41%	[15%] 14%	[11%] 11%	[37%] 38%
LTA: sLTA plus LMR, N = 1029 <sup>1</sup>	[55%] 53%	[49%] 46%	[4.1%] 3.0%	[23%] 17%	[57%] 57%	[16%] 16%	[8.1%] 8.4%	[58%] 54%
LTA: sLTA plus LMRpsych, N = 817 <sup>1</sup>	[82%] 84%	[68%] 71%	[5.4%] 6.4%	[32%] 36%	[65%] 63%	[16%] 15%	[2.7%] 3.0%	[32%] 32%
Overall, N = 38,630 <sup>1</sup>	[76%] 73%	[65%] 59%	[5.2%] 2.9%	[32%] 31%	[50%] 45%	[12%] 9.7%	[7.2%] 6.1%	[44%] 22%
<b>2018-21</b>								
LMRpsych1+, N = 2259 <sup>1</sup>	[43%] 41%	[51%] 53%	[2.3%] 2.2%	[9.2%] 8.5%	[22%] 22%	[9.8%] 11%	[4.0%] 5.1%	[6.9%] 8.3%
LMRpsych1_ns+, N = 2119 <sup>1</sup>	[50%] 54%	[46%] 46%	[2.7%] 2.4%	[12%] 12%	[28%] 32%	[11%] 13%	[4.1%] 3.1%	[29%] 31%
LMRpsych1_ns-, N = 30781 <sup>1</sup>	[47%] 47%	[40%] 43%	[0.8%] 0.2%	[12%] 7.9%	[25%] 26%	[11%] 9.2%	[6.4%] 3.6%	[3.4%] 3.2%
LMRpsych2+, N = 937 <sup>1</sup>	[42%] 41%	[56%] 52%	[0.6%] 0.4%	[5.6%] 5.4%	[28%] 25%	[8.9%] 9.7%	[2.8%] 3.1%	[7.2%] 7.5%
LTA: IN, N = 322 <sup>1</sup>	[34%] 34%	[39%] 40%	[2.6%] 2.7%	[11%] 11%	[13%] 13%	[7.9%] 7.7%	[2.6%] 2.7%	[5.3%] 5.1%
LTA: Q, N = 366 <sup>1</sup>	[33%] 31%	[43%] 43%	[1.9%] 2.6%	[17%] 15%	[19%] 18%	[15%] 15%	[3.7%] 4.9%	[11%] 11%
LTA: sLTA plus LMR, N = 1029 <sup>1</sup>	[41%] 41%	[36%] 30%	[0%] 0%	[8.1%] 4.9%	[42%] 48%	[6.8%] 7.7%	[2.7%] 1.6%	[15%] 16%
LTA: sLTA plus LMRpsych, N = 817 <sup>1</sup>	[55%] 55%	[55%] 56%	[1.4%] 1.6%	[14%] 15%	[41%] 38%	[14%] 13%	[0.7%] 0.9%	[6.8%] 6.7%

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Overall, N = 38630 <sup>1</sup>	[46%] 47%	[47%] 44%	[1.5%] 0.5%	[11%] 8.2%	[28%] 27%	[11%] 9.5%	[3.7%] 3.5%	[11%] 5.7%
---------------------------------	--------------	--------------	----------------	---------------	--------------	---------------	----------------	---------------

<sup>1</sup> [% (unweighted)] %; auf n wurde aus Platzgründen verzichtet; grau markiert sind jeweils die Extremwerte; Filter siehe Text; LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LMR = Leistungen zur „normalen“ medizinischen Rehabilitation, Q = Qualifizierung, IN = Integration, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe), LMRpsych = psychosomatische Rehabilitation, ns = Nachsorge (z.B. Psy-RENA).

### 8.3.6. Wie viele Leistungen der Sozialversicherung haben die Personen erhalten?

In der RSD sind zwangsläufig nur DRV-Leistungen dokumentiert. Im Fragebogen wurden weitere Leistungen erhoben und zeitlich gegliedert. Nachfolgend sind die Anzahl der Leistungen (soweit von der Sozialversicherung getragen) in den Zeitfenstern bis inkl. 2017 dargestellt – im Weiteren dann bis 2021 (Tabelle 45). Eingeschlossen sind alle Personen, die dem Linkage mit der RSD zugestimmt und mindestens eine Kalenderangabe getätigt haben. Wir berichten ausschließlich auf Basis der gewichteten Werte, da die ungewichteten Werte tendenziell ähnlich sind.

Vergleichsweise mehr Leistungen der Sozialversicherung haben die Gruppen mit Qualifizierungs- oder Integrationsleistungen sowie mit mindestens zwei psychosomatischen Rehabilitationen erhalten – sowohl bis 2017 als auch bis zum Ende des Beobachtungszeitraums.

Auffällig ist, dass Personen mit einer psychosomatischen Rehabilitation mit Nachsorge ebenfalls sehr viele Leistungen der Sozialversicherung nutzen. Dies muss der Erhebungslogik folgend vor allem in Leistungen begründet sein, die nicht DRV-Leistungen sind.

Tabelle 45: Anzahl der Leistungen der Sozialversicherung nach RSD-Gruppen.

	Anzahl der Leistungen der Sozialversicherung	
	bis 2017	... bis 2021
LMRpsych1+, N = 2259 <sup>1</sup>	4.84 (2.35)	6.31 (2.95)
LMRpsych1_ns+, N = 2119 <sup>1</sup>	5.26 (2.19)	7.05 (2.93)
LMRpsych1_ns-, N = 30781 <sup>1</sup>	4.31 (2.47)	5.53 (2.86)
LMRpsych2+, N = 937 <sup>1</sup>	5.82 (2.49)	7.21 (2.98)
LTA: IN, N = 322 <sup>1</sup>	6.74 (2.18)	7.94 (2.98)
LTA: Q, N = 366 <sup>1</sup>	7.00 (2.77)	8.36 (3.35)
LTA: sLTA plus LMR, N = 1029 <sup>1</sup>	4.41 (2.64)	5.79 (3.04)
LTA: sLTA plus LMRpsych, N = 817 <sup>1</sup>	5.68 (2.87)	7.44 (3.58)
Overall, N = 38630 <sup>1</sup>	4.51 (2.51)	5.79 (2.95)

<sup>1</sup> Mean (SD)

grau markiert sind Abweichung >=1



Die Angaben sind eine Näherung, weil die einzelnen Leistungen dichotom in 4-Jahres-Fenstern erhoben werden und zudem subjektive Angaben vorliegen (Erinnerungsverzerrung). Für den Vergleich der Gruppen ist dies jedoch nachrangig, da davon alle Gruppen gleich betroffen sind.

### 8.3.7. Welche Leistungen gehen EMR in 2021 voraus?

Im Fragebogen wurde der aktuelle Erwerbsstatus erhoben. Nachfolgend interessieren die Leistungen, die der Erwerbsminderungsrente vorausgingen (vgl. Tabelle 46). Dieses Thema ist vielfältig relevant (Henn et al., 2021). Eingeschlossen sind wiederum Personen, die dem Linkage mit der RSD zugestimmt und mindestens eine Kalenderangabe getätigt haben. Ausgeschlossen sind Personen, die zum Erhebungszeitpunkt in Altersrente sind.

Personen mit Erwerbsminderungsrente in 2021, die definitionsgemäß in 2017 noch ohne Rentenbezug waren, haben im Zeitraum 2018-2021 häufiger genutzt:

- Ambulante Psychotherapie
- Psychiatrische / neurologische Beratung und Behandlung
- Psychiatrische Klinik / Tagesklinik
- Verhalten (Selbsthilfe)

Wir berichten nur für die ungewichteten Daten, da die Gewichtungen insbesondere auf den RTW ausgerichtet sind und damit für diese Fragestellung wenig zielführend erscheinen.

Tabelle 46: Leistungen 2017-2021 bei Status Erwerbsminderungsrente 2021 (und in 2017 ohne Erwerbsminderungsrente).

Merkmal	nein, N = 936 <sup>1</sup>	ja, N = 72 <sup>1</sup>	p-value <sup>2</sup>
Ambulante Psychotherapie	431 (46%)	45 (63%)	<b>0.007</b>
Psychiatrische / neurologische Beratung und Behandlung	430 (46%)	55 (76%)	<b>&lt;0.001</b>
Sozialpsychiatrischer Dienst	17 (1.8%)	2 (2.8%)	0.6
Psychiatrische Klinik / Tagesklinik	99 (11%)	16 (22%)	<b>0.003</b>
Verhältnisse Arbeitsplatz	292 (31%)	20 (28%)	0.5
Verhalten (Selbsthilfe)	107 (11%)	14 (19%)	<b>0.044</b>
LTA der BA oder BG	37 (4.0%)	1 (1.4%)	0.5
Nachsorge DRV	108 (12%)	10 (14%)	0.5

<sup>1</sup>n (%) von insgesamt 1008 Personen

<sup>2</sup>Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

Datensatz ungewichtet

## 8.4. Fragebogen-Daten und Linkage zur RTW-Prognose

Ziel der nachfolgenden Ausführungen ist es, zu prüfen inwieweit die RSD ergänzende Fragebogendaten zu verbesserten Prognosen des RTW führen. Insbesondere interessieren dabei die Leistungen anderer Träger. Der erwartete Nutzen liegt darin,

- dass die unbeobachtete Heterogenität in den bisherigen Analysen (also allein auf Basis der RSD, siehe Prognosemodelle im Teilbericht „Auswertung der RSD“) weiter aufgeklärt und damit das Potenzial für Linkage-Daten deutlich wird;
- dass Kennzeichen erfolgreicher Leistungsketten ermittelt werden, die handlungsleitend für die Planung und Steuerung von Leistungsketten sein könnten.
- Zunächst aggregieren wir fallzahlbedingt und nach inhaltlichen Kriterien einzelne RSD-Gruppen (siehe Tabelle 47).

Tabelle 47: Aggregierte Gruppen für die weiteren Analysen.

Nr.	RSD-Gruppe	N	%	Aggregierte Gruppe für die weiteren Analysen
(1)	LMRpsych1+	180	15,31	Mehrere med. Reha, davon mind. 1 psychosomatische Reha
(1)	LMRpsych2+	184	15,65	
(1)	LTA: sLTA plus LMRpsych	150	12,76	
(2)	LTA: IN	39	3,32	Mindestens eine Qualifizierungs- oder Integrationsleistung
(2)	LTA: Q	54	4,59	
(3)	LMRpsych1_ns-	240	20,41	1 psychosomatische Reha ohne Nachsorge
(4)	LMRpsych1_ns+	224	19,05	1 psychosomatische Reha mit Nachsorge
-	LTA: sLTA plus LMR	79	6,72	Keine Analyse, weil bei „normaler“ med. Reha unklar ist
-	LMR2+	26	2,21	inwieweit die psychische Erkrankung im Vordergrund steht. Zudem ist die Fallzahl gering.

Anmerkungen: Personen mit Einwilligung zum RSD-Linkage, mit mind. einer Kalenderangaben und mit gültigen Werten bei Bildung und Alter bei erster Inanspruchnahme psychologischer oder ärztlicher Hilfe.

Für jede dieser aggregierten Gruppen ermitteln wir hierarchisch aufbauende Prognosemodelle für das RTW in 2018.

Im Basismodell werden für die jeweilige aggregierte Gruppe wesentliche RSD-Merkmale aufgenommen. Das Prädiktorenset für das Basismodell musste folgenden Anforderungen genügen:

- Mindestens ein Merkmal aus den Merkmalsgruppen, die auch bereits im Teilbericht „Auswertungen der RSD“ die Grundlage waren: Soziodemografie, Erwerbsbiografie, Rehabilitationsbiografie und Arbeitsmarkt.
- In den Prognosemodellen der Grundgesamtheit bereits bedeutsam.

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

- Der Prädiktor ist statistisch signifikant oder theoretisch bedeutsam (z.B. Alter, weil im Weiteren auch das Alter bei der ersten Inanspruchnahme psychologischer oder ärztlicher Hilfe aufgenommen wird).

Gegenüber den Modellen aus der ersten Projektphase verwenden wir hier weniger Prädiktoren. Dies gründet vor allem in der deutlich reduzierten Fallzahl im Fragebogendatensatz, so dass jetzt nur noch vergleichsweise deutliche Effekte statistisch signifikant sind.

Das Basismodell soll blockweise um neue Merkmale erweitert werden. Dabei soll das Prognosepotenzial folgender Merkmalsgruppen überprüft werden:

- Block 1: Akut- oder Rehabilitationsleistungen vor dem RSD-Beobachtungszeitraum (also bis 2009), um das Thema Linkszensierung global abzubilden.
- Block 2: Leistungen anderer Träger und sonstige Inanspruchnahmen vor und parallel zum RSD-Beobachtungszeitraum.
- Block 3: Biografische Daten (Bildung, Alter beim psychisch bedingten Eintritt in das Versorgungssystem) sowie die Attribuierung der psychischen Erkrankung. Zur Bildung siehe nachfolgendes Kapitel.
- Final: Zuletzt werden die wichtigsten Prädiktoren aus jedem Block (hier  $p < 0.2$ ) in einem finalen Modell überprüft.
- Wir vergleichen die Modelle anhand des Pseudo- $R^2$  nach Nagelkerke.

Wir haben in allen Analysegruppen Modelle mit gewichteten und ungewichteten Daten verwendet. Die Schätzer der Basismodelle mit den gewichteten Daten waren jeweils dichter an den Modellen, die wir für die Grundgesamtheit ermittelt haben (exemplarische siehe Tabelle 48). Dies traf insbesondere auf die Gruppen zu, bei denen das Fragebogensample disproportional gezogen wurde<sup>92</sup>. Zudem war die Modellgüte mit den gewichteten Daten höher und näher an den Modellen für die Grundgesamtheit. Daher ermitteln wir alle Modelle mit den gewichteten Daten<sup>93</sup>.

---

<sup>92</sup> LMRpsych1\_ns- und LMRpsych1\_ns+: bei diesen beiden Gruppen hatte der Schätzer für den Beschäftigungsstatus 3 Monate vor der Reha bei den ungewichteten Daten das entgegengesetzte Vorzeichen. Dies dürfte darin gründen, dass die „true positive Gruppe“ (also das tatsächliche positive RTW wird vom Modell korrekt vorhergesagt) im Sample deutlich unterrepräsentiert war. Weniger deutlich waren die Artefakte bei sLTA plus LMR und LMRpsych1+.

<sup>93</sup> Wir verwenden für die Modelle den Befehl `svyglm` aus dem R-Paket `survey`.

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Tabelle 48: Modellvergleich von Fragebogendaten ungewichtet und gewichtet mit der Grundgesamtheit.

Predictors	Fragebogen ungewichtet		Fragebogen gewichtet		Grundgesamtheit (RSD)	
	OR	$p$	OR	$p$	OR	$p$
(Intercept)	0.12	<0.001	0.07	<0.001	0.17	<0.001
sex [Mann]	0.44	0.005	0.34	0.001	0.51	<0.001
age18kf39-48	1.82	0.268	1.35	0.613	1.20	0.311
age18kf49-58	1.40	0.497	1.21	0.727	1.17	0.358
age18kf59-63	0.50	0.175	0.31	0.037	0.46	<0.001
ALO	1.14	0.013	1.18	0.006	1.04	0.023
TEG 1416	1.02	<0.001	1.02	<0.001	1.02	<0.001
bes3m	3.17	<0.001	3.84	<0.001	4.94	<0.001
dau	0.99	0.093	0.99	0.020	1.00	0.006
Observations	497		497		4013	

Anmerkung: Zielgröße RTW.2018 für die aggregierte Gruppe aus "LMRpsych1+", "LMRpsych2+", "LTA: sLTA plus LMRpsych"

### 8.4.1. Exkurs: zur Validität der Bildungsmerkmale

Das Daten-Linkage ermöglicht eine Gegenüberstellung von gleichen Informationen aus zwei Datenquellen. Aus der RSD wurde ein Bildungsmerkmal aus der Schulbildung und Berufsbildung abgeleitet. Basis sind Selbstangaben der Versicherten. Trotz der Merkmalskombination verblieben einige Missings. Im Fragebogen wurden vergleichbare Informationen erhoben. Diese beiden Datenquellen sind in Tabelle 49 kreuztabelliert.

Festzuhalten bleibt, dass die sich entsprechenden Kategorien mehrheitlich korrekt besetzt sind und auch die Randverteilungen sehr ähnlich sind. Allerdings verbleiben auch deutliche Abweichungen in einzelnen Zellen. Berufsausbildung bei der RSD ist im Fragebogen recht häufig Fachhochschule oder Uni. Umgekehrt ist bei der RSD Hochschule häufig Lehre/Fachschule im Fragebogen. Bei der RSD „unbekannt“ verteilt sich recht ähnlich auf alle Niveaus beim Fragebogen, so dass eine Zuordnung zu einer einzelnen Bildungskategorie nicht sinnvoll erscheint.

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Tabelle 49: Bildung in der RSD und im Fragebogen.

		Fragebogen					Total
		ohne B-Ausbildung	Lehre	Fachschule	Fachhochschule	Universität	
RSD	ohne Ausbildung	14 (52%)	14 (3%)	6 (2%)	3 (2%)	1 (1%)	38 (3%)
	mit B-Ausbildung	9 (33%)	397 (73%)	174 (67%)	62 (36%)	20 (14%)	662 (58%)
	Hochschule	0 (0%)	60 (11%)	51 (20%)	90 (52%)	109 (75%)	310 (27%)
	unbekannt	4 (15%)	70 (13%)	29 (11%)	18 (10%)	16 (11%)	137 (12%)
	Total	27 (2%)	541 (47%)	260 (23%)	173 (15%)	146 (13%)	1147 (100%)

Die Bildungsmerkmale der RSD werden mit den Angaben aus der letzten vorliegenden DEÜV von Arbeitgebern beschickt. Die Güte liegt in Verantwortung der Arbeitgeber. Zudem fließen im Bewilligungsprozess von Rehabilitationsleistungen dazu Informationen ein, siehe dazu die Codepläne zur RSD sowie die Überblicksarbeit von Bestmann (2008). Alles in allem ist die Validität unsicher. Allerdings sind Selbstangaben im Fragebogen möglicherweise auch verzerrt und nicht überprüfbar.

In den weiteren Analysen soll Bildung als Prädiktor für den RTW verwendet werden. Wir entscheiden uns für die Operationalisierung im Fragebogen.

### 8.4.2. Mehrere med. Reha, davon mindestens eine psychosomatische Reha

Die aggregierte Gruppe „Mehrere med. Reha, davon mindestens eine psychosomatische Reha“ ist ein Zusammenschluss der RSD-Gruppen LMRpsych1+, LMRpsych2+ und sLTA plus LMRpsych.

Einige Befunde seien herausgestellt:

- Das Basismodell erklärt  $R^2=41,75\%$ . Die ergänzenden Fragebogendaten verbessern im finalen Modell die Prognosen auf  $R^2=47,05\%$ . Das ist eine relative Steigerung von 12,69%.
- Im Basismodell zeigen sich die wesentlichen Prädiktoren aus den Modellen der Grundgesamtheit. Herausgehoben sei das Merkmal „dau“ für das RTW: je kürzer die Dauer von erster Sozial- oder Transferleistung bis zur ersten DRV-Reha, desto höher das RTW. Dieses Merkmal bleibt auch bei ergänzenden Daten bedeutsam.
- Sehr lang zurückliegende (also bis 2009) Reha- oder Akutleistungen haben keinen Einfluss auf das RTW.
- Von den Nicht-DRV-Leistungen hemmen das RTW die Akutleistungen (Psychiatrie/Tagesklinik) und fördern das RTW die arbeitsplatzbezogenen Anpassungen.

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

- Ohne Bedeutung für das RTW scheinen ambulante Psychotherapie, Psychiatrische / Neurologische Beratung und Behandlung, LTA anderer Träger sowie verhaltensbezogene Aktivitäten (allerdings ist hier nur „Selbsthilfe“ operationalisiert),
- Bei den personenbezogenen Merkmalen ist für das RTW förderlich jüngeres Alter bei erster ärztlicher/psychologischer Hilfe und eine Fachschulbildung gegenüber Lehre.
- Der vergleichsweise stärkste Prädiktor ist der Beschäftigungsstatus 3 Monate vor der letzten Leistung (RSD-Merkmal) sowie die Bildung.

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

*Tabelle 50: Prognose des RTW in 2021 mit Linkage-Daten für die Gruppe „Mehrere med. Reha, davon mindestens eine psychosomatische Reha“.*

Predictors	Basismodell		Block 1		Block 2		Block 3		final	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
(Intercept)	0.07	<0.001	0.07	<0.001	0.08	0.001	0.13	0.012	0.23	0.057
sex [Mann]	0.34	0.001	0.35	0.001	0.38	0.003	0.37	0.004	0.39	0.007
age18kf39-48	1.35	0.613	1.28	0.687	1.53	0.499	1.72	0.419	2.05	0.296
age18kf49-58	1.21	0.727	1.12	0.832	1.13	0.831	1.54	0.498	1.60	0.482
age18kf59-63	0.31	0.037	0.28	0.027	0.29	0.040	0.46	0.258	0.48	0.296
ALO	1.18	0.006	1.17	0.008	1.17	0.009	1.18	0.004	1.18	0.005
TEG 1416	1.02	<0.001	1.02	<0.001	1.02	<0.001	1.02	<0.001	1.02	<0.001
bes3m	3.84	<0.001	3.79	<0.001	4.04	<0.001	3.72	<0.001	3.74	<0.001
dau	0.99	0.020	0.99	0.013	0.99	0.019	0.99	0.006	0.99	0.006
lei bis2009			1.32	0.310						
f23d akut b17					0.46	0.004			0.45	0.004
f23d berat psyneur b17					0.88	0.640				
f23d psyther b17					1.09	0.744				
f23d verhaelt arb b17					1.80	0.015			1.86	0.008
f23d verhalten b17					1.31	0.454				
f23d lta andere b17					1.08	0.889				
age psy hilfe							0.98	0.051	0.97	0.011
gru chron							1.35	0.246		
bild5 [Fachschule]							2.15	0.014	2.07	0.025
bild5 [Fachhochschule]							1.67	0.178	1.60	0.216
bild5 [Uni]							1.44	0.395	1.51	0.327
bild5 [keine Berufsausb]							0.43	0.236	0.53	0.371
Observations	497		497		497		497		497	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.4175		0.4197		0.4471		0.4447		0.4705	
delta zu RSD (rel.)	0.0000		0.0053		0.0709		0.0651		0.1269	

Anmerkung: logistische Regression für den RTW in 2021, gewichtete Daten.

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Die Leistungen in Block 2 und final werden dichotomisiert. Die Verwendung als Zählvariable durch Auszählen der Markierungen war ohne empirischen Mehrwert. Angesichts der Limitation durch die blockweisen Zeitfenster und Erinnerungs-Bias erscheint die dichotomisierte Variante belastbarer.

### 8.4.3. Mindestens eine Qualifizierungs- oder Integrationsleistung

Die aggregierte Gruppe „Mindestens eine Qualifizierungs- oder Integrationsleistung“ ist ein Zusammenschluss der RSD-Gruppen Q und IN. Die Bildungsvariable ist in der Ausprägung „keine Berufsausbildung“ nur mit 3 Personen besetzt. Wir aggregieren Lehre, Fachschule und keine Berufsausbildung zu einer Kategorie (n=69) und belassen die übrigen Kategorien Fachhochschule (n=11) und Uni (n=10).

Tabelle 51: Prognose des RTW in 2021 mit Linkage-Daten für die Gruppe „Mindestens eine Qualifizierungs- oder Integrationsleistung“.

Predictors	Basismodell		Block 1		Block 2		Block 3		final	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
(Intercept)	0.00	<0.001	0.00	<0.001	0.00	<0.001	0.00	0.003	0.00	<0.001
TEG 1416	1.02	0.001	1.03	<0.001	1.02	0.004	1.02	0.001	1.03	0.001
bes 1	1.04	0.015	1.04	0.025	1.05	0.004	1.06	0.026	1.06	0.019
SOZ 1sum	1.10	0.005	1.09	0.021	1.12	0.002	1.11	0.014	1.10	0.027
IN	1.26	<0.001	1.30	<0.001	1.20	0.005	1.26	0.001	1.31	0.001
Q	1.17	<0.001	1.19	<0.001	1.14	0.001	1.17	<0.001	1.19	<0.001
lei bis2009			3.00	0.056					4.03	0.036
f23d akut b17					1.34	0.540				
f23d berat psyneur b17					0.43	0.260				
f23d psyther b17					4.22	0.054			1.86	0.413
f23d verhaelt arb b17					1.57	0.416				
f23d lta andere b17					0.80	0.723				
age psy hilfe							0.98	0.433		
gru chron							1.31	0.693		
bild3 [Fachhochschule]							0.63	0.600	0.55	0.546
bild3 [Uni]							13.24	0.007	15.09	0.002
Observations	90		90		90		90		90	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.3726		0.4090		0.4231		0.4429		0.4893	
delta zu RSD (rel.)	0.0000		0.0977		0.1355		0.1887		0.3132	

Anmerkung: logistische Regression für den RTW in 2021, gewichtete Daten.



Einige Befunde seien herausgestellt:

- Das Basismodell erklärt  $R^2=37,26\%$ . Die ergänzenden Fragebogendaten verbessern im finalen Modell die Prognosen auf  $R^2=48,93\%$ . Das ist eine relative Steigerung von 31,32%.
- Im Basismodell zeigen sich die wesentlichen Prädiktoren aus den Modellen der Grundgesamtheit.
- Der RTW-Erfolg steigt deutlich, wenn die Leistungskette schon vor 2010 begonnen hat. Dies deutet darauf hin, dass eine lange Leistungskette vorliegt und dass die LTA der Endpunkt sind.
- Ergänzende Leistungen scheinen den RTW nicht eindeutig zu bedingen. Die Deskriptionen aus den vorherigen Kapiteln zeigten, dass die Personen vergleichsweise viele Leistungen erhalten. Möglicherweise ist hier zu wenig Varianz in den Prädiktoren.
- Tendenziell scheint ambulante Psychotherapie zu stützen. Allerdings wird der Effekt deutlich überlagert, wenn frühe Akut- oder Rehabilitationsleistungen aufgenommen werden.
- Ein extrem hoher Stützfaktor ist ein Uni-Abschluss. Möglicherweise sind hier besser Bewältigungsstrategien möglich. Allerdings ist diese Teilgruppe nur gering besetzt, so dass hier vorsichtig interpretiert werden sollte.
- Das Merkmal „dau“ war anders als im vorherigen Kapitel für das RTW nicht bedeutsam. Dies könnte darin gründen, dass sehr lange Leistungsketten vorliegen und damit der RSD-Zeitraum durch Linkszensierung für dieses Merkmal wenig aussagekräftig ist.

## 8.5. Interview-Daten und Linkage

Es wurden in Summe 70 Interviews realisiert. Die qualitativen Auswertungen dazu sind im Hauptbericht beschrieben. Im Ergebnis wurden u.a. folgenden Gruppen abgeleitet:

1. Verlaufsgruppen in zwei Granularitäten
2. Attributionsgruppen

Diese Gruppen werden im Weiteren durch das Linkage mit der RSD (n=70) bzw. den Fragebogen-Daten (n=56) näher beschrieben.

Zudem werden Modelle für das Interview-Sample geschätzt und auf die Fragebogen-Daten angewendet.

### *8.5.1. Synopse der Gruppen auf Basis der Interviews mit den RSD-Gruppen (bis 2017)*

Nachfolgend sind die Gruppen auf Basis der Interviews zeilenweise dargestellt und in den Spalten den RSD-Gruppen aus der ersten Projektphase zugeordnet (Tabelle 52). Bei der Interpretation der Kreuztabelle sind die unterschiedlichen Bezugszeiträume der Interviewgruppen im Vergleich zu den RSD-Gruppen zu berücksichtigen:

- Leistungszeitraum bei den RSD-Gruppen bis 2017
- Leistungszeitraum bei den Gruppen auf Basis der Interviews bis etwa Mitte 2022

Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Tabelle 52: Gruppen aus den Interviews (zeilenweise) und der Bezug zu den RSD-Gruppen (spaltenweise).

Merkmal	N	LMRpsych1+,	LMRpsych1_ns+	LMRpsych1_ns-	LMRpsych2+	IN	Q	sLTA plus LMR	sLTA plus LMRpsych
Verlaufsgruppe fein (nur Interview)	70								
LMRpsych_1		1	7	5	0	0	0	1	0
LMRpsych_1 + LMRsom		1	0	3	0	0	0	0	2
LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_IN		0	1	0	0	1	0	0	0
LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_Q		2	0	1	0	0	1	0	0
LMRpsych_1 + LTA_IN		0	0	0	0	6	0	0	0
LMRpsych_1 + LTA_Q		0	0	0	0	0	3	0	0
LMRpsych_2		0	2	2	3	0	0	0	1
LMRpsych_2 + LMRsom		0	1	2	0	0	0	0	1
LMRpsych_2 + LMRsom + LTA_IN		0	0	0	0	3	0	0	0
LMRpsych_2 + LTA_IN		0	1	1	0	1	0	0	0
LMRpsych_2 + LTA_Q		0	0	0	0	0	1	0	0
LMRsom		0	0	0	0	0	0	1	0
LMRsom + LTA_IN		0	0	0	0	1	0	0	0
LMRsom + LTA_Q		0	0	0	0	0	1	1	0
LMRSom + LTA_Q		0	0	0	0	0	1	0	0
LTA_IN		0	0	0	0	1	0	0	0
LTA_Q		0	0	0	0	0	1	0	1
Wiederholer		2	0	1	2	2	0	0	1
Verlaufsgruppe grob (nur Interview)	70								
LMRpsych_1		1	7	5	0	0	0	1	0
LMRpsych_2		0	2	4	3	0	0	0	2
LMRpsych_1 + LMRsom		1	1	3	0	0	0	1	2
LMRpsych + LTA		2	2	2	0	13	8	1	1
Wiederholer		2	0	1	2	2	0	0	1
Attributionsgruppe (nur Interview)	70								
Aufsichtung biogr. Ereignisse		1	5	8	2	9	3	1	3
Frühe psych. belast. Erlebnisse/Trauma		1	3	2	2	3	0	0	2
Kritisches Lebensereignis		2	3	2	0	1	0	1	1
Somatische Erkrankungen		2	1	3	1	2	5	1	0
Summe jeweils		6	12	15	5	15	8	3	6

### *8.5.2. Identifikation der Verlaufsgruppen aus den Interviews in den Fragebogen-Daten*

#### *Vorgehen*

Die auf Basis der 70 Interviews definierten Gruppen sollen auf die Gesamtheit aller Personen mit Fragebogen übertragen werden. Dazu werden die Angaben aus dem Kalender (Frage 23) verwendet. Da bei der Sicherung der Datenqualität und bei weiteren Analysen Bezüge zur RSD genutzt werden, wird bereits hier auf die Personen abgestellt, die dem Linkage von Fragebogen mit der RSD zugestimmt haben. In Summe liegen Angaben von n=1150 Personen zugrunde.

Die Verlaufsgruppen „grob“ (LMRpsych\_1, LMRpsych\_2, LMRpsych\_1+LMRsom, LMRpsych+LTA, Wiederholer) aus den Interviews lassen sich näherungsweise auf Basis der Fragebogenangaben nachbilden. Q und IN sollten explizit in den Gruppen berücksichtigt werden, weil sie eine entscheidende Phase auf der Verlaufskurve darstellen (siehe Hauptbericht). Sonstige LTA wurden nicht explizit ausgewiesen, weil in den Interviews von den Personen meist nur Q und IN als LTA wahrgenommen wurden und sonstige LTA (z.B. Arbeitsmittel, Leistungen an Arbeitgeber) nicht. Daher dürfte im Fragebogen von einer Untererfassung der sonstigen LTA auszugehen sein

Für die Identifikation der Typen liegen folgende Limitationen durch die Fragebogensystematik vor:

1. Die Angaben wurden im Fragebogen nach 4-jährigen Zeiträumen (z.B. 2010-13) erfasst, so dass mehrere Leistungen derselben Art innerhalb dieses Zeitraums nur als eine Leistung gezählt werden können. Beispielsweise könnte LMR1 bedeuten: (a) Genau 1 Leistung oder (b) 2 Leistungen oder mehr in diesem Zeitraum.
2. Normale medizinische Rehabilitation und psychosomatische Rehabilitation wurde im Fragebogen gemeinsam erfasst.
3. Sofern verschiedene Leistungsarten innerhalb des 4-jährigen Zeitraums ausgewertet werden, dann ist die zeitliche Reihenfolge dieser Leistungsarten nicht rekonstruierbar.

Im Ergebnis wurden folgende Haupttypen in den Fragebogendaten für den gesamten Zeitraum identifiziert (siehe Tabelle 53).

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Tabelle 53: Identifikation der Verlaufsgruppen aus den Interviews in den Fragebögen (sog. Haupttypen).

Fragebogen Haupttyp (2021)	n	%	Kommentar
LMR1	401	35%	1 med./ psychosomatische Reha und keine Q/IN
LMR2	314	27%	2 med./ psychosomatische Reha und keine Q/IN
LMR1o2 mit Q/IN	228	20%	1-2 med./ psychosomatische Reha und Q/IN
Wiederholer	142	12%	>2 med./ psychosomatische Reha und keine Q/IN
Wiederholer mit Q/IN	65	6%	>2 med./ psychosomatische Reha und Q/IN
	1150		

### Anmerkungen:

Fragebogen für n=1150 (Filter: Linkage mit RSD und mind. eine Angabe bei Kalender)

Plausibilitätskorrekturen bei der Typzuordnung auf Basis der Kalenderangaben im Fragebogen (Anzahl der Med. Reha und Anzahl der LTA DRV bzw. andere Träger) sowie auf Basis der RSD-Gruppierungen.

Um zeitliche Entwicklungen sowie Bezüge zum RSD-Typen aufzuzeigen, wurde dieselbe Zuordnungslogik verwendet bis zum Jahr 2017. Dies ist Gegenstand des folgenden Kapitels. Wir verwenden im Weiteren die ungewichteten Daten.

### Haupttypen und RSD-Gruppen

Nachfolgend werden für die n=1150 Personen mit Fragebogenangaben (Zustimmung zum Linkage von Fragebogen mit der RSD sowie mindestens eine Angabe bei den Kalenderfragen) die Bezüge zwischen den ursprünglichen Gruppen auf Basis der RSD sowie den Gruppen auf Basis der Fragebögen dargestellt. Da hier nicht nur die Leistungsarten teils unterschiedlich kombiniert sind, sondern auch sich auch die Zeiträume unterscheiden, werden folgende drei Gruppen in Beziehung gesetzt:

1. Die RSD-Gruppen 2010-2017
2. Die Fragebogensgruppen bis 2017 (die auch Leistungen anderer Träger enthalten sowie den Zeitraum vor 2010)
3. Die Fragebogensgruppen bis 2021

Die Gruppengrößen sowie die Wanderungen zwischen den Gruppen sind nachfolgend proportional zur Zellenbesetzung dargestellt, zunächst farblich die Gruppen ohne Q/IN (siehe Abbildung 54) und dann die Gruppen mit Q/IN (siehe Abbildung 55). Dabei wird jeweils die Perspektive aus 2021 eingenommen, also von „rechts“ markiert.

Da durch die Fragebogen auch der Zeitraum bis 2009 bzw. ab 2018 betrachtet wird, gibt es teils „Aufstiege“ der RSD-Typen. Das bedeutet, dass aus einer einmaligen med. Reha nun teils zweimalige med. Reha wird, analog aus einer zweimaligen möglicherweise ein Wiederholer (siehe Abbildung 54).

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

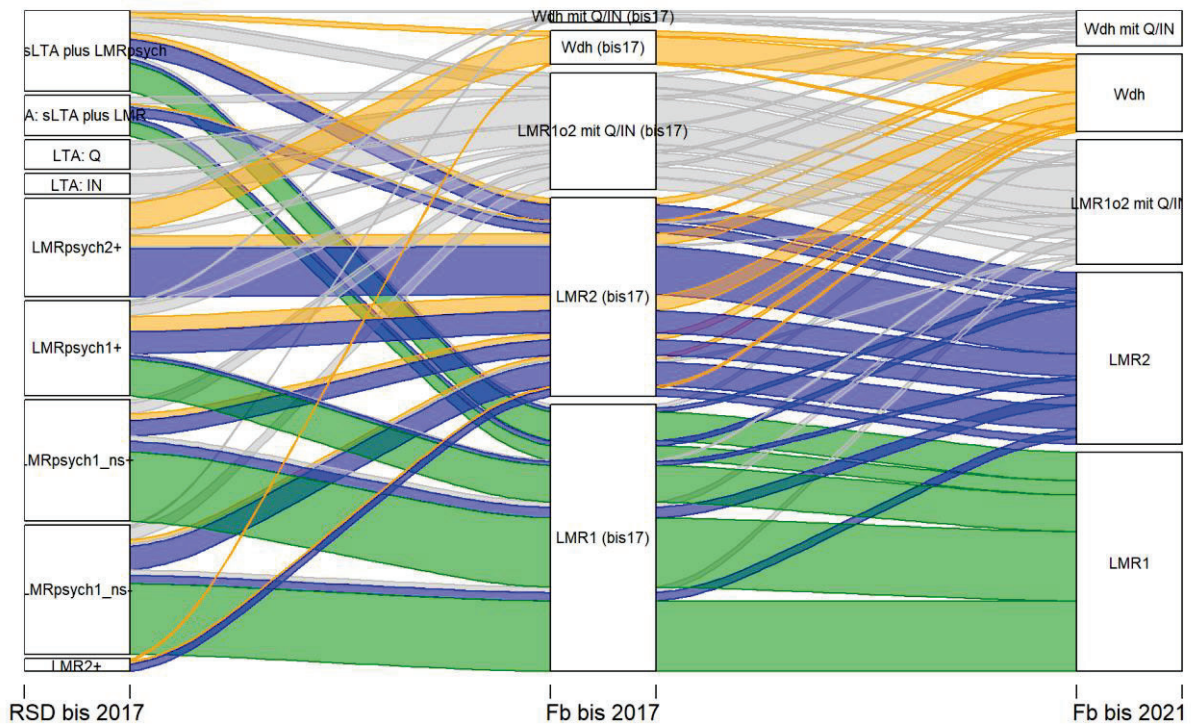


Abbildung 54: Flussdiagramm der unterschiedlichen Typen ohne Q/IN (markiert von rechts).

Zusätzlich können durch die erweiterten Zeiträume sowie durch die LTA anderer Träger auch Aufstiege in den Typen erfolgen (siehe Abbildung 55). Von 2017 nach 2021 gibt es aber nur recht wenige Wanderungen zwischen den Typen.

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

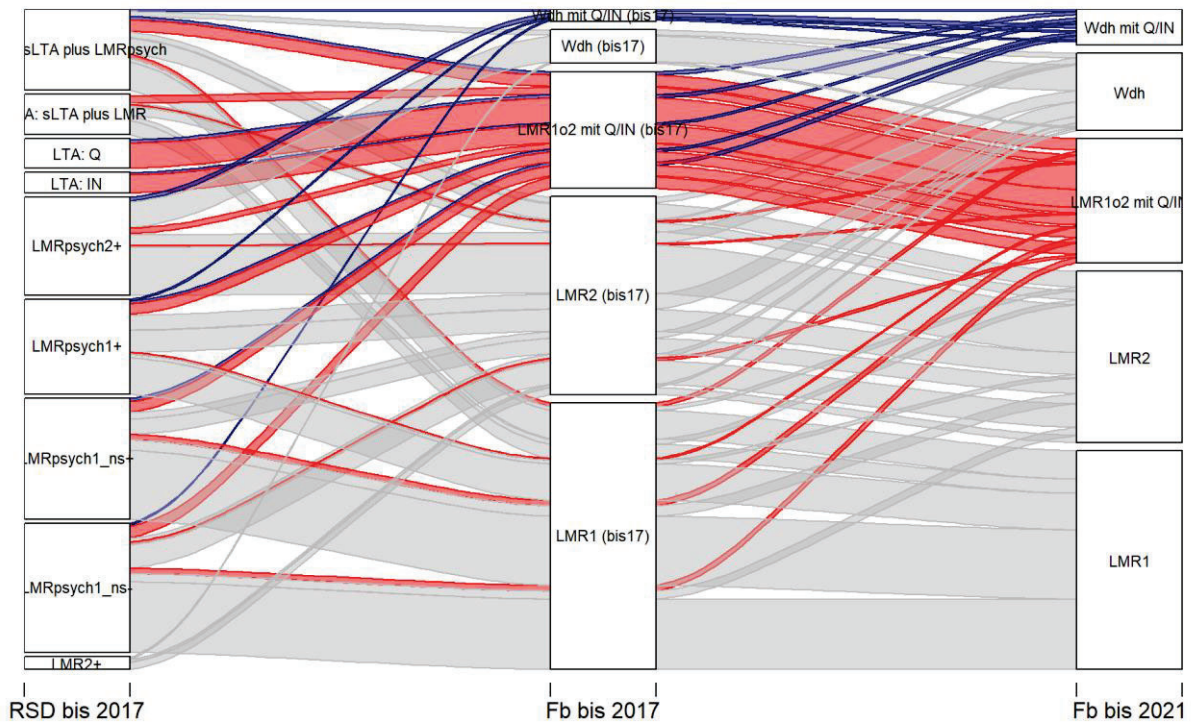


Abbildung 55: Flussdiagramm der unterschiedlichen Typen mit Q/IN (markiert von rechts).

### Haupttypen und Ende der Leistungskette

Welche der Haupttypen waren in 2017 am Ende der Leistungskette? Analog zu oben (siehe Kap. 8.3.3) sollten ab 2018 dann keine Akut-/Rehabilitationsleistungen mehr erfolgen:

- Psychiatrische Klinik / Tagesklinik
- (Psycho-)somatische Reha
- LTA der DRV
- LTA der BA oder BG

Analog zu oben war für 71% der Personen die Leistungskette in 2017 beendet bzw. für 29% war sie nicht beendet. Für die Personen der beiden Wiederholer-Gruppen (Haupttypen 2017) war die Kette überdurchschnittlich nicht beendet (vgl. Tabelle 54). Viele vergangene Leistungen der med. Reha deutet als auch auf weitere Akut-/Rehabilitationsleistungen hin.

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Tabelle 54: Weitere Leistungen der Haupttypen (2017).

	Akut-/Rehaleistungen ab 2018	
	nein	ja
LMR1 (bis17)	364 (74%)	125 (26%)
LMR2 (bis17)	256 (71%)	107 (29%)
LMR1o2 mit Q/IN (bis17)	150 (70%)	64 (30%)
Wdh (bis17)	35 (56%)	27 (44%)
Wdh mit Q/IN (bis17)	12 (55%)	10 (45%)
Total	817 (71%)	333 (29%)

Grau markiert sind Abweichungen  $\geq 5\%$ -Punkte von Total.

### Haupttypen und weitere Leistungen

Im Fragebogen wurden weitere Leistungen erhoben und zeitlich gegliedert. Nachfolgend sind diese Leistungen (dichotomisiert) bis inkl. 2017 sowie ab 2018 jeweils für die Haupttypen (2021) dargestellt. Wie zuvor auch werden Personen betrachtet, die dem Linkage mit der RSD zugestimmt haben und die mindestens eine Angabe beim Kalender getätigt haben (n=1150).

Bis zum Jahr 2017 (siehe Tabelle 55)

- haben 76% der Personen ambulante Psychotherapie genutzt, davon überdurchschnittlich häufig (82%) die Personen der Gruppe LMR1o2 mit Q/IN („1 oder 2 med./psychosomatische Rehabilitationen sowie einer Qualifizierungs- oder Integrationsleistung“);
- haben 65% der Personen psychiatrische / neurologische Beratung genutzt, davon überdurchschnittlich Personen mit vielen DRV-Leistungen;
- erhielten 32% der Personen akute Leistungen in Form von psychiatrischer Klinik oder Tagesklinik, davon überdurchschnittlich die Personen mit Q oder IN;
- verhältnisbezogene Leistungen (z.B. innerbetriebliche Veränderungen) erhielten die Hälfte der Personen, überdurchschnittliche die Personen ohne Q oder IN;
- verhaltensbezogen (hier operationalisiert über die Kategorie „Selbsthilfeangebote“) reagierten die Personen mit Q oder IN dagegen vergleichsweise häufiger.



## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Tabelle 55: Weitere Leistungen der Personen der Haupttypen (2021).

	Ambulante Psychotherapie	psychiatrische / neurologische Beratung und Behandlung	Sozialpsychiatrischer Dienst	Psychiatrische Tagesklinik / Klinik	Verhältnisse Arbeitsplatz	Verhalten (Selbsthilfe)	LTA der BA oder BG	Nachsorge DRV
<b>bis 2017</b>								
LMR1	281 (70%)	228 (57%)	11 (3%)	119 (30%)	171 (43%)	31 (8%)	0 (0%)	182 (45%)
LMR2	239 (76%)	205 (65%)	17 (5%)	90 (29%)	176 (56%)	34 (11%)	0 (0%)	141 (45%)
LMR1o2 mit Q/IN	188 (82%)	168 (74%)	26 (11%)	97 (43%)	107 (47%)	38 (17%)	60 (26%)	96 (42%)
Wdh	113 (80%)	99 (70%)	2 (1%)	37 (26%)	86 (61%)	26 (18%)	0 (0%)	55 (39%)
Wdh mit Q/IN	51 (78%)	50 (77%)	6 (9%)	28 (43%)	35 (54%)	12 (18%)	21 (32%)	35 (54%)
<b>Total</b>	<b>872 (76%)</b>	<b>750 (65%)</b>	<b>62 (5%)</b>	<b>371 (32%)</b>	<b>575 (50%)</b>	<b>141 (12%)</b>	<b>81 (7%)</b>	<b>509 (44%)</b>
<b>2018-2021</b>								
LMR1	171 (43%)	153 (38%)	4 (1%)	37 (9%)	112 (28%)	36 (9%)	0 (0%)	49 (12%)
LMR2	141 (45%)	162 (52%)	4 (1%)	28 (9%)	90 (29%)	31 (10%)	0 (0%)	24 (8%)
LMR1o2 mit Q/IN	89 (39%)	103 (45%)	6 (3%)	26 (11%)	47 (21%)	29 (13%)	35 (15%)	22 (10%)
Wdh	80 (56%)	83 (58%)	2 (1%)	17 (12%)	57 (40%)	24 (17%)	0 (0%)	21 (15%)
Wdh mit Q/IN	41 (63%)	45 (69%)	3 (5%)	15 (23%)	22 (34%)	7 (11%)	8 (12%)	15 (23%)
<b>Total</b>	<b>522 (45%)</b>	<b>546 (47%)</b>	<b>19 (2%)</b>	<b>123 (11%)</b>	<b>328 (29%)</b>	<b>127 (11%)</b>	<b>43 (4%)</b>	<b>131 (11%)</b>

Anzahl und Anteil der Personen, die die Leistung mindestens einmal erhalten haben. Markiert sind Abweichungen  $\geq 5\%$ -Punkte von Total.

Die weiteren Leistungen ab dem Jahr 2018 (siehe Tabelle 55) sind analog zu lesen. Vergleichsweise überdurchschnittlich erhalten wiederum die Personen der beiden Wiederholer-Gruppen weitere Leistungen.

### 8.5.3. Attributionsgruppen

#### Vorüberlegungen zu den Attributionsgruppen

In der qualitativen Auswertung der Interviews wurde für jede Person definiert, wie die psychischen Erkrankungen attribuiert werden. Folgende typischen Attribuierungen wurden identifiziert:

- Aufschichtung biographischer Ereignisse
- Frühe psychisch belastende Erlebnisse/Trauma
- Kritisches Lebensereignis
- Somatische Erkrankungen

Je nach Attribuierung könnten mehr oder weniger komplexe Leistungsketten zu erwarten sein (siehe Hauptbericht). Können die Attributionsgruppen bereits anhand von bereits vorliegenden bzw. aufwandsarm zu erhebenden Daten identifiziert werden, könnten sich wertvolle Hinweise insbesondere für die Fallsteuerung ergeben.

Daher wird nachfolgend ermittelt:

1. Welche Merkmale sind für diese Attributionsgruppen charakteristisch?
2. Können diese Attributionsgruppen anhand derartiger Merkmale zuverlässig vorhergesagt werden?
3. Kann diese Vorhersage auf neue Daten übertragen werden?

Aufgrund des explorativen Charakters verwenden wir hier ungewichtete Daten.

#### Deskription der Attributionsgruppen

Für alle Personen (n=70) liegen RSD-Angaben vor und für eine Teilmenge (n=56) zusätzlich Fragebogenangaben. Nachfolgend sind die Gruppen anhand ausgewählter Merkmale beschrieben. Die Fallzahl ist teils gering. Große Unterschiede zwischen den Gruppen liegen insbesondere vor bei Bildung, Wohnsituation, Alter bei erster psychotherapeutischer oder ärztlicher Hilfe, selbstberichtete Attribuierungen und Beschäftigungstage 2014-17.

Tabelle 56: Beschreibung der Attributionsgruppen aus den Interviews.

Merkmal		Attributionsgruppen			
		Aufschichtung biographischer Ereignisse (n=32, 46%)	Frühe psych. belastende Erlebnisse/ Trauma (n=13, 19%)	Kritisches Lebensereignis (n=10, 14%)	Somatische Erkrankungen (n=15, 21%)
Geschlecht (RSD)	Frau	25 (78%)	12 (92%)	9 (90%)	15 (100%)
	Mann	7 (22%)	1 (8%)	1 (10%)	0 (0%)
Alter in 2018 (RSD)	Mean (std)	49.6 (8.4)	49.5 (6.6)	49.5 (9.4)	50.7 (8.8)
Ausbildung (Fragebogen)	Fachhochschule/Uni	8 (33%)	1 (9%)	3 (43%)	6 (46%)

Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Merkmal	Attributionsgruppen				
	Aufsichtung biografischer Ereignisse (n=32, 46%)	Frühe psych. belastende Erlebnisse/ Trauma (n=13, 19%)	Kritisches Lebensereignis (n=10, 14%)	Somatische Erkrankungen (n=15, 21%)	
Lehre oder Fachschule	16 (67%)	10 (91%)	4 (57%)	7 (54%)	
NA	8	2	3	2	
Wohnsituation (Fragebogen)					
allein oder bei (Groß-)Eltern	6 (25%)	6 (55%)	6 (86%)	4 (31%)	
Partner/in	17 (71%)	4 (36%)	1 (14%)	7 (54%)	
sonstiges	1 (4%)	1 (9%)	0 (0%)	2 (15%)	
NA	8	2	3	2	
Irgendwann schwere psychische Krise*	1	18 (75%)	9 (82%)	6 (86%)	10 (71%)
Irgendwann berufliche Änderung wegen Psyche (Fragebogen)*	1	14 (58%)	7 (64%)	3 (43%)	8 (57%)
Alter bei erster ärztlicher oder psychotherapeutischer Hilfe (Fragebogen)	Mean (std)	41.3 (9.2)	37.2 (13.9)	34.7 (11.0)	45.8 (8.9)
	N (NA)	24 (8)	11 (2)	6 (4)	12 (3)
Grund vererbt*	Ja	0 (0%)	1 (9%)	2 (29%)	0 (0%)
Kindheit*	Ja	9 (38%)	10 (91%)	4 (57%)	3 (21%)
Lebensentscheidung*	Ja	6 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (21%)
Arbeitsleben*	Ja	22 (92%)	5 (45%)	5 (71%)	7 (50%)
Privatleben*	Ja	10 (42%)	3 (27%)	1 (14%)	4 (29%)
Sonstiges*	Ja	4 (17%)	2 (18%)	3 (43%)	8 (57%)
(Lebensent./Sonst.)*	Ja	9 (38%)	2 (18%)	3 (43%)	10 (71%)
Irgendwann SMI (RSD)	Ja	2 (6%)	3 (23%)	3 (30%)	1 (7%)
Leistungskette beendet in 2017 (Fragebogen)*	Ja	18 (75%)	8 (73%)	5 (71%)	11 (79%)
Dauer zw. erstem Krankengeldbezug seit 2010 und erster DRV-Leistung (RSD)	Mean (std)	13.5 (22.0)	21.5 (24.6)	14.2 (24.8)	29.3 (30.4)
Monate mit Sozialleistungen außerhalb von DRV-Leistungen (RSD)	Mean (std)	10.8 (10.6)	7.8 (8.0)	6.8 (8.2)	9.1 (8.7)
LTA irgendwann (Fragebogen)*	Ja	13 (54%)	6 (55%)	3 (43%)	9 (64%)
YTG.10-13 (RSD)	Mean (std)	269.6 (122.8)	330.7 (46.2)	215.2 (181.1)	245.8 (137.0)
YTG.14-17 (RSD)	Mean (std)	223.3 (113.8)	287.0 (81.0)	132.0 (143.5)	217.0 (126.2)
YTG.18 (RSD)	Mean (std)	269.3 (138.0)	281.6 (92.4)	82.2 (142.2)	272.6 (153.3)
Status zum Interviewzeitpunkt (Interview)	ALO	6 (19%)	3 (23%)	2 (20%)	3 (20%)
	Altersrente	2 (6%)	1 (8%)	0 (0%)	0 (0%)
	EMR	3 (9%)	1 (8%)	3 (30%)	5 (33%)
	LTA_IN	2 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	LTA_Q	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (7%)
	RTW	19 (59%)	8 (62%)	5 (50%)	6 (40%)

YTG = Tage mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung je Kalenderjahr

\* Missings jeweils von links nach rechts 8, 2, 3, 1

*Prädiktion der Attributionsgruppen*

Als Prädiktoren werden Merkmale des Fragebogens und der RSD verwendet. Problematisch ist dabei die geringe Fallzahl, da nur für 56 Personen Fragebogendaten und diese teils mit Missings vorliegen. Zielgröße sind die vier Ausprägungen der Attributionsgruppen. Nachfolgendes Modell hat sich als optimal erwiesen. Mittels multinomialer Regression<sup>94</sup> schätzen wir die Vorhersagegleichung. Handlungsleitend war:

- Theoretische Vorauswahl gemäß der vorherigen Deskription.
- Teils Aggregation der Ausprägungen, um Nullzellen und damit verzerrte Schätzer zu vermeiden.
- Manuelle Vorwärtsselektion der Prädiktoren, zunächst die Merkmale der selbst berichteten Attribuierung, dann Alter bei der ersten behandlungsbedürftigen psychischen Krise, dann weitere Merkmale mit möglichst wenigen Missings.
- Das optimale Modell hat den vergleichsweise besten Modellfit bei statistisch signifikanten Prädiktoren. Den Modellfit ermitteln wir anhand der prozentualen Verbesserung der Devianz des Zielmodells gegenüber dem Nullmodell sowie anhand der „correct classification rate“ (CCR, bei cut off  $p > .50$ ).

*Tabelle 57: Prognose der Attributionsgruppen (ermittelt über die Interviews) mittels ausgewählter Angaben aus dem Fragebogen.*

	OR <sup>1</sup>	95% CI <sup>1</sup>	p-value
<b>AufsichtBiogr</b>			
Grund Kindheit	2.87	0.30, 27.5	0.36
Grund Arbeitsleben	11.5	0.93, 141	<b>0.057</b>
Grund Privatleben	1.63	0.19, 14.3	0.66
Grund Lebensentsch./sonstiges	0.56	0.07, 4.85	0.60
Alter bei 1. psy. Hilfe	0.94	0.86, 1.03	0.18
Besch.tage im Mittel 2014-17	1.00	0.99, 1.01	0.64
<b>FruehTrauma</b>			
Grund Kindheit	22.5	0.93, 545	<b>0.056</b>
Grund Arbeitsleben	0.22	0.01, 7.57	0.40
Grund Privatleben	0.54	0.02, 14.0	0.71
Grund Lebensentsch./sonstiges	0.02	0.00, 1.06	<b>0.053</b>
Alter bei 1. psy. Hilfe	0.92	0.83, 1.03	0.15
Besch.tage im Mittel 2014-17	1.00	0.99, 1.01	0.44
<b>KritEreignis</b>			
Grund Kindheit	2.13	0.08, 55.5	0.65
Grund Arbeitsleben	10.5	0.15, 717	0.27
Grund Privatleben	0.40	0.01, 10.7	0.58
Grund Lebensentsch./sonstiges	0.19	0.01, 5.81	0.34
Alter bei 1. psy. Hilfe	0.87	0.76, 0.99	<b>0.033</b>
Besch.tage im Mittel 2014-17	0.99	0.98, 1.00	<b>0.055</b>

R<sup>2</sup> = 0.376, CCR = 71.1 %

<sup>1</sup> OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

<sup>94</sup> Dafür verwenden das R-Paket nnet mit den Befehl multinom.

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Die Ergebnisse sind wie folgt zu lesen:

- Referenzgruppe der Zielgröße ist die Gruppe „Somatische Erkrankungen“
- Im Vergleich zu dieser Gruppe attribuiert die Gruppe „Aufscheidung biografischer Ereignisse“ deutlich häufiger mit Gründen in der Arbeit etc.

Die übrigen Merkmale aus der obigen Tabelle 57 wurden bezüglich ihrer Prädiktionskraft überprüft und waren im multiplen Modell der obigen Operationalisierung unterlegen.

Folgende Limitationen bestehen:

- (1) Die Attribuierung wurde dichotom mit einem Item erfasst, während aus dem Interview heraus eine Experteneinschätzung getroffen wird.
- (2) Es sind nur wenige Prädiktoren möglich, da sonst zu viele Nullzellen und damit instabile Schätzungen entstehen.
- (3) Zudem haben wir auf eine interne Modellvalidierung verzichtet, da dabei die Fallzahl noch weiter gesunken wäre (z.B. Kreuzvalidierung). Deswegen besteht das Risiko, dass die Gleichung zur Anwendung auf neue Daten überangepasst ist. Wir halten das Risiko aber für gering, da ausschließlich signifikante Prädiktoren im Modell enthalten sind.

Daher werten wir das Modell trotz einiger Limitationen zumindest für Gruppenaussagen als akzeptabel.

### Anwendung der Modellgleichung auf neue Daten

Wir verwenden die zuvor entwickelte Modellgleichung und wenden sie auf die verbleibenden Personen des Fragebogendatensatzes (der zudem mit der RSD verlinkt ist, n=1106). Dabei wird für jede Person die Wahrscheinlichkeit der Zuordnung zu jedem der vier Attributionsgruppen ermittelt. Wir ordnen die Person eindeutig einer Gruppe zu, wenn die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit größer als 50% beträgt

*Tabelle 58: Anwendung der Modellgleichung auf die Grundgesamtheit der Personen mit Fragebogenangaben.*

Attributionsgruppen (extrapoliert)	mean(p)	n	%
AufsichtBiogr	0.656	430	47%
FruehTrauma	0.775	266	29%
KritEreignis	0.600	19	2%
SomErkrank	0.713	207	22%

Anmerkung: Keine Zuordnung wegen „cut-off nicht erreicht“ (n=165) und Missings in Prädiktor (n=19)

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Einige Personen konnten nicht zugeordnet werden. Dies liegt teils in Missings begründet (Alter bei der ersten behandlungsbedürftigen psychischen Krise), teils wurde der cut-off von 50% nicht erreicht. Inhaltlich ist dies nicht überraschend, da auch die Zuschreibung der Attributionsmuster auf Basis der Interviews nicht immer eindeutig war.

Die Verteilung kommt der des Trainingsdatensatzes relativ nahe, was auf eine zuverlässige Schätzung hindeutet. Allerdings war das Interviewsample keine echte Zufallsstichprobe, so dass die Abweichung entweder auf Stichprobenverzerrung oder eine überangepasste Modellgleichung (siehe Kapitel zuvor) oder beides zurückzuführen ist.

Allerdings bleibt die Gruppe „Kritisches Ereignis“ im Vergleich zu den anderen Gruppen sehr gering besetzt. Dies dürfte eine Folge der im Kapitel zuvor beschriebenen Limitationen sein.

### *Bezug der Attributionsgruppen zu den anderen Gruppen*

In Tabelle 59 sind die extrapolierten Attributionsgruppen zu den anderen Gruppen in Bezug gesetzt. Die Gruppe „Kritisches Ereignis“ ist sehr gering besetzt, so dass die gemeinsame Verteilung mit den anderen Gruppen mit Vorsicht zu interpretieren ist.

Die Gruppe „Frühtrauma“ zeigt in Summe die meisten Leistungen. Die Gruppe „Somatische Erkrankungen“ weist eher wenige Leistungen auf und ist überdurchschnittlich häufig bei den Haupttypen LMR1. Die beiden Gruppen „Aufsichtigung“ und „Frühtrauma“ zeigen keine systematischen Bezüge zu den Vergleichsgruppen.

## Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Daten

Tabelle 59: Synopse der verschiedenen Gruppen.

Gruppe	Attributionsgruppen (extrapoliert)				% -Spanne	
	AufsichtBiogr	FruehTrauma	KritEreignis	SomErkrank		
	LMR2+	11 (3%)	1 (0.4%)	0 (0%)	7 (3%)	3
	LMRpsych1_ns-	93 (22%)	55 (21%)	0 (0%)	44 (21%)	22
	LMRpsych1_ns+	96 (22%)	58 (22%)	2 (11%)	25 (12%)	11
	LMRpsych1+	69 (16%)	31 (12%)	3 (16%)	43 (21%)	9
RSD-Gruppe	LMRpsych2+	78 (18%)	47 (18%)	3 (16%)	25 (12%)	6
	LTA: IN	6 (1%)	6 (2%)	3 (16%)	3 (1%)	15
	LTA: Q	9 (2%)	12 (5%)	5 (26%)	6 (3%)	24
	LTA: sLTA plus LMR	23 (5%)	15 (6%)	2 (11%)	23 (11%)	6
	LTA: sLTA plus LMRpsych	45 (10%)	41 (15%)	1 (5%)	31 (15%)	10
	LMR1 (bis17)	184 (43%)	101 (38%)	2 (11%)	103 (50%)	39
	LMR2 (bis17)	150 (35%)	89 (33%)	5 (26%)	62 (30%)	9
Haupttyp (2017)	LMR1o2 mit Q/IN (bis17)	65 (15%)	47 (18%)	10 (53%)	30 (15%)	38
	Wdh (bis17)	22 (5%)	23 (9%)	2 (11%)	3 (1%)	10
	Wdh mit Q/IN (bis17)	4 (1%)	6 (2%)	0 (0%)	6 (3%)	3
	NA	5	0	0	3	
	LMR1	150 (35%)	85 (32%)	2 (11%)	81 (40%)	29
	LMR2	127 (30%)	70 (26%)	4 (21%)	62 (30%)	9
Haupttyp (2021)	LMR1o2 mit Q/IN	70 (16%)	47 (18%)	10 (53%)	38 (19%)	37
	Wdh	57 (13%)	47 (18%)	2 (11%)	12 (6%)	12
	Wdh mit Q/IN	21 (5%)	17 (6%)	1 (5%)	11 (5%)	1
	NA	5	0	0	3	
	Min / Max	0 / 17.0	1.0 / 20.0	3.0 / 13.0	0 / 14.0	0 / 20.0
Anzahl der Angaben im Kalender	Med [IQR]	6.0 [4.0;8.0]	7.0 [5.0;10.0]	7.0 [6.0;8.5]	5.0 [4.0;8.0]	6.0 [4.0;8.0]
	Mean (std)	6.3 (3.0)	7.7 (3.4)	7.2 (2.7)	5.9 (3.1)	6.6 (3.2)
	N (NA)	430 (0)	266 (0)	19 (0)	207 (0)	922 (0)

Markiert sind Maxima, sofern %-Spanne >15 bzw. maximaler Mean.

### Resümee zu den Attributionsgruppen

Der Versuch, die in den Interviews ermittelten Attributionsgruppen in den Fragebögen zu identifizieren, war nur bedingt erfolgreich. Der Modellfit in den Trainingsdaten war „nur“ akzeptabel. Dies mag in den beschriebenen methodischen Limitationen gründen. Inhaltlich liegt die Vermutung nahe, dass die Attribuierung wenig Bezug zum objektiven Leistungsgeschehen hat. Immerhin weisen die beiden Gruppen "frühkindliche Belastungen bzw. Traumata" und die Gruppe mit den aufgeschichteten Problemlagen lange Ketten auf. Daraus könnten Hinweise auf frühzeitige Interventionspunkte mit der Motivation zur früh- bzw. rechtzeitigen Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen abgeleitet werden.

## 9. Synopse der Ergebnisse

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse unserer Studie noch einmal zusammengefasst und referiert. Der letzte Abschnitt dieses Kapitels beinhaltet eine generelle Einordnung unserer Ergebnisse. Zudem akzentuieren wir, welche neuen Erkenntnisse durch das vertiefte hermeneutisch-interpretative und prozessorientierte Vorgehen gewonnen werden konnten.

Wie auch in unseren früheren Studien (vgl. Kardorff et al. 2019; Klaus et al. 2018; Kardorff et al. 2020) bereits sichtbar wurde, zeigt sich auch in der vorliegenden Untersuchung sowohl in den quantitativen als auch in den qualitativen Daten eine große Heterogenität trotz der von uns ausgewählten F-3 und F-4 Zuweisungsdiagnosen. Das bedeutet freilich nicht, dass sich keine übergreifenden Problemkonstellationen und Muster in einer detaillierten Analyse zeigen. Denn auch die komplexen Lebensprobleme in den Fallkonstellationen haben nur eine begrenzte Variabilität, wenn man davon ausgeht, dass die Herausforderungen der Lebensbewältigung in der Gesellschaft sich allen Menschen in ähnlicher Weise stellen.

Durch die Inanspruchnahme spezieller Rehabilitationsleistungen (medizinische Rehabilitation und LTA-Leistungen der Rentenversicherungsträger), Leistungen der Bundesagentur für Arbeit und die in unserer Studie zusätzlich erfassten Leistungen aus dem medizinischen Behandlungs- und Versorgungssystem (z.B. Haus- und Fachärzte, Psychotherapie, Psychiatrie) entstehen *charakteristische Behandlungskarrieren*, mit unterschiedlichen Verlaufsmustern und Ergebnissen (gelingender RTW, Erwerbslosigkeit oder EM-Rente). In Abhängigkeit der Inanspruchnahme nach Art, Häufigkeit und Zeitpunkt der genutzten Angebote (oft in Kombination von medizinischer Behandlung, Psychotherapie, medizinischer Rehabilitation und LTA-Leistungen) ergaben sich in der Analyse verschiedene *Hauptgruppen* sowie einige von uns so genannte *Quergruppen*, die durch jeweils spezifische Problemlagen beim RTW gekennzeichnet sind, die auch die Präzisierung gezielter Hilfestellungen im Rehabilitationsprozess nahelegen (vgl. Kap. 11).

Die fünf *Hauptgruppen* sind diejenigen Versicherten, die im Gesamtverlauf des analysierten Zeitraums folgende Leistungen in Anspruch genommen haben:

- Einmalige Inanspruchnahme einer stationären psychosomatischen Rehabilitation (LMRpsych\_1) sowie zumeist zusätzliche Psychotherapie vor oder nach der Reha.
- Zweimalige Inanspruchnahme stationärer psychosomatischer Reha-Maßnahmen (LMRpsych\_2)
- LMRpsych (einfach oder zweifach) + Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- LMRpsych\_1 + LMRsom (somatische Rehabilitation ein- oder mehrfach)



## Synopse der Ergebnisse

- Mehrmalige (min. drei) Inanspruchnahme stationärer psychosomatischer Rehabilitation mit und ohne berufliche rehabilitative Leistungen „Wiederholer“.

Die Analysen auf Basis der RSD zeigen nur einen *Ausschnitt* von Leistungen und Leistungsketten (vgl. Kap. 8.1). Durch das Linkage mit den Fragebogen-Daten konnte diese Lücke teilweise geschlossen werden.

Auf Basis der Daten aus der RSD ergab sich:

- Der weit überwiegende Teil der Grundgesamtheit hat in Trägerschaft der DRV *eine* psychosomatische Reha erhalten, meist ohne ausdrückliche Angabe über die Nutzung von Nachsorgeangeboten (z.B. PSYRENA) in Trägerschaft der RSD.
- Weit weniger Personen haben zwei und mehr DRV-Leistungen erhalten. In der Regel folgen diese Leistungen zeitlich dicht aufeinander. Mehrere DRV-Leistungen über das gesamte beobachtbare Fenster von acht Jahren hinweg sind die Ausnahme (vgl. jedoch die Hauptgruppe „Wiederholer“ und die Quergruppe „Psychiatrie“, siehe unten).
- Es gibt relativ wenige Personen mit mindestens einer LTA.
- Knapp ein Drittel der beantragten oder bewilligten Erwerbsminderungsrenten mit F3/F4- (Haupt-)Diagnose sind ohne eine vorgängige Reha-Leistung in die EM-Rente gekommen.

Bei den Prognosemodellen auf Basis der RSD haben sich für die untersuchten Versicherten der oben dargestellten Hauptgruppen (eine bzw. mehrere psychosomatischen Reha bzw. zusätzlich noch LTA etc.) folgende Indikatoren als bedeutsam erwiesen:

- Erwerbsbiografische Prädiktoren (Beschäftigung, Arbeitslosigkeit, Bezug von Sozialleistungen)  
Der Erwerbsstatus 3 Monate vor der letzten Reha ist in der Regel der deutlichste Prädiktor für einen RTW.
- Regionale Merkmale wie etwa Arbeitslosigkeit, städtische oder ländliche Regionen sind von nachrangiger Bedeutung.
- Die in unserer Studie eingeschlossenen ärztlichen Diagnosen im ICD-F-3/F-4 Spektrum haben für eine Voraussage des RTW eine nur geringe Bedeutung;

Auch Kennzahlen aus den individuellen Sequenzen (Entropy, Dauer von erster Sozialleistung bis zur ersten DRV-Leistung, Dauer der Sozialleistungen außerhalb von DRV-Leistungen), die auf Leistungen anderer Träger hindeuten, sind bei einzelnen Vorhersagemodellen bedeutsam.

Abgesehen von den in Anspruch genommenen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung wurden auch die individuellen Erwerbsverläufe anhand der Beitragsdaten untersucht, und zwar monatsgenau die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung sowie der Bezug von Sozial- und Transferleistungen. Auch hier ist das Bild heterogen, d.h. es sind statistisch keine signifikanten Unterschiede zwischen kontinuierlichen und diskontinuierlichen Erwerbsbiografien sowie zwischen hohen und niedrigen Einkommen zu beobachten, die eine Voraussage über den weiteren Verlauf erlauben.

Welchen Beitrag leisten die ergänzenden Daten aus den Fragebögen? Gegenüber den Basismodellen, das nur aus RSD-Merkmalen besteht, konnten substanziiell verbesserte Modellgüten bei der Prognose des RTW erzielt werden. Operationalisiert wurden Leistungen anderer Träger, Selbsthilfe, arbeitsplatzbezogene Maßnahmen, Alter bei der ersten Inanspruchnahme psychologischer oder ärztlicher Hilfe wegen der psychischen Erkrankung, die grobe Attribuierung der psychischen Erkrankung sowie die Bildung (die in der RSD nur als bedingt valides Datum zu werten ist).

Aus der *Fragebogenerhebung* für den Zeitraum von 2017 bis 2021/22, also über das Ende des untersuchten RSD-Zeitfensters (also bis 2017) zeigt sich:

- 73% der Personen haben ambulante Psychotherapie genutzt, am häufigsten die Personen mit „Integrationsleistungen“ zur Teilhabe am Arbeitsleben (87%).
- 59% der Personen haben psychiatrische / neurologische Beratung und Behandlung, am häufigsten die Personen mit „Qualifizierungsleistungen“ zur Teilhabe am Arbeitsleben (83%).
- 45% konnten verhältnisbezogene Anpassungen an ihrem Arbeitsplatz umsetzen.
- 31% geben im Fragebogen an, mindestens einmal im erhobenen Zeitraum in einer Psychiatrischen Klinik/Tagesklinik aufgenommen worden zu sein.
- Die Gruppen mit Qualifizierungs- oder Integrationsleistungen und mit mindestens zwei psychosomatischen Rehabilitationen haben vergleichsweise mehr Leistungen der Sozialversicherung (z.B. Krankengeld, ALG II/Bürgergeld) erhalten.

Als ein *Kernergebnis* mit Blick auf die Zielgröße des RTW kann insgesamt festgehalten werden: *Längere oder mehrere DRV-Leistungen fördern den RTW*; dies gilt auch für die bewährte Praxis der *Stufenweisen Wiedereingliederung im Anschluss an die psychosomatische Reha*. Darüber hinaus zeigt sich, dass *soziodemografische Merkmale* für einen RTW sehr unterschiedlich bedeutsam sind, in Abhängigkeit von Lebenslage, Art und Umfang der Beeinträchtigung und der subjektiven Zukunftserwartungen hinsichtlich der weiteren Krankheitsentwicklung und der davon abhängigen Arbeitsfähigkeit.

## Synopse der Ergebnisse

Im Vergleich der Hauptgruppen lassen sich bis auf die vorgenannten generalisierten Ergebnisse nur wenige weiteren Verallgemeinerungen ableiten. Mit einer differenzierteren Betrachtung, über die von uns aus dem Material extrahierten „Subgruppen“ ergaben sich einige gruppenspezifische generalisierbare Indikatoren für förderliche oder hemmende Einflüsse auf den RTW. Dabei zeigte sich im Einzelnen ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

Bei der Subgruppe „Mehrere medizinische Rehabilitationen, davon mindestens eine psychosomatische Rehabilitation“ ergab sich:

- Die Inanspruchnahme von akutpsychiatrischen Behandlungen (Psychiatrie bzw. Tagesklinik) geht erwartungsgemäß mit geringerem RTW einher während arbeitsplatzbezogene Anpassungen für diese Gruppe den RTW unterstützen.
- Ambulante Psychotherapie, Psychiatrische/Neurologische Beratung und Behandlung, LTA anderer Träger sowie Selbsthilfe haben statistisch keine zusätzliche prädiktive Bedeutung für den RTW.
- Sehr lang zurückliegende (also vor 2009) Reha- oder Akutleistungen haben keinen Einfluss auf den RTW.
- Je jünger Versicherte bei dem ersten Kontakt mit ärztlicher/psychologischer Hilfe sind, desto wahrscheinlicher wird ein RTW.
- Je höher der Bildungsstand desto größer ist die Wahrscheinlichkeit eines RTW.

Übergreifend ergibt sich, dass die vergleichsweise stärksten Prädiktoren für einen RTW der *Beschäftigungsstatus drei Monate vor der letzten Leistung (RSD-Merkmal)* sowie der *Bildungsabschluss* sind.

Bei der Subgruppe „Mindestens eine Qualifizierungs- oder Integrationsleistung“ ergab sich:

- Der RTW-Erfolg steigt deutlich, wenn die Leistungskette schon vor 2010 begonnen hat. Dies deutet darauf hin, dass eine lange Leistungskette vorliegt und dass die LTA der Endpunkt der Leistungskette ist.
- Ergänzende Leistungen außerhalb des Leistungsspektrums der Rentenversicherung haben keinen eindeutigen Einfluss auf den RTW; tendenziell scheint jedoch eine ambulante Psychotherapie förderlich zu sein, was auch mit den subjektiven Aussagen der Befragten in den Interviews übereinstimmt. Allerdings wird dieser positive Effekt überlagert, wenn Akut- oder Rehabilitationsleistungen zu einem frühen Zeitpunkt im Krankheitsverlauf aufgenommen werden.
- Als ein besonders positiver Indikator für eine RTW-Vorhersage stellte sich ein akademischer Abschluss heraus.

Bei den *Quergruppen*, die sich vor allem aus den Hauptgruppen mit einer intensiven Inanspruchnahme von Rehaleistungen rekrutieren, zeigten sich *unter Einbeziehung der von uns durchgeführten Fallstudien* weitere besonders auffällige Gruppierungen:

- „Psychiatriegruppe“: meist früher Beginn der Beeinträchtigungen, früher Einstieg in das Behandlungs- und Rehabilitationssystem meist ohne Schnittstellenprobleme aber zumeist kein „Abschluss“ der Behandlungskette im Erwerbsverlauf. Diskontinuierliche Erwerbsbiografie, oftmals Probleme bei Ausbildungsabschluss und Berufseinstieg. Etwas geringerer RTW im Vergleich zu den anderen Gruppen, mehr Männer, mehr Alleinlebende, niedrigere Bildungsabschlüsse, dominante Attribution der Gründe für die Beeinträchtigungen auf Traumata in Kindheit- und Jugend und/oder schwierige Familienverhältnisse;
- „EM-Rente“: Abgang in die EM-Rente nach 2018 (Antragstellung oder Bewilligung): hier zeigt sich eine Häufung von Personen mit schweren somatischen Erkrankungen (hoher Komorbidität, wobei psychische Beeinträchtigung oft als Folge der somatischen Erkrankung auftreten).

Trotz dieser Systematik zeigt sich innerhalb der Gruppen eine große Heterogenität. Sie spiegelt sich in einer großen Variationsbreite der Beeinträchtigungsformen, ihrer Ausprägung und ihrer Verläufe, der Attributionen für ihre Ursachen, der beruflichen, der sozialen und der räumlichen Kontexte, der beobachteten Bewältigungsstrategien und der Nutzungs- und Aneignungsformen von Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten wider. Dies verweist darauf, dass sowohl die medizinisch-psychiatrische Diagnose als auch Muster in den Inanspruchnahmedaten auf Basis der RSD nur einen ersten Anhaltspunkt für eine erfolgreiche Rehabilitationsprognose – verstanden als Beschäftigungssicherung und nachhaltige Rückkehr in Arbeit – liefern kann. Unsere durch die Interviews vertieften Ergebnisse legen es nahe, dass es vor allem nicht bewältigte Lebensprobleme und Statusübergänge, frühe psychisch belastende Erlebnisse in der Familie, gescheiterte Bildungs- und Berufseinstiegsprozesse, im Laufe des Berufslebens aufgeschichtete Belastungen und kritische Lebensereignisse (z.B. Scheidung, Pflege Angehöriger, Arbeitsplatzverlust) sowie hinzukommende somatische Erkrankungen sind, die zentrale Herausforderungen für die Rehabilitation darstellen.

Auch der *Schweregrad* einer psychischen Krise erlaubt keine zuverlässige Vorhersage über den weiteren Verlauf: so finden sich in der Gruppe der Personen, die nur ein einziges Mal eine psychosomatische Reha erhalten haben, schwerste Krisenphänomene, teils mit Suizidgedanken, teils mit der Unfähigkeit den Alltag zu bewältigen, die auch bei längerer Betrachtung nach der Behandlung keine weitere Rehabilitationsmaßnahme oder stationäre psychiatrische Behandlungen mehr in Anspruch nehmen. In den Fallstudien zeigt sich, dass es sich dabei um Personen handelt, die aus der Rehabilitation Anregungen zur Selbstsorge mitnehmen, die sie im Familien- und Berufsalltag umsetzen

(z.B. Reduzierung der Arbeitszeit; Abgabe von Verantwortung) und ihren Umgang mit Symptomen und Problemlagen teils unter Zuhilfenahme von Psychotherapie oder anderer Angebote (z.B. Achtsamkeitstraining) eigeninitiativ bewältigen (vgl. Fallstudien: Frau Fitlauf und Herr Mutmacher, Kap. 7.4.1). Diese Gruppe, die wir als *LMRpsych\_1* bezeichnet haben, stellt den größten Anteil in der Gesamtstichprobe mit 35 % dar. Auf der anderen Seite finden sich Personen, bei denen die Beeinträchtigungen von außen betrachtet eher gering erscheinen, die aber lange, teils die gesamte Ausbildungs- und Erwerbsbiografie umspannende Inanspruchnahmeketten rehabilitativer und anderer Behandlungsformen aufweisen und im Blick auf die Erwerbsbiografie diskontinuierliche Verläufe haben, längere Zeiten der Erwerbslosigkeit und des Krankengeldbezugs aufweisen oder von Transferleistungen abhängig sind. Hier steht aus unserer Sicht das Zusammenspiel nicht bewältigter „Lebensaufgaben“ mit psychischer Vulnerabilität, oft auch körperlicher Komorbidität und mangelnden Ressourcen (Resilienz, soziale Einbindung) im Vordergrund (vgl. Kapitel 7.5.4 „*Menschen in Arbeitslosigkeit*“). Bei dieser Gruppe geht es eher darum die Rehabilitation mit dem Schwerpunkt auf sozialpädagogischer Begleitung vor Ort zu kombinieren. Um angemessene Hilfestellungen zu organisieren, bietet sich mit Blick auf Leistungsgewährung eher das Spektrum ICD-10 „Z-Diagnosen“ (z.B. Z-73 „Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung“) an. Mit Blick auf personenbezogene Aspekte sind es vor allem motivationale Faktoren („ich will unbedingt wieder arbeiten“), Haltungen („Erwerbsarbeit gehört zum Leben“), Selbstsorge und Eigeninitiative (eigenständige Suche nach Psychotherapie) und Resilienz („ich werde es trotz Widrigkeiten auch diesmal wieder schaffen“).

Innerhalb der Gruppe der Mehrfachnutzer rehabilitativer Maßnahmen (*LMRpsych\_2, Wiederholer, LMRpsych + LTA; LMRpsych\_1 + LMRsom*) finden sich wie die Fallanalysen zeigen unterschiedliche Nutzungsformen. Dabei wird eine gewisse Paradoxie deutlich, die darin besteht, dass die bloße Häufigkeit der Inanspruchnahme, wie sie sich im RSD-File zeigt für sich genommen keine verlässliche Aussage darüber erlaubt, wie „dramatisch“ Krankheitsverläufe im Einzelnen sind. Kurz der Hilfebedarf richtet sich weder nach Diagnose oder Schwere der Krankheit alleine.

Besonders auffällig ist dafür die von uns als „*Wiederholer*“ (vgl. Kapitel 7.4.5) bezeichnete Gruppe. „*Wiederholer*“ sind häufig Personen mit einer Kombination aus psychischen und körperlichen Beschwerden, meist gelingender RTW jedoch begleitet von längeren AU-Zeiten. Diese Gruppe teilt sich in jene eher älteren Rehabilitanden, die die medizinische Reha als Stabilisierung nutzen, um bei meist vorausgehend kontinuierlichen Erwerbsbiografien und hoher Arbeitsethik trotz der aufgeschichteten Beeinträchtigungen und Beschwerden in der Regel bis zum Eintritt in die Regelaltersrente durchhalten wollen. Daneben finden sich Menschen, die in einer wiederholten Reha eine Chance zur berufsbiografischen Neujustierung sehen, sei es durch eine Ruhephase innerhalb der medizinischen Rehabilitation und das Überdenken ihrer beruflichen Situation oder durch die Inanspruchnahme einer

Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben und damit die klare Absicht zur beruflichen Veränderung haben. Zudem gibt es Personen mit hoher Vulnerabilität, welche aufgrund ihres beständigen Belastungserleben sowie rezidivierenden psychischen Erkrankungen, aber auch zum Teil durch fehlende Resilienz zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse, zu einer wiederholten Inanspruchnahme der Reha „gezwungen“ werden. Allen ist gemein, dass sie durch diese Vorgehensweise eine zumindest subjektive Arbeitsfähigkeit erreichen und diese über einen gewissen Zeitraum erhalten zu können. Die, wenn auch vorübergehende, Stabilisierung wird über die mehrfache Nutzung von Rehaleistungen erreicht, um trotz bedingter Gesundheit im Erwerbsleben zu verbleiben. So ist die Mehrfachnutzung bei dieser Gruppe im Sinne des Beschäftigungserhalts positiv zu bewerten und spricht auch für Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit der Rehabilitation.

Bezogen auf die *zeitliche Dauer* der Inanspruchnahme zeigt sich in der Analyse eine Gruppe als besonders auffällig, die wir als „*Psychiatriegruppe*“ genannt haben und die vor allem folgende Merkmale aufweist: sie sind jünger, häufiger männlich, haben niedrigere oder nicht abgeschlossene Berufsausbildungen, diskontinuierliche Berufsbiografien und leben häufiger alleine. Die von ihnen für ihre Erkrankung angegebenen Ursachen werden in der Regel in der Kindheit und Jugend verortet und sie kommen auch vielfach sehr früh in das Versorgungssystem. Trotz hoher Motivation in Arbeit zu kommen und zu bleiben sind sie oft über die gesamte Lebensspanne hinweg auf Unterstützung und phasenweise intensive Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen angewiesen. Bei dieser Gruppe stellt sich, anders als bei einem großen Teil der Rehabilitanden nicht das Problem eines zu späten Zugangs in der Reha, sondern die Herausforderung, wie Personen aus dieser Gruppe koordinierte, kontinuierliche und variable Unterstützung erhalten können, weil man hier davon ausgehen kann, dass es keinen „Abschluss“ der Inanspruchnahmekette gibt.

Allerdings gibt es in der Gruppe mit einer langen zeitlichen Dauer der Inanspruchnahme von mehrfachen Reha-Maßnahmen Personen, die aus ihrer Sicht zu spät in die Reha gekommen sind. In den Fallstudien zeigte sich, dass ein häufiger Grund dafür Präsentismus war, dass sie oft über Jahre mit Hilfe von Medikamenten, teilweise auch Psychotherapie trotz hoher Belastung bis zu einer manifesten Krise in der Arbeit „durchgehalten“ haben (z.B. Fallstudien Frau Meister, Frau Mente, Frau Bartz). An dieser Gruppe zeigt sich insbesondere das Problem des rechtzeitigen Zugangs und der Zuweisungssteuerung. Da die Zuweisung in eine medizinische Rehabilitation hauptsächlich auf Empfehlung eines Hausarztes erfolgt (vgl. Kap. 7.5.3) stellt sich hier die Herausforderung einer frühzeitigen Erkennung des Rehabilitationsbedarfs und der Motivation des Patienten für eine rechtzeitige Behandlung (z.B. Psychotherapieempfehlung) oder eine medizinische Rehabilitation. Der Ort der Früherkennung kann nicht nur das primärärztliche Versorgungssystem sein, sondern muss unserer Meinung nach durch Maßnahmen der betrieblichen Früherkennung flankiert werden.

Bezogen auf das Ziel der Rehabilitation, den Return to Work, stellt sich die Gruppe der EM-Rentner einschließlich der Rentenantragsteller (Zugang und Antragstellung im Zeitraum von Ende 2017 bis Ende 2021) als Misserfolg dar. Wodurch sind sie gekennzeichnet? Zunächst ist festzuhalten, dass alle Befragten aus allen unserer Haupt- und aus weiteren Quergruppen stammen, so dass sich hier keine prognoserelevante Systematik erkennen lässt; selbst einige Personen, die nur eine einzige psychosomatische Reha im gesamten Erwerbsverlauf durchlaufen haben, finden sich in der EMR-Gruppe. Die neben dem höheren Erwerbsalter (über 50 Jahre) einzige Gemeinsamkeit besteht hier im zusätzlichen Vorhandensein oft mehrerer somatischer Erkrankungen. Für manche der Betroffenen kann der (begrenzte) Ausstieg in eine (Teil-)Erwerbsminderung auch einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf nehmen und psychisch wie körperlich entlastend wirken (vgl. Kapitel 7.5.1.). In der Analyse dieser Gruppe wird auch klar, dass sich aus einer rein statistischen Betrachtung der Versichertenverläufe keine Vorhersagen ableiten lassen, die eine Aussage darüber erlauben, bei wem eine Intervention zur Vermeidung einer Frühberentung sinnvoll oder erfolgreich ist. Dies ist nur bei einer sehr individuellen Betrachtungsweise möglich und hängt auch von administrativen Entscheidungen und deren Rückwirkung auf die Betroffenen ab; ein Beispiel für den letztgenannte Aspekt stellt Frau Angstmann dar (vgl. Kapitel 7.4.4), die nach langer Krankheitsgeschichte und zum Zeitpunkt der Befragung in Arbeitslosigkeit nach einer Abfindungsregelung mit ihrem Arbeitgeber äußert, dass sie sich auch eine EM-Rente vorstellen kann, kombiniert mit Minijob und ehrenamtlicher Tätigkeit; diese Überlegung resultierte aus der Ablehnung der Verlängerung der Job-Coach-Förderung durch die BA.

Eine besondere Betrachtung verdient die Gruppe der Versicherten, die neben einer medizinischen auch irgendwann einmal eine LTA-Leistung in Anspruch genommen haben. In der Regel erweist sich eine Kombination von medizinischer Rehabilitation mit einer LTA-Leistung als erfolgreich bei der Rückkehr in Arbeit. Versicherte, die eine Integrationsleistung bekommen kehren wie die allermeisten Rehabilitanden nach einer medizinischen Reha mehrheitlich an ihren alten Arbeitsplatz zurück. Bei der kleineren ebenfalls erfolgreichen Gruppe, die eine berufliche Umschulung durchlaufen haben, ergab sich die Notwendigkeit der Umschulung entweder aus einer starken körperlichen und/oder psychischen Belastung oder aber aufgrund massiver Probleme am vorherigen Arbeitsplatz. In einzelnen Fällen stellt die berufliche Umschulung gleichsam eine nachträgliche Korrektur einer unpassenden Berufswahl dar. Bei einigen Fällen zeigt sich, dass eine LTA-Leistung sozusagen als „letzte Chance“ am Ende einer langen Inanspruchnahmekette gewährt wird, wobei in der Analyse der Eindruck entstanden ist, dass von administrativer Seite her nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten noch ein „letzter Versuch“ unternommen wird. Anhand unserer Fallstudien zeigt sich, dass dies aber meist keinen positiven Effekt auf einen Return to Work mehr hat (vgl. Frau Zeppelin,

Kap. 7.5.1). In derartigen Fällen würde sich aus unserer Sicht eher eine niedrigschwellige individuelle Lösung (z.B. Jobcoaching) anbieten.

Insgesamt lässt über die genannten Gruppen hinausgehend festhalten, dass neben den positiven persönlichen Faktoren wie Motivation, Offenheit für das Erlernen neuer Bewältigungsformen, Eigeninitiative und Selbstsorge und Resilienz die Attribution der Krankheitsursachen eine entscheidende Rolle spielt. Daraus ergeben sich individuelle Bewältigungsstrategien und Behandlungswünsche, die wesentlich für die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Angeboten und letztlich zum Erfolg von Interventionen beitragen. Diese Attributionen tragen auch zum Aushandlungsprozess der medizinischen Diagnose zu Beginn der Behandlung und bei der Entlassung aus der Reha-Klinik bei und entwickeln von dort ausgehend eine Eigendynamik, etwa wenn Rehabilitanden sich nach einem „Flash-Back“ von Kindheitstraumata auch gegenüber der Umwelt als PTBS-Patienten oder als Opfer von Burn-out darstellen können: Psychiatrische psychosomatische Diagnosen werden von den Ärzten aus den Erzählungen der Patienten und zusätzlicher Psychodiagnostik heraus erstellt. Die subjektiven Attributionen der Patienten wirken sich zudem auf weitergehende Einschätzungen und Zukunftserwartungen (Gesundheit, Arbeitsfähigkeit, Berufsstatus) aus.

Mit Blick auf die Fragestellung des *Zugangs* zu Behandlung und Rehabilitation zeigte sich, dass eine wesentliche Voraussetzung für eine rechtzeitige Inanspruchnahme medizinischer, psychologischer oder rehabilitativer Leistungen die *Selbstwahrnehmung erster Symptome als behandlungsbedürftig* ist. Eine weitere Voraussetzung ist die *Akzeptanz*, dass es sich um eine schwerwiegendere und nicht von alleine verschwindende Störung des seelischen Gleichgewichts handelt. Die dann meist erfolgenden hausärztlich verschriebenen Medikamente und kurze Phasen der Krankschreibung mit vorübergehender Symptomlinderung verlängern die Hoffnung darauf, dass es sich bei den Symptomen nur um eine kurzzeitige Episode oder Irritation handelt. Zusammen mit der Angst vor Arbeitsplatzverlust oder vor dem Sichtbarwerden der Störungen in der Familie kommt es häufig zu Formen des Präsentismus: Durchhalten in der Arbeit trotz Beschwerden, Verheimlichung vor Familie und Freundeskreis bis sich eine Krise zuspitzt. Spätestens an dieser Stelle kommen einschlägige professionelle Hilfen zum Tragen. Meist sind es dann Hausärzte, niedergelassene Neurologen/Psychiater oder gelegentlich auch Psychologen, die eine psychosomatische Reha empfehlen. Damit stellt sich die Frage der Früherkennung und Intervention im *primärärztlichen System*, auf das das System der Rehabilitation keinen Einfluss hat. Auch erst teilweise vorhandene Früherkennungssysteme in (Groß-)Betrieben haben bislang trotz einiger Modellprojekte und einiger psychosomatischer Sprechstunden an psychosomatischen Kliniken in Kooperation mit Betrieben hier wenig Einfluss auf die Inanspruchnahme von Rehabilitation. In unserer Studie zeigte sich, dass nur etwa



## Synopse der Ergebnisse

1% der Zuweisungen über ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) oder Betriebsärzte erfolgte. Dies verweist auf eine systemisch bedingte Leerstelle im Bereich der Sekundärprävention (vgl. Kapitel 11).

Wenn Patienten aufgrund dramatischer auffälliger Krisen direkt in die Psychiatrie gelangen, werden ihnen in der Regel die Wege in das Versorgungssystem gebahnt. Dies kann allerdings kein Modell für die Zugangssteuerung zu angemessenen Hilfen sein. Zusammengefasst lässt sich anhand unserer Daten sagen, dass es kaum direkte externe präventive Optionen gibt, um eine rechtzeitige Inanspruchnahme zu steuern bevor sich eine Krise manifestiert.

## 10. Limitationen

Wie an vielen Stellen im Bericht bereits betont wurde, kann eine Mixed-Method-Studie durch die Verknüpfung unterschiedlicher Datensorten zusätzliche und neue Informationen liefern und vertiefte Einblicke in die Mikroprozesse des Inanspruchnahmegeschehens ermöglichen. Trotzdem zeigen sich Begrenzungen in den Verknüpfungsmöglichkeiten der Datensorten sowie aufgrund der unterschiedlichen konzeptionellen Herangehensweisen bei der statistischen Datenanalyse und der hermeneutisch-rekonstruktiven Fallstudienanalyse. Im Folgenden werden die Limitationen mit Blick auf Fragebogenkonstruktion, Rücklaufverzerrungen und die Verknüpfung mit den RSD-Daten auf der einen und den Interviewdaten auf der anderen Seite (methoden-)kritisch reflektiert. Darüber hinaus werden auch methodische Begrenzungen in der quantitativen Datenanalyse thematisiert.

### 10.1. Fragebogenkonstruktion

Vor dem Hintergrund der ersten Auswertung des RSD-Files sowie des, durch das iqpr entwickelten, Prognosemodells erfolgte die Fragebogenkonstruktion. Zur Ausdifferenzierung der vermuteten Heterogenität der Inanspruchnahmeverläufe innerhalb der theoretischen Gruppen wurden konkrete und möglichst geschlossenen Fragestellungen entwickelt. Zur Konstruktion der Fragebogenitems wurde darüber hinaus eine Vorstudie genutzt, die mit Hilfe von episodisch-narrativen Interviews zur Biografie von Rehabilitanden aus dem RSD-File mit Schwerpunkt auf Erwerbs- und Krankheitsgeschichte sowie zur Inanspruchnahme von Leistungen erfolgte (siehe Punkt 4.3.1). Hierdurch konnten die Themenkomplexe für den Fragebogen auf ihre Relevanz geprüft und thematische Leerstellen geschlossen werden. Dennoch stellten wir nach Rücklauf des Fragebogens bzw. bei der Fragebogenauswertung fest, dass Leerstellen innerhalb des Fragebogens zu finden waren.

- **Themenbereich I<sup>95</sup> „persönliche Angaben“.** Neben der Frage nach dem höchsten Bildungsabschluss wurden die Untersuchungsteilnehmer im FB nicht mehr nach ihrer Diagnose gefragt (diese ergab sich aus den Angaben im RSD-File). In den Experteninterviews mit den Akteuren der Rehabilitationskliniken zeigte sich, dass die jeweilige Diagnose Hinweise für einen umfangreichen und komplexen Behandlungsverlauf seien. So berichteten die Mitarbeitenden der Rehakliniken, dass Personen mit einer F4-Diagnose häufiger langandauernde Verlaufskarrieren und eine höhere Krankheitsbelastung aufwiesen als Menschen mit einer Diagnose aus dem F3-Spektrum (vgl. Kapitel 7.8.1). Auch in unserem

---

<sup>95</sup> Siehe den im Anhang befindlichen Fragebogen (XX)

Sample wurde deutlich, dass F4-Diagnostizierte oftmals längere Inanspruchnahmeketten hatten und sich häufiger zum Zeitpunkt der Befragung im ALO-Status befanden. Rückblickend wäre es daher von Vorteil gewesen, eine Frage nach der den konkreten mit der Diagnose verbundenen Beeinträchtigungen in den Fragebogen mit aufzunehmen. um die Ergebnisse der qualitativen Studie in einem größeren Rahmen validieren zu können und dies für Empfehlungen hinsichtlich eines Präventions- und Interventionsmodells zu nutzen; um den Fragebogen nicht zu lang werden zu lassen, hatten wir uns schließlich entschieden, auf diese Frage zu verzichten. In den Fallstudien zeigte sich, dass es weniger die Diagnose als vielmehr die konkreten Beeinträchtigungen im Kontext der jeweiligen Lebenssituation sind, die die Irritationen bei der Problembewältigung des Lebens mit der Krankheit darstellen (vgl. auch Schaeffer 2009). Hier wäre dann der Vergleich mit der im RSD-File dokumentierten Bewilligungsdiagnose interessant gewesen; allerdings ist hier auch zu berücksichtigen, dass die Zugangsdiagnose zur medizinischen Reha häufig nicht identisch ist mit der Reha-Entlassungsdiagnose.<sup>96</sup>

- **Themenbereich II** *„Gesundheitlicher Verlauf und Angaben zur Krankheitsgeschichte insbesondere mit Blick auf die ersten Symptome und Ursachenattributionen“*. In diesem Themenkomplex baten wir die Teilnehmer darum, den Zeitpunkt ihrer ersten psychischen Symptome mit direkter Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer Hilfeleistung und den Zeitpunkt des Antritts ihrer ersten stationären oder ambulanten Rehabilitation zu benennen. Ergänzend wäre die Fragestellung nach dem Auftreten der ersten psychischen Symptome, unabhängig der medizinischen Versorgungsleistungen, sinnvoll gewesen. So hätten wir eine Aussage über den Status der Chronifizierung der Erkrankung gewinnen können. Die oft langjährigen hausärztlichen und teils auch psychotherapeutischen Behandlungen vor Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Behandlungen oder medizinischer Rehabilitation geben Hinweise auf oft lange Zeiten des Präsentismus, in denen die Befragten trotz teils erheblicher Beschwerden am Arbeitsplatz durchgehalten haben. Aber auch die Informationen hinsichtlich individueller Bewältigungsstrategien und damit einhergehender Stabilität, hätte sich als effektiver Informationsgewinn dargestellt. Gleichwohl konnten wir in den retrospektiven Erzählungen die oftmals langjährigen therapeutischen Erfahrungen der Teilnehmenden berücksichtigen.

---

<sup>96</sup> Studie „Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit bei psychischen Beeinträchtigungen im Raum Berlin-Brandenburg“ (vgl. Kardorff, Meschnig & Klaus 2019).

Prinzipiell ist der Fragebogen als gutstrukturiertes Erhebungsinstrument zu bewerten, der uns breite Erkenntnis zu den vielfältigen und individuellen Erkrankungsverläufen und Inanspruchnahmeketten der Teilnehmenden brachte. Besonders hervorzuheben sind die Ergebnisse zu den Auswertungen der Fragen nach dem Gesamtverlauf des medizinischen und rehabilitativen Leistungserhalt und der fehlenden Leistungs- und Unterstützungsangebote. Letzteres zeigte sich als effektiver zusätzlicher Informationsgewinn über Mängel und Defizite, die den Teilnehmenden relevant erschienen.

### 10.2. Mögliche Verzerrungen retrospektiver hermeneutischer Rekonstruktionen

Wie bei Punkt 4.4 näher beschrieben wurden nach den Kriterien des *theoretical sampling* 70 Personen zur Interviewteilnahme ausgewählt.

Nur wenige Personen waren nicht in der Lage in der Interviewsituation die konkreten Verläufe und in Anspruch genommenen medizinisch-therapeutischen sowie rehabilitativen Leistungen zu rekonstruieren. In der Regel konnte die Abfolge von Leistungen im Zusammenspiel mit dem Verlauf der Erwerbsbiografie sowie Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und/oder Arbeitslosigkeit mit Angabe der Kalenderjahre und -monate von den Interviewten benannt werden. Allein länger zurückliegende Ereignisse, z.B. berufliche Rehabilitationsleistungen aus den 90er Jahren, die etwa von der Bundesagentur für Arbeit finanziert wurden, konnten in ihrer zeitlichen Einordnung weniger präzise angegeben werden. Insgesamt konnte von einer guten Erinnerungsfähigkeit und einem geringen Erinnerungsbias bei den Befragten ausgegangen werden.

Bei allen qualitativen Studien, die retrospektive Erzählungen von betroffenen Personen nutzen, stellt sich die Frage nach der Glaubwürdigkeit und Zuverlässigkeit.<sup>97</sup> So kann eine Erzählung durch soziale Erwünschtheit, Erinnerungslücken, die Dynamik bewusster (interessegeleiteter) und unbewusster Auswahlen, durch die Beeinflussung der Befragten durch die Interviewer und umgekehrt im „Stegreifdrama“ der gemeinsamen Sinnkonstruktion im Interviewprozesses (vgl. Hermanns, 2000) oder durch alle genannten Aspekte zusammen verzerrt sein. Um dem entgegenzuwirken, existieren verschiedene methodische Überprüfungsmöglichkeiten, die von uns im Forschungsprozess realisiert wurden. Dazu zählen:

- die Chronologie der Erzählung durch Datentriangulation (vgl. Flick, 2011),
- interne Konsistenzprüfung durch die sequenzielle Analyse der Transkripte und
- die Analyse der Frage-Antwort-Sequenzen, um Interviewer-Effekte aufzuspüren.

---

<sup>97</sup> Im Sinne von Norbert Elias in der eigenen Situation gefangene und im eigenen Interesse „Engagierte“ (Elias (2020)).

Die Stimmigkeit der Chronologie der Erzählungen konnte weitgehend durch den Vergleich mit den Verlaufsdaten aus dem RSD-File abgeglichen werden; bei einzelnen Unstimmigkeiten zeigte sich, dass etwa Beschäftigungszeiten befragter TN aufgrund von Auslandsaufenthalten nicht im RSD-File auftauchten.

Die interne Konsistenzprüfung in den Transkripten ergab mit wenigen Ausnahmen eine Übereinstimmung innerhalb der Erzählungen, so dass auch hier von einer hohen Inhaltsvalidität der berichteten Inanspruchnahmen und Krankheitsverläufe ausgegangen werden kann.

Zur Minimierung des letztgenannten Punktes, haben wir bei jedem Interview eine offene, erzählgenerierende Eingangsfrage vorangestellt, die den Teilnehmenden genügend Raum zur Entfaltung ihrer eigenen Relevanzhorizonte, ihrer Entscheidungsgründe und ihrer Zukunftshoffnungen und -vorstellungen einräumten (vgl. Rosenthal & Fischer-Rosenthal 2015). Bei den von uns ausgewählten „Eckfällen“, die zur Fallkontrastierung herangezogen wurden, wurden die Frage-Antwortsequenzen in der Auswertungsgruppe reflektiert.

### 10.3. Prognosegruppenmodell<sup>98</sup>

Zielgröße war der RTW im Jahr nach der letzten Rehabilitationsleitung. Mit dem Youden-Index inklusive bootstrapping (n=250) hatten wir uns für ein bewährtes und robustes Instrument zur Bestimmung von cut-off-Werten entschieden, ohne die Optimalität gegenüber Alternativen zu prüfen. Zu alternativen, empirisch gewonnenen Cut-off-Werten gab es eine breite Methodendiskussion.

Auf theoretisch gebildete von Cut-off-Werten, z.B. auf Basis der Priorisierung von Spezifität und Sensitivität, hatten wir verzichtet. Die Auswahl von Personen, die für die erste Interviewelle angeschrieben wurden, erfolgte aus Stichproben innerhalb der Prognosegruppen (vgl. Anhang 12.1; oder Abschnitt 5.3). Die vorgenommene Stratifizierung innerhalb der Prognosegruppen nach Bundesland, Alter und Bildung sollte aus unserer Sicht nur bedingt zu einem Bias führen. Die Regionalität ermöglichte Stadt-Land-Unterschiede zu untersuchen. Weitere Unterschiede, z.B. Ost-West, erschienen uns nachrangig. Das Weglassen der beiden Altersrandgruppen erhöhte die Homogenität, da eine Kontamination durch altersbedingte Übergangsprozesse ausgeschlossen wurde. Mögliche Alternativen zu den Prognosegruppen – RTW ja/nein, Binnenheterogenität (gemessen an Streumaßen oder Repräsentanten), einfache Zufallsstichprobe, hatten wir verworfen, weil die Informationen aus den Prognosemodellen nicht vollumfänglich in die Stichprobenziehung eingeflossen wären. Es bleibt festzuhalten, dass Angesichts der unbeobachteten Heterogenität Verzerrungen sehr

---

<sup>98</sup> Für eine ausführliche Diskussion und Darstellung siehe Kapitel 5 und Anhang 12.1.

## Limitationen

wahrscheinlich waren. Insbesondere die zeitlich auseinander liegende Zielgröße des RTW in 2018 (RSD) und in 2021/22 (Interview) erschwerte den direkten Vergleich der beiden analytischen Zugänge. Weiterhin bemerkten wir bereits in der Vorstudie erste Ungenauigkeiten bezüglich der Zugehörigkeit. Ferner ist das Prognosegruppenmodell als Vorhersagemodell zu verstehen, es zielt nicht auf ein Beratungs- oder Interventionsmodell ab.

Nicht zuletzt seien einige eher allgemeine Limitationen von Prognosemodellen benannt. (1) Angesichts der unbeobachteten Heterogenität sind Verzerrungen sehr wahrscheinlich. Diese Limitation werden wir über die weiteren Datenerhebungen und -verknüpfungen minimieren. (2) Auf interne Modellvalidierungen, etwa Kreuzvalidierung oder bootstrapping, haben wir an dieser Stelle verzichtet. Ebenso auf alternative Selektionskriterien der Prädiktoren. Da für den vorliegenden Zweck (die weiterführende Stichprobenselektion) vor allem die vier Gruppen (jeweils die beiden true und false-Gruppen) zentral sind und weniger der einzelne individuelle Prognosewert, halten wir das Vorgehen für belastbar.

Die Erweiterungen der Modelle um Fragebogenangaben haben zu deutlich besseren Modellgüten. Hierbei wurden identische Zeitbezüge zum RTW zugrunde gelegt. Die Prädiktoren waren zwischen den Gruppen sehr heterogen.

### 10.4. Attributionsgruppen

Wie bereits in Kapitel 8.5.3 beschrieben, wurden in der qualitativen Auswertung der Interviews für jede Person aus dem Fragebogen (vgl. Frage 9 mit Mehrfachantworten) Attributionsmuster definiert bzw. die Teilnehmer diesen zugeordnet. Hierzu gehören:

- Aufschichtung biographischer Ereignisse
- Frühe psychisch belastende Erlebnisse/Trauma
- Kritisches Lebensereignis
- Somatische Erkrankungen

Je nach Attribuierung waren mehr oder weniger komplexe Leistungsketten zu erwarten. Wir erhofften uns, dass anhand von bereits vorliegenden bzw. aufwandsarm zu erhebenden Daten die Attributionsgruppen identifiziert werden konnten, um somit wertvolle Hinweise insbesondere für die Fallsteuerung zu generieren. Dahingehend wurden die charakteristischen Merkmale ermittelt, um zu prüfen, ob derartige Merkmale eine zuverlässige Vorhersage darstellten und ob diese Vorhersage auf neue Daten übertragen werden konnten. Als Prädiktoren wurden Merkmale des Fragebogens und der

## Limitationen

RSD verwendet. Problematisch war dabei die geringe Fallzahl, da nur für 56<sup>99</sup> Personen Fragebogendaten und diese teils mit Missings vorlagen. Es ergaben sich folgende Limitationen:

- a. Es waren nur wenige Prädiktoren möglich, da sonst zu viele Nullzellen und damit instabile Schätzungen entstanden.
- b. Zudem hatten wir auf eine interne Modellvalidierung verzichtet, da dabei die Fallzahl noch weiter gesunken wäre (z.B. Kreuzvalidierung). Deswegen bestand das Risiko, dass die Gleichung zur Anwendung auf neue Daten überangepasst war. Wir halten das Risiko aber für gering, da ausschließlich signifikante Prädiktoren im Modell enthalten waren.

### *Anwendung der Modellgleichung auf neue Daten*

Die zuvor entwickelte Modellgleichung wandten wir auf die verbliebende Grundgesamtheit des Fragebogendatensatzes (der zudem mit der RSD verlinkt ist, n=1106) an. Dabei wurde für jede Person die Wahrscheinlichkeit der Zuordnung zu jedem der vier Attributionsgruppen ermittelt. Wir ordneten die Personen eindeutig einer Gruppe zu, wenn die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit größer als 50 % betrug. Einige Teilnehmer konnten nicht zugeordnet werden. Dies lag zum einen in Missings begründet (Alter bei der ersten behandlungsbedürftigen psychischen Krise), zum anderen wurde der cut-off von 50% nicht erreicht. Inhaltlich war dies nicht überraschend, da auch die Zuschreibung der Attributionsmuster auf Basis der Interviews nicht immer eindeutig war. Die Verteilung kam der des Trainingsdatensatzes relativ nahe, was auf eine zuverlässige Schätzung hindeutete. Allerdings war das Interviewsample keine echte Zufallsstichprobe, so dass die Abweichung entweder auf Stichprobenverzerrung, eine überangepasste Modellgleichung (siehe vorheriger Unterpunkt) oder beides zurückzuführen war.

## 10.5. Poststratifikation

In Kap. 8.3.2 ist beschrieben, wie die Fragebogen-Daten gewichtet wurden, um den Verzerrungen durch disproportionale Schichtung des Fragebogen-Sample und durch fehlende Rückläufe entgegenzuwirken. Die methodischen Argumente sowie der Vergleich von gewichteten und ungewichteten Ergebnisse auf ihre inhaltliche Relevanz hin deuten darauf hin, dass der Ansatz sinnvoll ist und zu belastbaren Ergebnissen führt. Gleichzeitig ist er auch begrenzt, weil über eine Gewichtung allenfalls begrenzt korrigiert werden kann und keine optimale Stichprobe ersetzt. In den Teilgruppen mit sehr hohen Gewichten sind daher die Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren. In den entsprechenden Kapiteln wird darauf hingewiesen.

---

<sup>99</sup> Wie in Kapitel 8.5.3 bereits ausgeführt, lagen nicht für alle 70 interviewten Personen Fragebögen vor.

## 11. Empfehlungen für Praxis und Forschung

Trotz der großen Heterogenität in den Inanspruchnahmeverläufen der Rehabilitanden mit den Hauptzugangsdiagnosen F-3 und F-4 der ICD-10 ergeben sich auf Basis der Routinedaten (RSD-File-Analyse 2010 – 2017), der Fragebogenerhebung (zusätzlich Inanspruchnahmen vor 2010 und von 2018 -2021) und der Interviews einige Hinweise zur verbesserten Zugangs- und Verlaufssteuerung sowie zur Nachsorge. Im Folgenden werden die Empfehlungen zusammen mit der jeweiligen empirischen Datenbasis dargestellt und begründet. Die folgenden Empfehlungen leiten sich aus der Analyse langer Verläufe in der Inanspruchnahmekette ab, die durch die Fragebogenerhebung nach „links“ vor und nach „rechts“, nach dem im RSD-File-Fenster 2010 – 2017 abgebildeten Zeitraum ergeben hatten: etwa 1/3 der Befragten hat vor bzw. nach dem Fenster weitere Akut- oder Reha-Leistungen erhalten.

### 11.1. Empfehlungen für die Praxis

#### *Wege in die Rehabilitation*

Angesichts der Tatsache, dass 46% der Versicherten, die eine EM-Rente aufgrund einer diagnostizierten psychischen Erkrankung erhalten haben (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2015) vorher keine stationären oder ambulanten Angebote der psychosomatischen Rehabilitation (der Rentenversicherung) in Anspruch genommen haben, stellt sich das Thema des Zugangs und der (rechtzeitigen) Inanspruchnahme als besonders dringlich dar. Auch wenn wir in unserer Studie nur solche Versicherten untersucht haben, die im Untersuchungszeitraum mindestens eine medizinische Rehabilitationsleistung und/oder eine LTA-Maßnahme in Anspruch genommen hatten und EM-Rentenbezieher aus der RSD-Stichprobe ausgeschlossen waren, lassen sich aus den analysierten Inanspruchnahmeverläufen, unter anderem aus der Selbsteinschätzung der Rehabilitanden im Fragebogen, dass die Reha-Maßnahme zu spät kam (40,2 %, siehe unten) sowie aus den Interviews einige Rückschlüsse auf Zugangs- und Zuweisungsprobleme ziehen. Hier spielen folgende Gesichtspunkte eine Rolle und wirken auch zusammen: mangelnde Informiertheit der Versicherten über das Angebotsspektrum der Rehabilitation, Fehlende Vorbereitung auf die Rehabilitation, mangelnde Identifikation von Reha-Behandlungsbedarfen im Vorfeld durch das primärärztliche System und durch Psychotherapeuten, keine oder zu späte Früherkennung von Warnzeichen für Präsentismus im Arbeitsumfeld, vermutlich auch Vorbehalte gegen psychosomatische Angebote bei einigen Versicherten mit niedrigeren Bildungsabschlüssen, aber auch Zugangsbarrieren im Antrags- und Bewilligungsverfahren, wie etwa bürokratische Anträge oder lange Bearbeitungszeiten.



Hier ist zunächst zu unterscheiden zwischen dem Zugang bzw. der Empfehlung zur Inanspruchnahme einer psychosomatischen Rehabilitation durch das primärärztliche Versorgungssystem, durch die Psychiatrie oder durch Psychotherapeuten auf der einen Seite („aus dem Vorfeld“) und die administrativen Zuweisungsprozesse durch die sozialmedizinische Begutachtung und die Verwaltung der Rentenversicherung nach Antragstellung auf der anderen Seite.

### *Zugang zur psychosomatischen Rehabilitation aus dem Vorfeld*

In der Regel geht der Inanspruchnahme (Empfehlung) ein längerer Prozess der Symptomentwicklung mit Phasen des Abwartens und Hoffens auf ein Verschwinden der Symptome von alleine, der Nutzung hausärztlicher, fachärztlicher und/oder psychotherapeutischer Behandlung und häufig auch langen Zeiten der Präsentismus in der Arbeitswelt voran. Gefragt nach der Einschätzung des richtigen Zeitpunkts der psychosomatischen Rehabilitation gaben in der Fragebogenerhebung 57,3 % der Befragten, die diese Frage beantwortet haben (n=1.133) an, dass sie die erste psychosomatische Rehabilitation genau zum richtigen Zeitpunkt erhalten hätten. Aber immerhin 40,2 % antworteten im Rückblick, dass die Rehabilitation – die im Übrigen überwiegend positiv bewertet wurde – zu spät kam; nur 2,5% gaben an, dass die Rehabilitation für sie zu früh kam. In den Interviews handelte es sich bei den zuletzt genannten Fällen um Personen, die sich noch in einer akuten Krise befanden und daher noch nicht in der Lage waren, gewinnbringend an den Angeboten der Rehaklinik teilzunehmen. Da es sich hier aber um sehr wenige Fälle handelte, lassen sich keine generellen Empfehlungen abgeben, außer der, dass die *Reha-Fähigkeit* bei der Aufnahme in der Klinik noch einmal durch die aufnehmenden Ärzte und Psychologen überprüft werden sollte und ggf. ein zeitiger Abbruch mit einer konkreten Empfehlung, etwa zu einer tagesklinischen oder akutpsychiatrischen Behandlung ausgesprochen werden sollte.

Quantitativ bedeutsamer ist die von den Rehabilitanden als zu spät angegebene Zuweisung. Hier lassen sich nur einige sehr allgemeine Empfehlungen geben, die das Vorfeld der Rehabilitation betreffen:

- Sensibilisierung der Hausärzte/Fachärzte für die rechtzeitige Zuweisung zur psychosomatischen Rehabilitation; zwar läuft die Vermittlung der meisten von uns in den Interviews befragten Rehabilitanden über Empfehlungen, teil mit Hilfestellung durch den Hausarzt. Hier erschien es uns sinnvoll, wenn Hausärzte auch das Thema des Präsentismus im ärztlichen Gespräch aufgreifen würden und den Präsentismus ggf. nicht durch langdauernde Medikamentengabe ungewollt fördern würden.
- Ermutigung zur frühzeitigen, vor einer psychosomatischen Reha liegenden Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Haus- und Fachärzte; in der Fragebogenerhebung zeigte sich, dass diejenigen Rehabilitanden, die eine Psychotherapie in Anspruch genommen hatten, im

## Empfehlungen für Praxis und Forschung

Vergleich mit denen, die dieses Angebot nicht genutzt hatten, bei der Rückkehr in Arbeit (RTW) leicht besser abgeschnitten haben.

- In Fortbildungsveranstaltungen für Psychotherapeuten sollte ebenfalls auf die Möglichkeit einer rechtzeitigen Inanspruchnahme von Reha-Angeboten (sowohl medizinische, vor allem aber auch Maßnahmen der beruflichen Reha) hingewiesen werden, auch weil dieses Angebotsform bei Psychotherapeuten nicht so bekannt zu sein scheint, wie dies bei Hausärzten in der Regel der Fall ist.
- Ansprechen der Betriebe, damit sie Arbeitnehmer im Rahmen des BEM bei mehr als 42 Tagen krankheitsbedingter AU pro Berichtsjahr auf die Möglichkeiten einer psychosomatischen Rehabilitation hinweisen und ggf. auf entsprechende Beratungsstellen hinweisen. Diese Empfehlung begründet sich aus den in den Verlaufsdarstellungen aus den RSD-Files, wie aus den Fragebogen und vor allem aus den Interviews hervorgehenden langen Zeiten, in denen die Befragten trotz vorhandener Symptome sie es mit Medikamenten, in einigen Fällen auch mit Psychotherapie versucht haben, am Arbeitsplatz durchzuhalten (Präsentismus) statt eine Reha-Maßnahme zu beantragen. Hier sollten bereits bestehende Kooperationsformen zwischen Betrieben und wohnortnahen Sprechstunden an psychosomatischen Kliniken ausgeweitet und psychosomatische Sprechstunden in Betrieben weiter ausgebaut werden sowie Betriebe etwa über IHKs proaktiv angesprochen werden, um für das Thema sensibilisiert zu werden. Einige Reha-Pro-Projekte wie etwa „Blaufeuer“ bieten sich als innovative Form einer niedrigschwelligen Ansprechmöglichkeit für Betroffene an.
- Information der Versicherten über die Möglichkeit und die Sinnhaftigkeit einer rechtzeitigen psychosomatischen Rehabilitation. Dabei sollte die Information als Flyer für Arztpraxen oder als Internetangebot, ggf. mit kleinen Fallvignetten so gestaltet sein, dass auch Versicherte mit geringerer formaler Bildung oder weniger guten Deutschkenntnissen angesprochen werden.
- Da die Inanspruchnahme von Psychotherapie in unseren Ergebnissen leicht positiv mit dem RTW-Erfolg korreliert scheint es besonders wichtig, dass Rehabilitanden mit niedrigem formalen Bildungsstatus, von denen einige einer psychotherapeutischen „Kur“ skeptisch gegenüberstehen, ermutigt werden, Psychotherapie wahrzunehmen<sup>100</sup>.

---

<sup>100</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass die oft langen Wartezeiten, gerade bei der angesprochenen Gruppe, zusätzlich demotivierend wirken kann, ebenso wie der Mangel an psychotherapeutischen Angeboten auf dem Land; dies berührt die grundsätzliche Frage der psychotherapeutischen Versorgung. Um dem zu begegnen können für den Krisenfall auch Kurzzeittherapien sinnvoll sein.

*Zuweisungssteuerung durch die Rentenversicherung*

- Vorbereitung auf die Rehabilitation durch gezielte Information der Rehabilitanden, in denen sie erfahren, was sie in der Rehabilitation erwartet. So haben auf die Frage danach, welche Unterstützung ihnen gefehlt habe (Mehrfachantworten waren möglich), 77 % der antwortenden Personen (n = 1.016) „frühzeitiger Überblick über die Bandbreite der Leistungen“ angekreuzt. Auch in den Interviews haben einige Befragte, auf den Mangel an diesbezüglichen Informationen verwiesen. Auch in Experteninterviews wurde die Sinnhaftigkeit einer derartigen Vorbereitung betont. Diese Vorbereitung könnte durch eine entsprechende kleine Broschüre/Faltblatt oder per Internet-Link geschehen, die mit der Bewilligung einer Maßnahme an die Rehabilitanden verschickt wird. Auch wenn sich viele Rehabilitanden im Vorfeld etwa über die speziellen Klinikangebote im Internet informieren, wäre eine gezielte, gut verständliche und direkt an die Versicherten gerichtete Information wünschenswert. Als Anregung dafür könnte das „multimodale internetbasierte Informationsangebot zur Vorbereitung auf die stationäre Rehabilitation“ der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikum an der Universität Mainz dienen.
- Die Rehabilitanden sollten zudem als Vorbereitung auf die Rehabilitation zusammen mit dem Antragsformular einen Fragebogen zum bisherigen Krankheitsverlauf und zur bisherigen Inanspruchnahmegeschichte zugesandt bekommen. Dort sollten u.a. folgende Aspekte abgefragt werden: seit wann sind die ersten Symptome aufgetreten, wo verorten sie selbst die Ursache für ihre Beschwerden (Attribution), was hatten sie bereits selbst unternommen, welche Angebote (Fachärzte, Psychotherapie, Psychiatrie etc.) haben sie genutzt usw.? Dies könnte durch vorgegeben Kategorien und ein offenes Antwortfeld abgefragt werden (vgl. Fragebogen im Anhang 12.5.). Diese Informationen liefern der aufnehmenden Klinik oder der LTA-Einrichtung schon vorab Hinweise auf einen ggf. besonderen Unterstützungsbedarf. Mit dem Antrag – der weniger bürokratisch gestaltet ist als dies bisher der Fall ist – sollten die Rehabilitanden aber gebeten werden, im Vorfeld der Reha ihre eigenen Erwartungen an die Rehabilitation zu formulieren (evtl. mit vorgegebenen Kategorien und einem offenen Feld für Aspekte, die nicht über die Vorgaben abgedeckt sind). Dies ist nicht unbedingt mit einem existierenden aber nicht verbindlichen Motivationsschreiben identisch. Die Nutzung eines derartigen Fragebogens sollte einer Pilotierung mit Blick auf Verständnis, Akzeptanz und Nutzen unterzogen werden.
- Wenn der Antrag auf Rehabilitation abgelehnt wird, sollten Ablehnungsanträge mit konkreten Alternativangeboten versehen werden, evtl. mit einem wohnortnahen Beratungsangebot

auch persönlich beraten werden können. Die Ablehnung mit der Begründung sollten nicht nur an den behandelten Arzt, sondern auch die Betroffenen zurückgemeldet werden.

### *Beratung im Verlauf*

Insgesamt gibt es in den psychosomatischen Reha-Kliniken wie auch in den Einrichtungen, die LTA-Leistungen durchführen ein breites Angebot an Beratungs- und Nachsorgeangeboten. Für Rehabilitanden mit langen Leistungsketten, langen AU-Zeiten und/oder häufigen bzw. längeren Perioden der Erwerbslosigkeit und hoher, aus der (Erwerbs-)biografie berichteter Vulnerabilität gibt es in den Kliniken bereits Screening Instrumente wie den SIMBO-Fragebogen zur Zuweisung der Rehabilitanden zu MBOR-Angeboten; hier müssten die Rehabilitanden dann auch explizit informiert und einbezogen werden. Vor allem sollte das Angebot der Sozialberatung in Richtung einer Vorbereitung zur Rückkehr in Arbeit gestärkt werden. Hier wäre es im Beratungsverlauf in der Klinik wichtig, Personen aus diesen Gruppen frühzeitig ein Case-Management anzubieten. Nachdem Reha-Fachberater der Renten-Versicherung Bund in der Regel nicht mehr routinemäßig in die Kliniken kommen und diese Aufgaben nun zusätzlich von den Sozialdiensten in den Kliniken übernommen werden müssen, empfehlen wir eine

- Personelle Aufstockung der Mitarbeiter im Kliniksozialdienst und spezielle Fortbildungsangebote im Case-Management, damit für die besonders vulnerablen Gruppen – in unserer Studie vor allem Personen mit vorgängiger Inanspruchnahme (teil-)stationärer psychiatrischer Angebote und Personen aus der Gruppe der „Wiederholer“ – bereits in der Klinik Wege nach Beendigung des Klinikalltags gebahnt werden können.

### *Nachsorge im Verlauf*

Das breite Angebot an Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation – bei der psychosomatischen Reha „PsyRena“ – und nach LTA-Leistungen, etwa im Anschluss an Integrations- oder Vollqualifizierungsmaßnahmen – Nachsorge nach BTZ-Maßnahmen, Wiedereinstiegsbegleitung durch IFD – wird von den Rehabilitanden gut angenommen und in den Interviews meist positiv bewertet. Gleichwohl zeigen sich auch hier Lücken. Da den größten Teil der Rehabilitanden die Rückkehr in Arbeit unspektakulär gelingt, gilt hier eine besondere Aufmerksamkeit für diejenigen, bei LTA-Maßnahmen grob geschätzt ca. 20 % der Rehabilitanden, denen dies nicht gelingt oder die nach kurzer Zeit wieder Rückfälle haben. Hier scheint es uns wichtig, während der Maßnahmen und bei der Beendigung der Maßnahmen das individuelle Risikoprofil aus biografischer Anamnese und bisheriger Verlaufs- und Inanspruchnahmekurve zu berücksichtigen. Diejenigen Rehabilitanden, die in ländlichen Gebieten oder Kleinstädten wohnen, beklagen zudem, dass PsyRena Angebote zu wohnortfern sind.

## Empfehlungen für Praxis und Forschung

- Erweiterung von PsyRena-Angeboten im ländlichen Raum, Anbieten auch virtueller durch Fachkräfte betreuter Nachsorgegruppen. Zur Verstetigung der Reha-Erfolge, aber auch zur Nachsteuerung würden sich derartige Angebote anbieten. Dies gilt auch für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation.
- Keine sofortige Arbeitsaufnahme im direkten Anschluss an die medizinische Rehabilitation, sondern ca. eine Woche anschließende Krankschreibung. Gerade nach den in der Regel fünf Wochen dauernden stationären psychosomatischen Rehabilitationsangeboten, müssen sich die Rehabilitanden erst wieder in die häuslichen Alltagsroutinen einfinden, die Eindrücke aus der Rehabilitation alleine oder mit ihren Angehörigen reflektieren und ggf. liegengebliebene Aufgaben der Alltagsorganisation (z.B. Schriftverkehr mit Ämtern und Behörden) erledigen. Mehrere Rehabilitanden haben dieses Anliegen explizit geäußert, einige berichten, dass sie dies bereits in der Klinik mit dem behandelnden Arzt, der den Entlassungsbericht erstellt im Abschlussbericht ausgehandelt haben, dass sie nicht als arbeitsfähig entlassen werden. Unserer Ansicht nach wäre es aber besser hier eine allgemeine Regelung im oben angesprochenen Sinne zu finden und dies nicht dem zufälligen Geschick und der Kommunikationsfähigkeit einzelner Rehabilitanden zu überlassen.
- Als ein zusätzliches Angebot für Versicherte mit F-Diagnosen, die in der Regel an einer fünfwöchigen psychosomatischen stationären Rehabilitation teilgenommen haben, erschiene es sinnvoll nach ca. einem Jahr eine Reflexion und Bestandsaufnahme, ggf. an einem verlängerten Wochenende in der behandelnden Reha-Klinik anzubieten, um im Anschluss an den Aufenthalt gemachte Erfahrungen, Rückschläge, aber auch Erfolge, Probleme beim Wiedereinstieg in die Arbeit oder Fragen nach zusätzlichem Unterstützungsbedarf aufzugreifen. Diese Anregung wurde in Interviews von einigen Rehabilitanden, aber auch in Experteninterviews geäußert. Als Alternative dazu könnte auch eine Videosprechstunde mit den behandelnden Fachkräften, je nach Wunsch/Bedarf des Rehabilitanden mit einem Arzt, Psychologen oder einem Mitarbeiter aus dem Sozialdienst erfolgen.

### 11.2. Empfehlungen für die Forschung

In der Studie hat sich gezeigt, dass ein Vorhersagemodell mit einem 4-Felder-Schema (true positive, true negative; false positive, false negative) für den Return to Work allein auf Basis des RSD-files mit Blick auf Fragebogen und Interviews nur begrenzt funktioniert. Durch die Fragebogenerhebung, die die Rechts- und Linkszensierung des gewählten RSD-Zeitfensters 2010-2017 überschreitet und weitere Merkmale einbindet, konnte die RTW-Prognosequalität bei einzelnen der von uns gebildeten

Hauptgruppen bis zu 30 % verbessert werden; darüber hinaus konnten über den Fragebogen durch Fragen nach nicht-rentenversicherungsfinanzierten Leistungen zusätzliche für einzelne Gruppen für den RTW relevante Erkenntnisse zur Inanspruchnahme professioneller wie informeller Hilfen gewonnen werden, etwa Effekte von Psychotherapie, psychiatrischer Akut- oder tagesklinischer Versorgung, zu Arbeitsplatzverbesserungen (wie geringere und flexible Arbeitszeiten, innerbetriebliche Umsetzung, BEM, etc.).

- *Verknüpfung* der RSD-Daten mit Daten anderer Träger (Krankenkassen; Arbeitsagenturen/Jobcenter): dies wäre hilfreich, wobei hier die bekannten und besonderen datenschutzrechtlichen Aspekte berücksichtigt werden müssten. Im Rahmen träger- und rechtskreisübergreifender Kooperationen bei der empirischen Ermittlung sozialstaatlich relevanter Daten wäre dies zu einer zielgenaueren Planung und Abstimmung von Maßnahmen wünschenswert. Dies ist bereits Gegenstand aktueller Entwicklungen, z.B. im Rahmen der Beratungen zum Gesundheitsdatennutzungsgesetz. Aber auch bei einem solchen Vorgehen würden für eine nachhaltige Wiedereingliederung relevante Parameter nicht erfasst werden, wie sie nur in einer Fragebogenerhebung möglich sind, wie etwa die Attribution für die Ursachen der psychischen Störung, Zeitpunkte des ersten Auftretens einer Beeinträchtigung und Zeitraum bis zur ersten Nutzung einer professionellen Hilfe, Formen der Krankheitsbearbeitung, Nutzung von Selbsthilfe oder wichtige Daten zur Art der sozialen Einbindung und zum Umfang sozialer Unterstützung. Vor diesem Hintergrund lautet eine weitere Empfehlung für die Forschung:
- *Kombination von RSD-Daten mit Fragebogenerhebungen.* Dabei ist wie bereits im Kapitel zu den Limitationen zu berücksichtigen, dass positive Erwerbsverläufe im Fragebogen etwas überrepräsentiert waren (vgl. Abschnitt zu den Selektionsanalysen), Frauen etwas häufiger als Männer antworten und Personen mit Migrationshintergrund etwas unterrepräsentiert sind. Über nachträgliche Gewichtungen lässt sich diese Verzerrung aber mindern. Insofern sind Fragebogenerhebungen eine wichtige Informationsquelle zur Analyse patho- und salutogenetischer Faktoren, die RTW bei psychischen (und somatischen) Krankheiten eine Rückkehr in Arbeit behindern oder fördern; darüber hinaus können sie Informationen über subjektive Anpassungs- und Bewältigungsstrategien im Leben und Arbeiten mit der Krankheit liefern, etwa Reduktion von Arbeitszeiten, Abgabe von Verantwortung, Veränderung der Tätigkeitsbereiche liefern. Zudem sind längere Beobachtungszeiträume als das achtjährige Zeitfenster der RSD sehr hilfreich, weil nur bei 59% der Personen keine Verzerrungen des Leistungsverlaufs durch Rechts- oder Links-Zensierung auftreten, d.h. davor oder danach

fanden Akut- oder Rehaleistungen statt. Insbesondere bei Rechtszensierung ist die Verwendung von RTW als Endpunkt problematisch. Auf der Ebene der technischen Kombination funktioniert eine Verknüpfung von RSD-File und Fragebogen: so hatten fast alle Personen, die den Fragebogen ausgefüllt hatten, einem Linkage mit dem RSD-File zugestimmt.

- *Verbesserte Kontenklärung:* in einer Reihe von Interviews konnten die Befragten glaubhaft angeben, dass bestimmte Zeiten der Erwerbstätigkeit, des Krankengeldbezugs und anderer Daten nicht mit den RSD-Daten übereinstimmen. Bei einigen Befragten hing dies damit zusammen, dass sie im Ausland beschäftigt waren. Bei anderen konnte die Differenz zwischen RSD-File und den persönlichen Angaben nicht geklärt werden. Da diese Größen relevant für die Berechnung der Renten und damit als valides Datum zu werten sind, dürfte dies durch ausstehende Kontenklärungen zu erklären sein.
- *Verstärkte Nutzung vergleichender Fallstudien:* Die detaillierte Rekonstruktion der (Bildungs- und Erwerbs-)Biografien aus der Perspektive der Befragten und der Vergleich mit maximal kontrastierenden und vor allem minimal kontrastierenden Fällen („Zwillinge“) liefert wichtige Hinweise auf Wendepunkte und Entscheidungsprozesse in den jeweiligen Lebenskonstellationen und auf mögliche Ansätze zu einer frühzeitigen Hilfe. Darüber hinaus lassen sich anhand der Fälle in den langen Verläufen Gründe für den Wechsel in den Bearbeitungs- und Anpassungsstrategien nachzeichnen, etwa an welchen Punkten zusätzliche Behandlungen (Psychotherapie, etc.) genutzt werden und aufgrund welcher Erfahrungen der Weg in eine EM-Rente gewählt wird.

## Literaturverzeichnis

- Akremit, L. & Zanker, D. (2023). Mixing Standardized Administrative Data and Survey Data With Qualitative Content Analysis in Longitudinal Designs: Perceptions of Justified Pensions and Related Life Courses. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 24(1). <https://doi.org/10.17169/fqs-24.1.4003>
- Alsdorf, N., Engelbach, U., Flick, S., Haubl, R. & Voswinkel, S. (Hrsg.). (2017). *OAPEN Library. Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung*. transcript Verlag.
- Anema, J. R., Jettinghoff, K., Houtman, I., Schoemaker, C. G., Buijs, P. C. & van den Berg, R. (2006). Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *Journal of occupational rehabilitation*, 16(1), 41–52. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-9001-4>
- Anner, J., Schwegler, U., Kunz, R., Trezzini, B. & Boer, W. de (2012). Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not. *BMC Public Health*, 12:470. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-470>
- BAR, BAG BBW, Hochschule Magdeburg-Stendal. (2019). *Bedarfsermittlungskonzept für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*. [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)
- BAuA. (2018). *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung*. <https://doi.org/10.21934/BAUA:BERICHT20180313>
- BAuA. (2022). *Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2020*. <https://www.baua.de/DE/Themen/Monitoring-Evaluation/Zahlen-Daten-Fakten/Kosten-der-Arbeitsunfaehigkeit.html>
- Baumann, M., Zander-Schellenberg, T. & Priebe, J. A. (2022). Always on duty?! – Untersuchung des Präsentismusverhaltens bei deutschen Polizeibeamten. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 76(1), 24–33. <https://doi.org/10.1007/s41449-021-00268-5>
- Bengel, J. (2016). Psychische Komorbidität und andere Problemlagen. *Die Rehabilitation*, 55(5), 275. <https://doi.org/10.1055/s-0042-115620>
- Bestmann, A. (2008). Datenquellen und Datenqualität der Reha-Statistik-Datenbasis. *DRV-Schriften*, Bd. 55, 35–46.
- Bethge, M [Matthias], Egner, U [Uwe], Streibelt, M [Marco], Radoschewski, F. M [Friedrich M.] & Spyra, K. (2011). Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR). Eine prozessdatenbasierte



- Fall-Kontroll-Studie mit 8500 Männern und 8405 Frauen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54(11), 1221–1228.  
<https://doi.org/10.1007/s00103-011-1366-2>
- Bethge, M [Matthias], Spanier, K [Katja] & Streibelt, M [Marco] (2021). Using Administrative Data to Assess the Risk of Permanent Work Disability: A Cohort Study. *Journal of occupational rehabilitation*, 31(2), 376–382. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09926-7>
- Bombana, M., Heinzel-Gutenbrunner, M. & Müller, G [Gerhard] (2022). Psychische Belastung und ihre Folgen für die Krankheitskosten – eine Längsschnittstudie in Deutschland. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 84(10), 911–918. <https://doi.org/10.1055/a-1842-5458>
- Bramesfeld, A. (2023). Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland aus Perspektive des Gesundheits- und Sozialsystems: Aktuelle Entwicklungsbedarfe [Services for persons with mental illness in Germany from the perspective of the health and social system: current needs for development]. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66(4), 363–370. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03671-x>
- Briest, J. (2018). *Rehabilitation bei Personen mit zeitlich befristeter Erwerbsminderungsrente (REBER): Abschlussbericht*. Hannover. Klinik für Rehabilitationsmedizin.
- Brosi, P. & Gerpott, F. H. (2023). Stayed at home—But can't stop working despite being ill?! Guilt as a driver of presenteeism at work and home. *Journal of Organizational Behavior*, 44(6), 853–870. <https://doi.org/10.1002/job.2601>
- Brussig, M., Drescher, S. E. & Kalina, T. (2019). Aktivierende Erwerbsminderungsrente? Zur Rückkehr auf den Arbeitsmarkt nach Erwerbsminderung. *Berliner Journal für Soziologie*, 29(3-4), 237–271. <https://doi.org/10.1007/s11609-020-00400-y>
- Bülau, N. I., Kessemeier, F [F.], Petermann, F., Bassler, M [M.] & Kobelt, A [A.] (2016). Evaluation von Kontextfaktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 55(6), 381–387. <https://doi.org/10.1055/s-0042-119897>
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2020). *Stressreport Deutschland 2019: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Dortmund/Berlin/Dresden. <https://doi.org/10.21934/BAUA:BERICHT20191007>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeiten 2018*. Berlin. <https://bptk.de/pressemitteilungen/rund-20-wochen-wartezeit-auf-psychotherapeutische-behandlung/>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2021). *Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen beschlossen: Spezialisierung nach dem Studium für alle Facetten des*

- Berufes*. 24. April 2021 [Pressemitteilung]. <https://bptk.de/pressemitteilungen/muster-weiterbildungsordnung-fuer-psychotherapeutinnen-beschlossen/>
- Burgess, S., Junne, F., Rothermund, E., Zipfel, S., Gündel, H., Rieger, M. A. & Michaelis, M. (2019). Common mental disorders through the eyes of German employees: attributed relevance of work-related causes and prevention measures assessed by a standardised survey. *International archives of occupational and environmental health*, 92(6), 795–811. <https://doi.org/10.1007/s00420-019-01414-7>
- Charmaz, K. (2009). Experiencing chronic illness. In G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick & S. Scrimshaw (Hrsg.), *Handbook of social studies in health and medicine* (S. 277–292). Sage Publications.
- Copas, A., Burkill, S., Conrad, F., Couper, M. P. & Erens, B. (2020). An evaluation of whether propensity score adjustment can remove the self-selection bias inherent to web panel surveys addressing sensitive health behaviours. *BMC medical research methodology*, 20(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01134-4>
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Lecomte, T., Guay, S. & Panaccio, A. (2022). Developing a collaborative and sustainable return to work program for employees with common mental disorders: a participatory research with public and private organizations. *Disability and rehabilitation*, 44(18), 5199–5211. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1931481>
- Corbin, J. M., Hildenbrand, B. & Schaeffer, D. (2009). Das Trajektkonzept. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf* (S. 55–74). Hogrefe.
- Deck, R. (2011). *Reha-Erwartungen bei unterschiedlichen Indikationen: Ausprägungen, Zusammenhänge mit reha-relevanten Parametern und Reha-Erfolg*. Lübeck.
- Deck, R., Träder, J.-M. & Raspe, H. (2009). Identifikation von potenziellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit. *Die Rehabilitation*, 48, 73–83.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.). (2018). *Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung: Eine Publikation der DGPPN*.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl.). Springer.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.). (2023). *Basisdaten Psychische Erkrankungen*.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften & Ärztliches Zentrum Für Qualität In Der Medizin. (2015). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression* -

- Langfassung, 2. Auflage (2. Aufl.)*. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN); Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). <https://doi.org/10.6101/AZQ/000364>
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2014a). *Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung*. Berlin. Deutsche Rentenversicherung Bund. [https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/konzepte\\_systemfragen/positionspapiere/pospap\\_psych\\_Erkrankung.html](https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/positionspapiere/pospap_psych_Erkrankung.html)
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2014b). *Psychische Komorbidität - Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin. Deutsche Rentenversicherung Bund. [file:///C:/Users/Hetzel/Downloads/psychische\\_komorbiditaet.pdf](file:///C:/Users/Hetzel/Downloads/psychische_komorbiditaet.pdf)
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2015). *Rentenversicherung in Zahlen 2015. Statistik der Deutschen Rentenversicherung*. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2018). *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA): Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Stand: 21. August 2018*. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2019a). *Erwerbsminderungsrenten im Zeitverlauf 2019: Statistik der Deutschen Rentenversicherung*. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2019b). *Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, Reha-Bericht 2019*. Berlin. Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2022a). *Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht: Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015: Stand 01/2022*. Berlin. [https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/qualitaet\\_allgemein/download\\_leitfaden\\_einheitl\\_e\\_bericht.html](https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/qualitaet_allgemein/download_leitfaden_einheitl_e_bericht.html)
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2022b). *Reha-Atlas 2022: Die Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung in Zahlen, Fakten und Trends*. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2022c). *Reha-Bericht 2022: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Berlin. [https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht\\_2022.html](https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2022.html)
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2023). *Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2023*. Berlin.

- Doran, C. M. & Kinchin, I. (2019). A review of the economic impact of mental illness. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*, 43(1), 43–48.  
<https://doi.org/10.1071/AH16115>
- Elias, N. (2020). *Engagement und Distanzierung: Gesammelte Schriften 8* (M. Schröter & D. Bremecke, Übers.). Suhrkamp.
- Enzenbach, C., Wicklein, B., Wirkner, K. & Loeffler, M. (2019). Evaluating selection bias in a population-based cohort study with low baseline participation: the LIFE-Adult-Study. *BMC medical research methodology*, 19(1), 135. <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0779-8>
- Flick, U. (2011). *Triangulation: Eine einföhrung* (3., aktualisierte Auflage). *Qualitative Sozialforschung: Band 12*. VS Verlag.
- Follmer, K. B. & Jones, K. S. (2018). Mental Illness in the Workplace: An Interdisciplinary Review and Organizational Research Agenda. *Journal of Management*, 44(1), 325–351.  
<https://doi.org/10.1177/0149206317741194>
- Gabler, S. & Ganninger, M. (2010). Gewichtung. In C. Wolf & H. Best (Hrsg.), *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse* (S. 143–164). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2017). *Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie. Fassung vom: 19.02.2009 BAnz. Nr. 58 (S. 1399) vom 17.04.2009. Letzte Änderung: 24.11.2016. In Kraft getreten am: 16.02.2017*. [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL\\_2016-11-24\\_](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_)
- Gensichen, J. & Linden, M [Michael] (2013). Psychische Gesundheit: Gesundes Leiden – die „Z-Diagnosen“. *Dtsch Arztebl*, 110(3), A 70–2.
- Gerste, B. & Roick, C. (2014). Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland. Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. In J. Klauber, C. Günster, B. Gerste, B.-P. Robra & N. Schmacke (Hrsg.), *Versorgungs-Report 2013/2014: Schwerpunkt: Depression* (S. 21–54). Schattauer GmbH.
- Gili, M., Vicens, C., Roca, M., Andersen, P. & McMillan, D. (2015). Interventions for preventing relapse or recurrence of depression in primary health care settings: A systematic review. *Preventive medicine*, 76 Suppl, S16-21. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.07.035>
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung. Programmbereich Pflege*. Huber.
- Gühne, U. & Riedel-Heller, S. (2015). *Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Bericht*. Berlin.
- Gühne, U. & Riedel-Heller, S. G. (2019). Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland. In A. Bramesfeld, M. Koller & H.-J. Salize (Hrsg.), *Programmbereich*

- Gesundheit. Public Mental Health: Steuerung der Versorgung für psychisch kranke Menschen* (1. Auflage). Hogrefe.
- Hammersley, M. (2023). Are There Assessment Criteria for Qualitative Findings? A Challenge Facing Mixed Methods Research. In F. Knappertsbusch, M. Schreier, N. Burzan & N. Fielding (Hrsg.), *Mixed Methods and Multimethod Social Research—Current Applications and Future Directions* (24 Aufl., Art. 1). Forum: Qualitative Social Research.
- Handerer, J., Thom, J. & Jacobi, F [Frank]. (2019). Die vermeintliche Zunahme der Depression auf dem Prüfstand: Epistemologische Prämissen, epidemiologische Daten, transdisziplinäre Implikationen. In T. Fuchs, L. Iwer & S. Micali (Hrsg.), *Das überforderte Subjekt: Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft* (2. Auflage, Originalausgabe, S. 159–209). Suhrkamp.
- Hanley, J. A. (2017). Correction of Selection Bias in Survey Data: Is the Statistical Cure Worse Than the Bias? *American journal of epidemiology*, 185(6), 409–411.  
<https://doi.org/10.1093/aje/kww175>
- Härter, M [Martin], Baumeister, H. & Bengel, J. (2007). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen: Mit 17 Tabellen*. Springer.
- Hartmann, M., Finkenzeller, C., Boehlen, F. H., Wagenlechner, P., Peters-Klimm, F. & Herzog, W. (2019). Psychosomatische Sprechstunde in der Hausarztpraxis – ein neues Kooperationsmodell von Psychosomatik und Allgemeinmedizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 69(6), 231–236. <https://doi.org/10.1055/a-0668-1019>
- Henn, J., Kessemeier, F [Franziska], Kobelt-Pönicke, A., Bassler, M [Markus], Schmidt, J. & Nübling, R. (2021). Psychosomatische Rehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit Rentenüberlegungen: Reha-Erfolg und therapeutische Beziehung [Rehabilitation Outcome and Therapeutic Alliance of Inpatients of Psychosomatic Rehabilitation with Pension Request]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 71(8), 311–319.  
<https://doi.org/10.1055/a-1303-4861>
- Hermanns, H. (2000). Interviewen als Tätigkeit. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 360–369). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Hesse, B., Hessel, A [Aike], Agren, C. C., Falk, J., Nebe, A., Weinbrenner & Susanne (2019). Psychische Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung zentrale Handlungsfelder. *RVaktuell*, 8, 194–199.
- Hetzel, C., Leinberger, S., Kaluscha, R [Rainer], Kranzmann, A., Schmidt, N. & Mitschele, A. (2023). Return to work after medical rehabilitation in Germany: influence of individual factors and regional labour market based on administrative data. *Journal for labour market research*, 57(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12651-023-00330-1>

- Hetzel, C. & Streibelt, M [Marco] (2016). Hängt die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen vom Arbeitsmarkt ab? [Does Return to Work after Vocational Retraining Depend on Labour Market?]. *Die Rehabilitation*, 55(5), 290–298. <https://doi.org/10.1055/s-0042-113932>
- Hütte, R. & Muschalla, B. (2019). Psychische Komorbidität? – Dokumentation psychopathologischer Befunde, Anamnese, sowie Arbeits- und Leistungsfähigkeit in Entlassungsberichten aus der somatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 105, 83–96.
- Jacobi, F [F.], Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U [H-U] (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung : Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Jacobi, F [F.], Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U [H-U] (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul "Psychische Gesundheit" (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87(1), 88–90. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7>
- Jia, H., Shang, P., Gao, S., Cao, P., Yu, J. & Yu, X. (2022). Work Stress, Health Status and Presenteeism in Relation to Task Performance Among Chinese Medical Staff During COVID-19 Pandemic. *Frontiers in public health*, 10, 836113. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.836113>
- Kaluscha, R [R.] & Krischak, G. (2017). *Abschlussbericht im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“*. Im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund. Ulm. Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm.  
file:///C:/Users/Hetzel/Downloads/abschlussbericht\_fallmanagement\_2017.pdf
- Kardorff, E. von [Ernst]. (2017). Diskriminierung von seelisch Beeinträchtigten. In A. Scherr, A. El-Mafaalani & G. Yüksel (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung* (S. 564–592). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kardorff, E. von [Ernst]. (2018). Illness narratives in the workplace. In G. Lucius-Hoene, C. Holmberg & T. Meyer (Hrsg.), *Illness Narratives in Practice: Potentials and challenges of using* (S. 115–127). OXFORD UNIV Press.
- Kardorff, E. von [Ernst]. (2022). Diskriminierung von seelisch Beeinträchtigten. In A. Scherr, A. El-Mafaalani & A. C. Reinhardt (Hrsg.), *Springer Reference Sozialwissenschaften. Handbuch Diskriminierung* (S. 1–33). Springer VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-11119-9\\_33-2](https://doi.org/10.1007/978-3-658-11119-9_33-2)

- Kardorff, E. von [Ernst], Meschnig, A. & Klaus, S. (2016). *Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem.: Eine qualitative und quantitative Analyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen*. Berlin. Humboldt Universität zu Berlin. <https://bws-institut.de/wp-content/uploads/2016/10/Abschlussbericht.pdf>.
- Kardorff, E. von [Ernst], Meschnig, A. & Klaus, S. (2019). *Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit bei psychischen Beeinträchtigungen im Raum Berlin-Brandenburg*. Humboldt-Universität zu Berlin. <https://bws-institut.de/wp-content/uploads/2020/01/Abschlussbericht.pdf>
- Kardorff, E. von [Ernst], Meschnig, A. & Klaus, S. (2020). *Wege psychisch Kranker in die EM-Rente und Rückkehrperspektiven aus der EM-Rente in Arbeit (WEMRE)*. Berlin. Humboldt Universität zu Berlin. [https://bws-institut.de/wp-content/uploads/2017/10/Abschlussbericht\\_WEMRE\\_mit\\_Anhang.pdf](https://bws-institut.de/wp-content/uploads/2017/10/Abschlussbericht_WEMRE_mit_Anhang.pdf)
- Kardorff, E. von [Ernst] & Ohlbrecht, H. (2015). Erwerbsarbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. In J. Storck & I. Plößl (Hrsg.), *Fachwissen. Handbuch Arbeit: Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben* (3., vollständig überarb. Aufl., S. 73–86). Psychiatrie Verlag.
- Kardorff, E. von [Ernst], Ohlbrecht, H., Bartel, S., Kasten, Y. & Meschnig, A. (2013). *Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation: Eine qualitative Studie zu individuellen und kontextbezogenen Ursachen*. Berlin. Humboldt Universität zu Berlin.
- Kaufmännische Krankenkasse. (2023). *Fehlzeiten wegen Depressionen & Co. stark gestiegen: KKH: Mehr Arbeitsausfälle im 1. Halbjahr 2023 – forsa: 48 Prozent der Berufstätigen häufig gestresst* [Pressemitteilung]. <https://www.kkh.de/presse/pressemeldungen/au-psyche#:~:text=%E2%80%9C%20Zum%20Vergleich%3A%20Im%20gesamten%20Jahr,Jahr%202019%20rund%20274%20Tage>.
- KBV. (2022). *Gesundheitsdaten*. [gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393](https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393).
- Kelle, U. (1997). *Empirisch begründete Theoriebildung: Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung* (2. Aufl.). *Statuspassagen und Lebensverlauf Status passages and the life course: v. 6*. Deutscher Studien Verlag.
- Kelle, U. (2019). Mixed Methods. In Baur (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 159–172). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kinman, G. (2019). Sickness presenteeism at work: prevalence, costs and management. *British medical bulletin*, 129(1), 69–78. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldy043>
- Klaus, S., Meschnig, A. & Kardorff, E. von [Ernst] (2017). Verlaufskurven der Wiedereingliederung beruflicher Rehabilitanden: (berufs-)biografische Ressourcen, Risikokonstellationen und

- externe Barrieren. *Berufliche Rehabilitation : Zeitschrift zur beruflichen und sozialen Teilhabe*, 31(2), 90–105.
- Klaus, S., Meschnig, A. & Kardorff, E. von [Ernst] (2018). Verlaufskarrieren und biografische Konstellationen beruflicher Rehabilitanden und deren Einflüsse auf Rückkehr und nachhaltigen Verbleib in Arbeit [Trajectories and Biographical Constellations in a Long-Term Study on Vocational Retraining and their Effects on Return to Work and Sustainable Stay at Work]. *Die Rehabilitation*, 57(3), 165–174. <https://doi.org/10.1055/s-0044-101819>
- Klement, A., Oemler, M., Wienke, A., Richter, M. & Wolfradt, U. (2015). (Erwartete) Konsultationsdauer, psychische (Ko-)Morbidity und Zufriedenheit mit dem ärztlichen Gespräch in der Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109(8), 560–569. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.08.005>
- Kobelt, A [Axel], Grosch, E., Hesse, B., Gebauer, E. & Gutenbrunner, C. (2009). Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden? *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 59(7), 273–280. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067457>
- Koch, U., Mehnert, A. & Härter, M [M.] (2011). Chronische körperliche Erkrankungen und psychische Komorbidität. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 54(1), 1–3. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1196-7>
- Koch-Stoecker, S., Driessen, M., Gouzoulis-Mayfrank, E. & Pollmächer, T. (2016). Struktur und Tätigkeitsspektrum der Psychiatrischen Institutsambulanzen in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 43(3), 129–130. <https://doi.org/10.1055/s-0042-102862>
- Köllner, V. (2016). Rehabilitation bei depressiven Störungen [Rehabilitation in Affective Disorders]. *Die Rehabilitation*, 55(6), 395–410. <https://doi.org/10.1055/s-0042-118307>
- Köllner, V. & Bassler, M [Markus] (Hrsg.). (2021). *Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation*. Elsevier.
- Koopmans, P. C., Bültmann, U., Roelen, C. A. M., Hoedeman, R., van der Klink, J. J. L. & Groothoff, J. W. (2011). Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *International archives of occupational and environmental health*, 84(2), 193–201. <https://doi.org/10.1007/s00420-010-0540-4>
- Kubiak, N., Braunger, C., Müller, G [G.], Wietersheim, J. von & Oster, J. (2015). Der Einfluss von Nachsorgegesprächen auf die sozialmedizinische Entwicklung nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 54(1), 2–9. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398517>
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93267-5>



- Kuckartz, U., Grunenberg, H. & Dresing, T. (2007). *Qualitative Datenanalyse: computergestützt*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-90665-2>
- Linden, M [Michael] (2017). Teilhabe am Arbeitsleben in der Richtlinienverhaltenstherapie. *Psychotherapeut*, 62(4), 371–374. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0200-1>
- Linden, M [Michael], Schymainski, D. & Solvie, J. (2019, 10. Dezember). *Sozialmedizinische Aufgaben in der Richtlinienpsychotherapie: Fachbeitrag C3-2019*. [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de)
- Lohaus, D., Rietz, C. & Habermann, W. (2021). *Motive für Präsentismus. Entwicklung eines Messinstruments*. Darmstädter Institut für Wirtschaftspsychologie der Hochschule Darmstadt. [https://doi.org/10.48444/h\\_docs-pub-202](https://doi.org/10.48444/h_docs-pub-202)
- Markus, M., Gabriel, N., Bassler, M [Markus] & Bethge, M [Matthias] (2021). Work-related medical rehabilitation in patients with mental disorders: the protocol of a randomized controlled trial (WMR-P, DRKS00023175). *BMC psychiatry*, 21(1), 225. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03181-7>
- Märting, S. & Zollmann, P. (2013). *Erwerbsminderung - ein erhebliches Armutsrisiko: empirische Befunde zur sozioökonomischen Situation von Personen mit Erwerbsminderung*. <https://doi.org/10.15464/ISI.49.2013.1-5>
- Mau, W., Parthier, K. & Fuchs, S. (2017). *Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines rehabilitationsbezogenen, standardisierten Fortbildungskonzeptes in hausärztlichen Qualitätszirkeln (ResQ): gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung Bund*.
- Maylath, E. (2011). Differenzierte Indikationsstellung zwischen stationärer Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation in der Psychosomatik. In M. Zielke (Hrsg.), *Indikation zur stationären Verhaltenstherapie und medizinischen Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen* (S. 91–102). Pabst.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. & Ford, T. (2000). *The mental health of children and adolescents in Great Britain*. London.
- Meschig, A., Kardorff, E. von [Ernst] & Klaus, S. (2019). Von der beruflichen Vollqualifizierungsmaßnahme zurück in Arbeit Eine Langzeitanalyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen. *Die Rehabilitation*, 58(3), 153–162. <https://doi.org/10.1055/s-0044-101814>
- Meuser, M. & Nagel, U. (2005). Expertinneninterviews —vielfach erprobt, wenig bedacht: Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung* (2., Aufl., S. 71–94). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mohnberg, I., Lay, W. & Radoschewski, F. M [F. M.]. (2014). "Mir ist nichts Menschliches fremd" - Leistungssteuerung in der beruflichen Rehabilitation. In A. Reimann (Hrsg.), 23.

- Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Arbeit - Gesundheit - Rehabilitation, vom 10. bis 12. März 2014 in Karlsruhe* (DRV-Schriften, S. 90–92). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Muschalla, B., Bengel, J., Morfeld, M. & Worringen, U. (2016). Herausforderungen einer teilhabeorientierten Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*(1), 37–42.
- Muschalla, B., Bengel, J., Morfeld, M. & Worringen, U. (2018). Perspektiven einer Teilhabeorientierten Psychotherapie in Anlehnung an Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). *Die Rehabilitation*, 57(4), 233–238. <https://doi.org/10.1055/s-0043-102553>
- Muschalla, B., Keßler, U., Schwantes, U. & Linden, M [M.] (2013). Rehabilitationsbedarf bei Hausarztpatienten mit psychischen Störungen [Medical rehabilitation by general practitioners in patients with chronic mental disorders]. *Die Rehabilitation*, 52(4), 251–256. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1327587>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2011). *Common mental health disorders: Identification and pathways to care. National clinical guideline: no. 123*. British Psychological Society. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266/>
- Nielsen, K., Yarker, J., Munir, F. & Bültmann, U. (2018). IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. *Work & Stress*, 32(4), 400–417. <https://doi.org/10.1080/02678373.2018.1438536>
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U. & Faber, B. (2020). Interventions to improve return to work in depressed people. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD006237. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub4>
- Nigatu, Y. T., Liu, Y., Uppal, M., McKinney, S., Rao, S., Gillis, K. & Wang, J. (2016). Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological medicine*, 46(16), 3263–3274. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002269>
- Nübling, R., Muthny, F. A. & Bengel, J. (2006). Die Bedeutung von Reha-Motivation und Behandlungserwartung für die Praxis der medizinischen Rehabilitation. In R. Nübling (Hrsg.), *Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik: Bd. 47. Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (1. Aufl., S. 15–37). Huber. [https://www.researchgate.net/publication/247151315\\_Die\\_Bedeutung\\_von\\_Reha-Motivation\\_und\\_Behandlungserwartung\\_fur\\_die\\_Praxis\\_der\\_medizinischen\\_Rehabilitation](https://www.researchgate.net/publication/247151315_Die_Bedeutung_von_Reha-Motivation_und_Behandlungserwartung_fur_die_Praxis_der_medizinischen_Rehabilitation)

- Nübling, R., Schmidt, J., Reichelt, W. & Kriz, D. (2013). Behandlungsergebnisse 1 Jahr nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Prävention und Rehabilitation*, 25(10), 150–165.  
<https://doi.org/10.5414/PRX00449>
- Nübling, R., T, B., Jeschke, K., M, O., Sarubin, N. & Juergen, S. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland - Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 13, 389–397.
- OECD. (2018). *Health-at-a-Glance-Europe-2018: State of Health in the EU Cycle*.
- OECD. (2022). *Health at a glance: Europe 2022 : state of health in the EU cycle. Health at a glance: Bd. 2022*. OECD Publishing; [Publications Office of the European Union].
- Oster, S. & Mücklich, A. (2019). *Präsentismus: Verlust von Gesundheit und Produktivität*. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). iga.Fakten 6.
- Owen, J. E., Klapow, J. C., Roth, D. L. & Tucker, D. C. (2004). Use of the internet for information and support: disclosure among persons with breast and prostate cancer. *Journal of behavioral medicine*, 27(5), 491–505. <https://doi.org/10.1023/b:jobm.0000047612.81370.f7>
- Pärli, K. & Naguib, T. (2013). *Schutz vor Benachteiligung aufgrund chronischer Krankheit: Unter besonderer Berücksichtigung des internationalen Rechts, des Unionsrechts, des AGG und des SGB IX sowie mit einem rechtsvergleichenden Seitenblick. Analyse und Empfehlungen*. Berlin.
- Peters, M., Jeschke, K. & Peters, L. (2013). Ältere Patienten in der psychotherapeutischen Praxis-- Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeuten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 63(11), 439–444. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1345117>
- Pohontsch, N. & Deck, R. (2010). Überwindung von „Schnittstellenproblemen“ in der medizinischen Rehabilitation: Ein Pilotprojekt zur Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung *Monitor Versorgungsforschung*, 3(6), 40–43.
- Pörksen, N. (Hrsg.). (2004). *Individuelle Wege ins Arbeitsleben: Abschlussbericht zum Projekt "Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker"* (1. Aufl.). Psychiatrie-Verl.
- Radoschewski, F. M [F. M.], Lay, W. & Mohnberg, I. (2013). Leistungsketten in der beruflichen Rehabilitation – Ergebnisse einer Längsschnittanalyse. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *DRV-Schriften*.
- Radoschewski, F. M [F. M.], Lay, W. & Mohnberg, I. (2014a). *Leistungsketten und Leistungsallokation in der Rehabilitation der Rentenversicherung*. Berlin. Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft.
- Radoschewski, F. M [F. M.], Lay, W. & Mohnberg, I. (2014b). Leistungsketten und Leistungsallokation in der Rehabilitation der Rentenversicherung. In A. Reimann (Hrsg.), 23. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Deutscher Kongress für*

- Rehabilitationsforschung Arbeit - Gesundheit - Rehabilitation, vom 10. bis 12. März 2014 in Karlsruhe* (DRV-Schriften, S. 33–35). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L. E., Prütz, F. & Thom, J. (2017). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring*, 2(4). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-111.2>
- Rosenthal, G. (2014). *Interpretative Sozialforschung: Eine Einführung* (4. Aufl.). *Grundlagentexte Soziologie*. Juventa-Verl.
- Rosenthal, G. & Fischer-Rosenthal, W. (2015). Analyse narrativ-biographischer Interviews. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Rowohlt.
- Rothe, I., Adolph, L., Beerman, B., Schütte, M., Windel, A., Grewer, A., Lenhardt, U., Michel, J., Thomson, B. & Formazin, M. (2017). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Wissenschaftliche Standortbestimmung*. Dortmund/Berlin/Dresden.
- Schaeffer, D. (Hrsg.). (2009). *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Hogrefe.
- Schaeffer, D. & Haslbeck, J. (2016). Bewältigung chronischer Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Lehrbuch. Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (1. Aufl. 2016, S. 243–256). Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint: Springer VS.
- Scheidt, C. E., Hofmeier, M., Kraft, J., Geigges, W., Joos, A., Niemann, R., Stegner, H., Unterbrink, T. & Franck, M. (2015). Wege in die psychosomatische Rehabilitation--differenzielle Indikationsstellung an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und psychosomatischer Rehabilitationsklinik. *Die Rehabilitation*, 54(2), 74–80. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398516>
- Schomerus, G., Spahlholz, J. & Speerforck, S. (2023). Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66(4), 416–422. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03679-3>
- Schury, K., Beutel, M. E., Gerzymisch, K., Schattenburg, L., Siepmann, M., Schmädeke, S. & Zwerenz, R. (2019). Erwartungen und Informationsbedarf von Rehabilitanden bezüglich stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 58(5), 304–311. <https://doi.org/10.1055/a-0645-9142>
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13(3), 283–293.
- Schütze, F. (2006). Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In H.-H. Krüger & W. Marotzki (Hrsg.), *Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung* (S. 205–237). VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-90010-0\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-531-90010-0_11)

- Schymainski, D. (2023). *Sozialmedizin und Richtlinienpsychotherapie Social Medicine and Guideline Psychotherapy Schymainski* [Dissertation]. Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin. [https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/38650/Diss\\_D.Schymainski.pdf;jsessionid=D56CF6E1FD41E621AA741D9C636B0398?sequence=1](https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/38650/Diss_D.Schymainski.pdf;jsessionid=D56CF6E1FD41E621AA741D9C636B0398?sequence=1)
- Siegrist, J. (2017). The Effort–Reward Imbalance Model. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Hrsg.), *The Handbook of Stress and Health* (S. 24–35). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch2>
- Siegrist, J. (2019). Überforderung in der Arbeitswelt: Macht sie krank? In T. Fuchs, L. Iwer & S. Micali (Hrsg.), *Das überforderte Subjekt: Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft* (2. Auflage, Originalausgabe, S. 210–226). Suhrkamp.
- Sikorski, C., Lupp, M., König, H.-H., van den Bussche, H. & Riedel-Heller, S. G. (2012). Does GP training in depression care affect patient outcome? - A systematic review and meta-analysis. *BMC health services research*, 12, 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-10>
- Skagen, K. & Collins, A. M. (2016). The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: A systematic review. *Social science & medicine*, 161, 169–177. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.005>
- Spanier, K [K.], Mohnberg, I., Radoschewski, F. M [F. M.], Streibelt, M [M.] & Bethge, M [M.] (2015). Sind administrative Daten für Rentenantragsintentionen und Indikatoren subjektiven Rehabilitationsbedarfs prognostisch bedeutsam? *Die Rehabilitation*, 54(3), 172–177. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1548896>
- Spiessl, H. & Jacobi, F [Frank] (2009). Nehmen psychische Störungen zu? [Do mental disorders really increase?]. *Psychiatrische Praxis*, 35(7), 318–320. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067526>
- Statista. (2023). *Krankenhäuser. Erweitertes Datenangebot auf Basis einer neuen Statistik für Psychiatrie und Psychosomatik.: PEPP-Statistik.*
- Statistisches Bundesamt. (2022). *Erwerbstätigkeit.* [https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/_inhalt.html)
- Steffanowski, A. (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Mesta-Studie. Rehabilitation: Bd. 48.* Huber.
- Stegmann, R. & Schröder, U. B. (2018). *Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt.* Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-17882-6>
- Stegmann, R., Schulz, I. L. & Schröder, U. B. (2021). *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Betriebliche Wiedereingliederung aus der Perspektive der Zurückkehrenden: Ausgewählte Ergebnisse der qualitativen Teilstudie F 2386 einer Mixed-Methods-Follow-Up-Studie zu*

- Entstehensbedingungen von psychischen Krisen und der Rückkehr in den Betrieb.*  
Dortmund/Berlin/Dresden. <https://doi.org/10.21934/baua:bericht20210127>
- Steinke, M. & Badura, B. (2011). *Präsentismus: Ein Review zum Stand der Forschung.* BAuA.
- Stengler, K., Becker, T. & Riedel-Heller, S. G [S. G.] (2014). Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 82(1), 43-51; quiz 52-3. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1356142>
- Strauss, A. & Corbin, J. (2010). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung.* Beltz.
- Streibelt, M [Marco], Bürger, W., Nieuwenhuijsen, K. & Bethge, M [Matthias] (2018). Effectiveness of Graded Return to Work After Multimodal Rehabilitation in Patients with Mental Disorders: A Propensity Score Analysis. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(1), 180–189. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9709-y>
- Streibelt, M [Marco] & Egner, U [U.] (2013). Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen [A systematic review of the predictors of return to work following vocational retraining]. *Die Rehabilitation*, 52(2), 111–118. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1323670>
- Svärd, V., Friberg, E. & Azad, A. (2021). How People with Multimorbidity and Psychosocial Difficulties Experience Support by Rehabilitation Coordinators During Sickness Absence. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 14, 1245–1257. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S308840>
- Tanner, P. (2023). Nested Sampling in Sequential Mixed Methods Research Designs: Comparing Recipe and Result. In F. Knappertsbusch, M. Schreier, N. Burzan & N. Fielding (Hrsg.), *Mixed Methods and Multimethod Social Research—Current Applications and Future Directions* (24. Aufl., Art. 17). Forum: Qualitative Social Research.
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (2022). *Gesundheitsreport: Arbeitsunfähigkeiten.*
- Trautmann, S. & Beesdo-Baum, K. (2017). The Treatment of Depression in Primary Care. *Deutsches Arzteblatt international*, 114(43), 721–728. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0721>
- Vogel, N., Schandelmaier, S., Zumbunn, T., Ebrahim, S., Boer, W. E. de, Busse, J. W. & Kunz, R. (2017). Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD011618. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011618.pub2>
- Voswinkel, S. (2017). Betriebliches Eingliederungsmanagement: Verfahren und Problemsichten. In N. Alsdorf, U. Engelbach, S. Flick, R. Haubl & S. Voswinkel (Hrsg.), *OAPEN Library. Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung* (S. 257–294). transcript Verlag.
- Vries, H. de, Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A. & Wegewitz, U. (2018). Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A

- Scoping Review. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(3), 393–417.  
<https://doi.org/10.1007/s10926-017-9730-1>
- Walter, U. N., Rees, S.-L., Mraß, U., Beer, M., Hopf, Marie Valeria, Kaufmann, R., Arps, W., Kühn, J., Wunsch, A. & Hassinger, L. (2021). *How's work? Was Beschäftigte in Deutschland bewegt und belastet: Eine Beschäftigtenstudie von 2018 bis 2021*. Hamburg.
- Wittchen, H.-U [Hans-Ulrich] & Jacobi, F [Frank]. (2012). *Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland?* Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie und Center for Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies (CELOS) Technische Universität Dresden.
- Wittchen, H.-U [Hans-Ulrich], Jacobi, F [Frank], Klose, M. & Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Nr. 51)*. Berlin.
- Wittchen, H.-U [Hans-Ulrich], Jacobi, F [Frank], Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679.  
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*.
- Worringen, U., Kleihans, M. & Schmucker, D. (2016). Psychologischer Bericht und Reha-Entlassungsbericht. In J. Bengel & O. Mittag (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation* (S. 83–92). Springer Berlin Heidelberg.
- Zander, J. & Lindow, B. (2015). Psychische Erkrankungen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. *DRV-Schriften*, 107, 74–76.
- Zok, K. (2014). Hohe Zufriedenheit mit ambulanter Versorgung bei psychischen Beschwerden: Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. *WidO-monitor*, 11, 1–8.
- Zschucke, E., Hessel, A [A.] & Lippke, S. (2016). Befristete Erwerbsminderungsrente aus Sicht der Betroffenen: subjektiver Gesundheitszustand, Rehabilitationserfahrungen und Pläne zur Rückkehr ins Erwerbsleben. *Die Rehabilitation*, 55(4), 223–229. <https://doi.org/10.1055/s-0042-109574>

## 12. Anhang

Folgende Teilberichte und Ergänzungen bilden den Anhang

- 12.1. Teilbericht für die erste Projektphase: Auswertung der RSD
- 12.2. Teilbericht über die Auswertung der Linkage-Daten
- 12.3. Informationsschreiben für Studienteilnehmer
- 12.4. Einwilligungserklärung zur Interviewteilnahme
- 12.5. Fragebogen
- 12.6. Datenschutzkonzept







INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG  
IN PRÄVENTION & REHABILITATION GMBH  
AN DER DEUTSCHEN SPORHOCHSCHULE KÖLN



**Inanspruchnahme und Versorgungsverläufe  
von Reha-Leistungen bei psychischen Beeinträchtigungen  
(InVerPsych)**

**- Teilbericht für die erste Projektphase: Auswertung der RSD -**

Gefördert aus Mitteln der Deutschen Rentenversicherung Bund

Aktenzeichen: 8011 106 31/31.108.5

Projektbearbeitung:

Dr. Christian Hetzel (iqpr)

Prof. Dr. Ernst von Kardorff (bws)

Dr. Alexander Meschnig (bws)

Dr. Sebastian Klaus (bws), teilweise im Projekt

Yvonne Rafalzik (bws)

Infolge der Arbeitsteilung zwischen iqpr und bws in der ersten Projektphase wurde der vorliegende Teilbericht federführend von iqpr erstellt

Korrespondenz: Dr. Christian Hetzel, [hetzel@iqpr.de](mailto:hetzel@iqpr.de), Stand Oktober 2023.

## Inhalt

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>8</b>
1.1 Einordnung der ersten Projektphase in das Gesamtprojekt.....	8
1.2 Methodischer Überblick.....	9
1.3 Einstieg in den Stand der Forschung.....	10
1.4 Begriffe und Definitionen.....	13
<b>2 Die RSD als empirische Basis</b> .....	<b>14</b>
2.1 Datenbasis und Grundgesamtheit.....	14
2.2 Ein- und Ausschlüsse.....	14
2.3 Überblick über die verwendeten Variablen.....	17
<b>3 Die Hauptgruppen</b> .....	<b>18</b>
3.1 Vorgehen zur Bildung und Auswahl relevanter Hauptgruppen.....	18
3.2 Deskription.....	20
<b>4 Die Untergruppen</b> .....	<b>24</b>
4.1 Vorgehen zur Bildung der Untergruppen.....	24
4.1.1 Weitere Ausschlusskriterien.....	24
4.1.2 Sequenzmusteranalyse für die Erwerbs- und Versorgungsverläufe.....	24
4.1.3 Prognosemodelle.....	26
4.1.4 Prozessualer Charakter.....	26
4.2 LMR – Untergruppen.....	28
4.2.1 LMR-UG: Sequenzen im Querschnitt.....	29
4.2.2 LMR-UG: Sequenzen im Längsschnitt.....	31
4.2.3 LMR-UG: Repräsentanten.....	35
4.2.4 LMR-UG: Deskription.....	37
4.2.5 LMR-UG: RTW im Jahr 2018.....	39
4.3 LTA – Untergruppen.....	41
4.3.1 LTA-UG: Sequenzen im Querschnitt.....	42
4.3.2 LTA-UG: Sequenzen im Längsschnitt.....	44
4.3.3 LTA-UG: Repräsentanten.....	48
4.3.4 LTA-UG: Deskription.....	50
4.3.5 LTA-UG: RTW im Jahr 2018.....	52
4.4 EMR – Untergruppen.....	54
4.4.1 EMR-UG: Sequenzen im Querschnitt.....	55
4.4.2 EMR-UG: Sequenzen im Längsschnitt.....	56
4.4.3 EMR-UG: Repräsentanten.....	59
4.4.4 EMR-UG: Deskription.....	60
<b>5 Prognosegruppen</b> .....	<b>62</b>
5.1 Vorgehen zur Bildung der Prognosegruppen.....	62
5.2 Prognosegruppen LMR.....	64
5.2.1 Prognosegruppen für LMRpsych1_ns-.....	64
5.2.2 Prognosegruppen für LMRpsych1_ns+.....	65

5.2.3	Prognosegruppen für LMRpsych1+ .....	66
5.2.4	Prognosegruppen für LMRpsych2+ .....	68
5.3	Prognosegruppen LTA .....	69
5.3.1	Prognosegruppen für Q .....	69
5.3.2	Prognosegruppen für IN .....	70
5.3.3	Prognosegruppen für sLTA+LMR .....	72
5.3.4	Prognosegruppen für sLTA+LMRpsych .....	73
5.4	Diskussion zu den Prognosegruppen .....	74
<b>6</b>	<b>Resümee für das Sample der Fragebogenerhebung .....</b>	<b>76</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>78</b>
<b>8</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>81</b>
8.1	Operationalisierung der Variablen im Einzelnen .....	81
8.1.1	Zielgröße RTW .....	81
8.1.2	Leistungen und Beiträge .....	82
8.1.3	Soziodemografie .....	83
8.1.4	Diagnosen .....	84
8.1.5	Negatives Leistungsvermögen (nur LMR) .....	85
8.1.6	Kennzahlen zur Homogenität eines individuellen Erwerbs- und Versorgungsverlaufs .....	85
8.1.7	Regionaldaten .....	86
8.2	Average marginal means (AME) der Modelle .....	87

## Zusammenfassung

### Ziel

Im Rahmen eines Mixed-Method-Ansatzes sollen

- (1) auf Grundlage der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) typische Versorgungs- und Beitragsverläufe von Personen mit psychischen Erkrankungen insbesondere mit F3/F4-Diagnosen identifiziert und bezüglich des Übergangs in Arbeit (Return To Work, RTW) analysiert werden.
- (2) Angesichts unbeobachteter Heterogenität aufgrund fehlender Daten in der RSD (etwa zur psychotherapeutischen Versorgung) sollen weitergehende Erkenntnisse über Situationen, Konstellationen und Wege in das Versorgungssystem einschließlich RTW gewonnen werden. Dazu sollen zunächst für ausgewählte Personen Daten mittels Interviews und Fragebogen erhoben werden, um
- (3) diese Befunde im nächsten Schritt wieder mit der RSD zu verknüpfen und weiterführend zu analysieren.
- (4) In Abhängigkeit von diesen Befunden sollen dann erneut ausgewählte Interviews geführt werden.
- (5) Zuletzt sollen auf dieser Grundlage struktur- und handlungsbezogene Empfehlungen, etwa für das Fallmanagement der DRV, abgeleitet werden, um an entscheidenden Schnittstellen, etwa beim Übergang vom Versorgungssystem in den Arbeitsmarkt, Verbesserungen anzustoßen.

### Vorgehen

Datenbasis ist die RSD von 2010 bis 2018. Eingeschlossen sind insbesondere Personen mit Rehabilitationsleistungen oder Erwerbsminderungsrente in 2017 sowie einer F3- oder F4-Diagnose. Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf Ziel (1) inklusive der Kriterien für die weitere Stichprobenziehung. Die Versicherten wurden in Haupt- und Untergruppen eingeteilt. Dies erfolgte theoretisch auf Grundlage von Diskussionen innerhalb der Forschendengruppe und mit ausgewählten Experten. Die Personen in den Untergruppen wurden dann in ihren Erwerbs- und Leistungsverläufen detailliert beschrieben sowie der Bezug zum RTW hergestellt.

### Mengengerüst der Haupt- und Untergruppen

Im Ergebnis haben wir acht Hauptgruppen theoretisch gruppiert und daraus folgende drei Hauptgruppen ausgewählt, die dann im Weiteren in Untergruppen binnendifferenziert wurden (siehe Tabelle 1 und Abbildung 1).

Auf dieser Basis ist für die untersuchte Population festzuhalten:

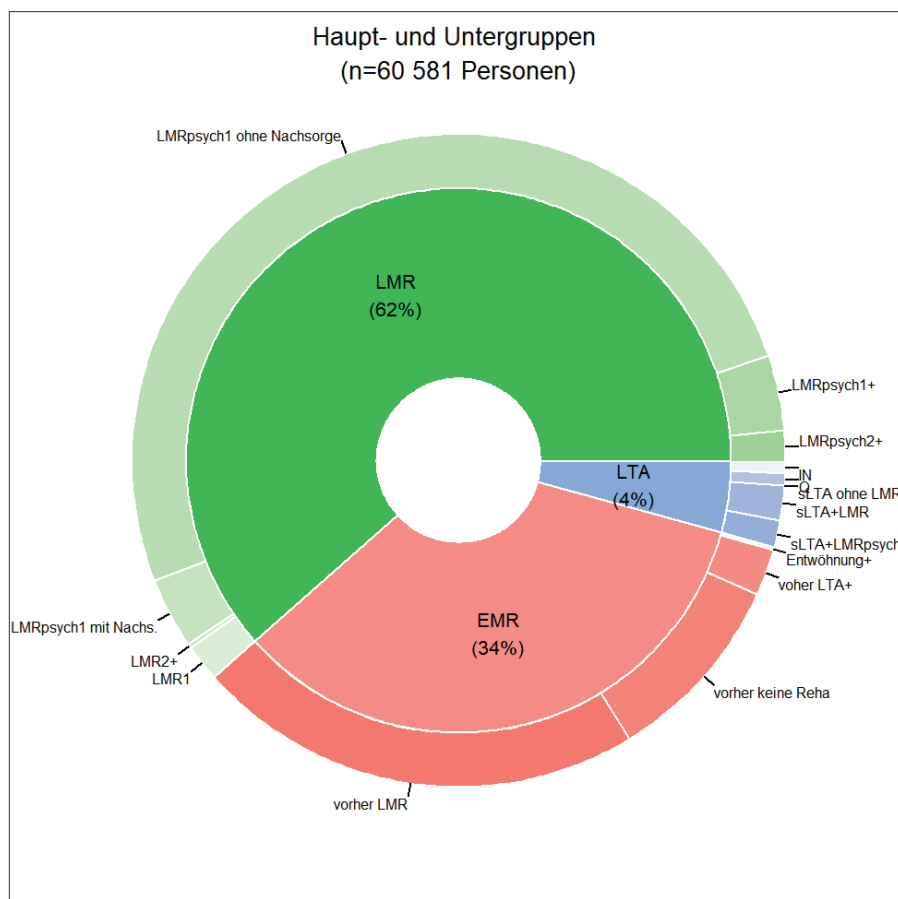
- Die meisten Personen mit Leistungen zur med. Reha (ohne LTA) haben genau eine psychosomatische Reha – mehrheitlich ohne Nachsorge – erhalten.
- Umgekehrt haben wenige Personen zwei und mehr DRV-Leistungen erhalten. In der Regel folgende diese Leistungen relativ dicht aufeinander. Mehrere DRV-Leistungen über das gesamte beobachtbare Fenster von acht Jahren hinweg sind die Ausnahme.
- Es gibt relativ wenige Personen mit mindestens einer LTA.
- Knapp ein Drittel der Erwerbsminderungsrenten mit F3/F4-Diagnose oder einer F3/F4-Hauptdiagnose bei einer Rehabilitationsleistung erfolgen ohne vorherige Reha.

Tabelle 1: Haupt- und Untergruppen.

Gruppe	Untergruppe		Anzahl	% Gruppe
EMR <sup>°</sup>	LMR	mind. 1 LMR (aber keine LTA)	13.433	65,2%
	LTA	mind. 1 LTA	1.390	6,7%
	ohne Reha	keine LTA und keine LMR	5.784	28,1%
LTA <sup>^</sup>	Q	Q optional zusätzlich IN oder sLTA	366	14,4%
	IN	IN optional zusätzlich sLTA (aber keine Q)	322	12,7%
	sLTA ohne LMR	sLTA (keine Q/IN) und keine LMR/LMRpsych	11	0,4%
	sLTA plus LMR	sLTA plus LMR (ohne LMRpsych)	1.029	40,4%
	sLTA plus LMRpsych	sLTA plus LMRpsych	817	32,1%
LMR <sup>°</sup>	Entwöhn	1 Entwöhnung plus weitere LMR	94	0,3%
	LMRpsych1_ns-	1 LMRpsych ohne Nachsorge	30.781	82,2%
	LMRpsych1_ns+	1 LMRpsych mit Nachsorge	2.119	5,7%
	LMRpsych1+	1 LMRpsych plus „normale“ LMR	2.259	6,0%
	LMRpsych2+	mind. 2 LMRpsych	937	2,5%
	LMR1	1 „normale“ LMR oder LMRsonst	1.103	2,9%
	LMR2+	mind. 2 „normale“ LMR oder LMRsonst	136	0,4%
	Summe		60.581	

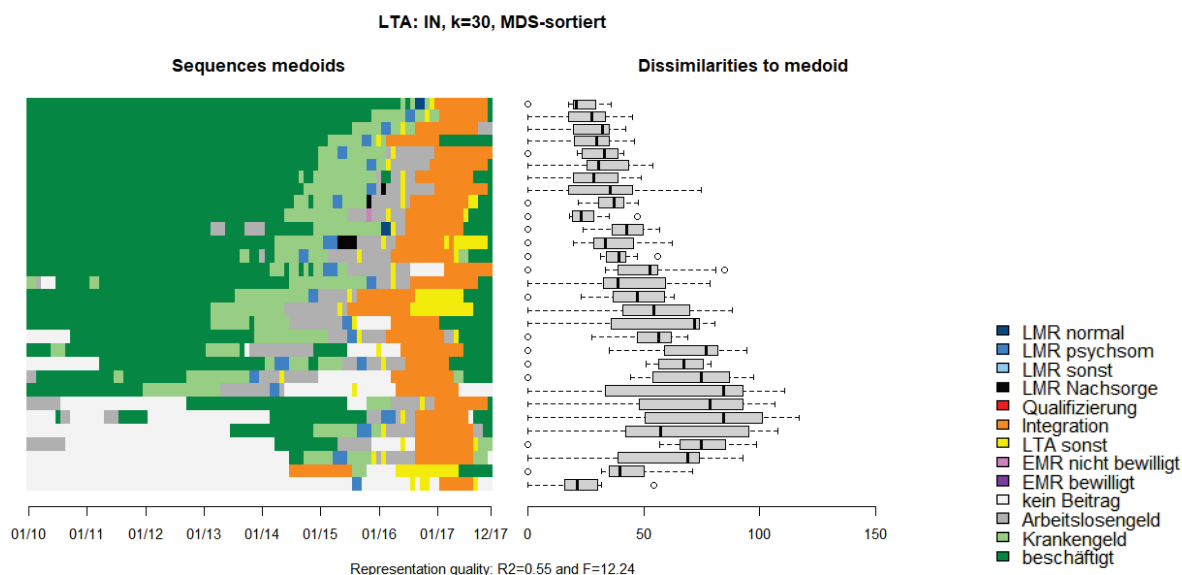
Anmerkung: <sup>°</sup> irgendwann F3/F4-Hauptdiagnose, <sup>^</sup> irgendwann F3/F4-Diagnose  
 EMR = Erwerbsminderungsrente, LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LMR = Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Q = Qualifizierung, IN = Integration, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe), LMRpsych = psychosomatische Rehabilitation, LMR1 bzw. LMR2+ = normale medizinische Rehabilitation, ns = Nachsorge (z.B. Psy-RENA)

Abbildung 1: Die Haupt- und Untergruppen – Mengengerüst.



Die Untergruppen wurden bezüglich der individuellen Leistungsketten aufbereitet, nachfolgend beispielhaft für Personen, die mindestens eine Integrationsleistung aber keine Qualifizierungsleistung erhalten haben. Links sind zeilenweise die Zeitverläufe der Leistungen und des Beitrags farblich dargestellt. Der Übersichtlichkeit wegen sind 30 typische Verlaufsmuster dargestellt, deren Repräsentativität durch die Boxplots rechts markiert ist (je weiter links die Verteilung ist, umso homogener ist der in derselben Zeile dargestellte Vertreter).

Abbildung 2: Muster von Versorgungsverläufen, hier Personen mit mindestens eine Integrationsleistung



Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass in dieser Gruppe erstens Leistungsketten vorliegen und zweitens die Erwerbsbiografien mehr oder weniger brüchig sind.

### Prognosegruppen

Für die größeren Untergruppen bei LMR und LTA wurden Prognosemodelle für stabile Beschäftigung in 2018 (ja/nein) entwickelt und jeweils die vier Prognosegruppen aus dem Abgleich von Prognose und Realität gebildet. Die Modellgüten sind gut bis sehr gut.

Bei den Prädiktoren sei herausgehoben, dass es für einzelne Untergruppen Hinweise auf systematische unbeobachtete Heterogenität gibt. Denn die entsprechenden Prädiktoren (Entropy, Dauer von erster Sozialleistung bis zur ersten DRV-Leistung, Dauer der Sozialleistungen außerhalb von DRV-Leistungen), die auf Leistungen anderer Träger hindeuten, sind bei einzelnen Modellen bedeutsam, wenn auch nur mit schwachem Effekt.

### Schlussfolgerungen für das Sample der Fragebogenerhebung

Die Prognosegruppen lieferten die Basis für die Auswahl der Interviewpersonen der Vorstudie sowie für die Fragebogenerhebung. Das Stichprobenkonzept für die Fragebogenerhebung ist in Tabelle 24 dargestellt. Links ist die Anzahl der Personen in den einzelnen Untergruppen der Grundgesamtheit dargestellt und rechts das Stichprobenkonzept. Handlungsleitend dabei war:

- Sehr kleine Gruppen werden ausgeschlossen (Entwöhn, sLTA ohne LMR).
- Gruppen, die wenig komplexe Leistungsketten vermuten lassen, werden ausgeschlossen (sLTA ohne LMR, LMR1)
- Die kleineren interessierten Gruppen werden vollumfänglich adressiert.
- Bei größeren Gruppen werden Zufallsziehungen innerhalb der Prognosegruppen vorgenommen. Dabei werden Fallzahlreduktionen vor allem bei den true positive und true negative Gruppen vorgenommen, weil dort die Modelle bereits gut funktionieren.

Zwischen den beiden Gruppen ist aus unserer Sicht die deutlichste Reduktion bei den true positive Personen zu verkräften.

- Bei der zahlenmäßig größten Gruppe (LMRpsych1\_ns-) werden in allen vier Prognosegruppen Zufallsziehungen realisiert und wie zuvor deutlichere Reduktionen bei den true positive und true negative Gruppen vorgenommen.
- In Summe wurden etwa 6.500 Personen ausgewählt. Abzüglich nicht adressierbarer Personen und Puffer bei den Gruppen mit Zufallsziehungen wurden netto 6.000 Fragebögen versendet.

Tabelle 2: Stichprobenkonzept für die Fragebogenerhebung.

Gruppe	RSD					Sample brutto					Sample netto
	tp	fn	fp	tn		tp	fn	fp	tn		
LTA											
Q	366	181	38	38	109	366	181	38	38	109	338
IN	322	113	39	47	123	322	113	39	47	123	289
sLTA ohne LMR	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
sLTA plus LMR	1.029	676	95	69	189	500	147	95	69	189	469
sLTA plus LMRpsych	817	377	139	50	251	818	377	139	50	251	744
LMR											
Entwöhn	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LMRpsych1_ns-	30.781	16.266	4.165	2.538	7.812	1.500	200	500	500	300	1.301
LMRpsych1_ns+	2119	1.069	348	189	513	1.000	206	348	189	257	949
LMRpsych1+	2.259	1.200	200	264	595	1.000	238	200	264	298	922
LMRpsych2+	937	464	89	96	288	937	464	89	96	288	861
LMR1	1.103	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LMR2+	136	-	-	-	-	136	-	-	-	-	127
Summe	39.975					6.579					6.000

Anmerkung:

LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LMR = Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Q = Qualifizierung, IN = Integration, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe), LMRpsych = psychosomatische Rehabilitation, LMR1 bzw. LMR2+ = normale medizinische Rehabilitation, ns = Nachsorge (z.B. Psy-RENA); tp/tn = true positive/negative, fp/fn = false positive/negative; grau hinterlegt sind Zufallsziehungen.

Die immanente Begrenzung der RSD kann in den weiterführenden Interviews und Fragebogenerhebungen aufgehoben werden, u.a. mit folgenden Fragen: Welche charakteristischen Krankheits- und Versorgungsverläufe finden sich bei den interviewten Versicherten? Welche Ursachenattributionen für die Entstehung und Chronifizierung der psychischen Erkrankungen lassen sich finden und wie stehen sie im Zusammenhang mit beruflichen bzw. privaten Entwicklungswegen oder biografischen Brüchen? Welchen Einfluss haben finanzielle oder soziale Lagen auf Krankheitsverläufe und die Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer bzw. rehabilitativer Angebote? Welche Alternativstrategien werden von den befragten Personen ggf. präferiert, z.B. aufgrund (zu) langer Wartezeiten? Welche Unterschiede lassen sich zwischen den Subgruppen finden, bei denen das statistische Modell funktioniert und bei denen es nicht korrekt vorhersagt? Was steckt hinter der unbeobachteten Heterogenität?



# 1 Einleitung

## 1.1 Einordnung der ersten Projektphase in das Gesamtprojekt

Für die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ist die Rehabilitation psychischer Erkrankungen ein bedeutsames Handlungsfeld (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, 2014b). Die Inanspruchnahme von psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationsleistungen nimmt seit Jahren zu und die Leistungen der Rentenversicherung sind ein wichtiges Glied in der Behandlungskette (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019). In der Regel sind viele Institutionen der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Langzeitversorgung beteiligt. Problematisch ist, dass bei Versicherten, die wegen einer psychischen Störung einer Rehabilitation bedürfen, die Erkrankung oft schon chronifiziert ist. Diese Situation stellt die medizinische Rehabilitation und die Anbieter von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) vor besondere Herausforderungen, insbesondere wenn im Vorfeld keine angemessenen ambulanten psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsangebote in Anspruch genommen wurden. Die DRV kann daher mögliche Defizite an anderer Stelle dieser Behandlungskette nur zu einem Teil durch ihre Rehabilitationsleistungen kompensieren. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage nach den Gründen für Nicht-/Inanspruchnahme und ggf. nach Gruppendifferenzen zwischen Nutzenden- und Nichtnutzenden ebenso an Bedeutung wie systembezogene Fragen nach der Verfügbarkeit, der Zugänglichkeit und der Qualität dieser Angebote. Eine besondere Frage richtet sich zudem auf die Zugangswege und -barrieren, also auf gegebene bzw. nicht gegebene Empfehlungen und Weiterverweisungen innerhalb der Versorgungskette.

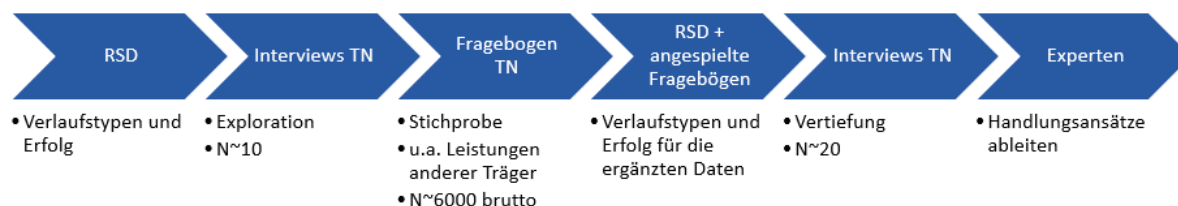
Die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) enthält Angaben zu den Leistungen der DRV inklusive der zugrunde liegenden Diagnosen sowie zu den Beitragsverläufen der Versicherten. Aber sie ist limitiert, weil Leistungen anderer Träger insbesondere ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Vorbehandlungen nicht enthalten sind. Außerdem lassen die Diagnosen keine eindeutigen Schlüsse auf Erkrankungsdauer, Chronifizierung, Aktivitätseinschränkungen und Teilhabestörungen zu. Die inhaltlichen Leerstellen der RSD sollen durch unsere Studie ergänzt und aufgefüllt werden, um dadurch zusätzliches Wissen über Versorgungsverläufe von Versicherten zu gewinnen. Zentrales Zielkriterium ist der Erhalt bzw. die Wiederaufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (nachfolgend Return To Work, RTW).

Mit dem vorliegenden Projekt sollen im Rahmen eines Mixed-Method-Ansatzes

- (1) auf Grundlage der RSD typische Versorgungs- und Beitragsverläufe von Personen mit psychischen Erkrankungen identifiziert und bezüglich des Übergangs in Arbeit analysiert werden.
- (2) Angesichts unbeobachteter Heterogenität aufgrund fehlender Daten in der RSD (etwa zur psychotherapeutischen Versorgung) sollen weitergehende Erkenntnisse über Situationen, Konstellationen und Wege in das Versorgungssystem einschließlich RTW gewonnen werden. Dazu sollen zunächst für ausgewählte Personen Daten mittels Interviews und Fragebogen erhoben werden, um
- (3) diese Befunde im nächsten Schritt wieder mit der RSD zu verknüpfen und weiterführend zu analysieren.
- (4) In Abhängigkeit von diesen Befunden sollen dann erneut ausgewählte Interviews geführt werden.
- (5) Zuletzt sollen auf dieser Grundlage struktur- und handlungsbezogene Empfehlungen, etwa für das Fallmanagement der DRV, abgeleitet werden, um an entscheidenden Schnittstellen, etwa beim Übergang vom Versorgungssystem in den Arbeitsmarkt, Verbesserungen anzustoßen.

Das Vorgehen ist nachfolgend im Überblick skizziert.

Abbildung 3: Das Vorgehen im Überblick.



Der vorliegende Bericht ist auf die erste Projektphase begrenzt, d.h. die Analyse der RSD und die Auswahl der Gruppen, für die im Rahmen der ersten Interviewelle weiterführende Daten erhoben werden sollen.

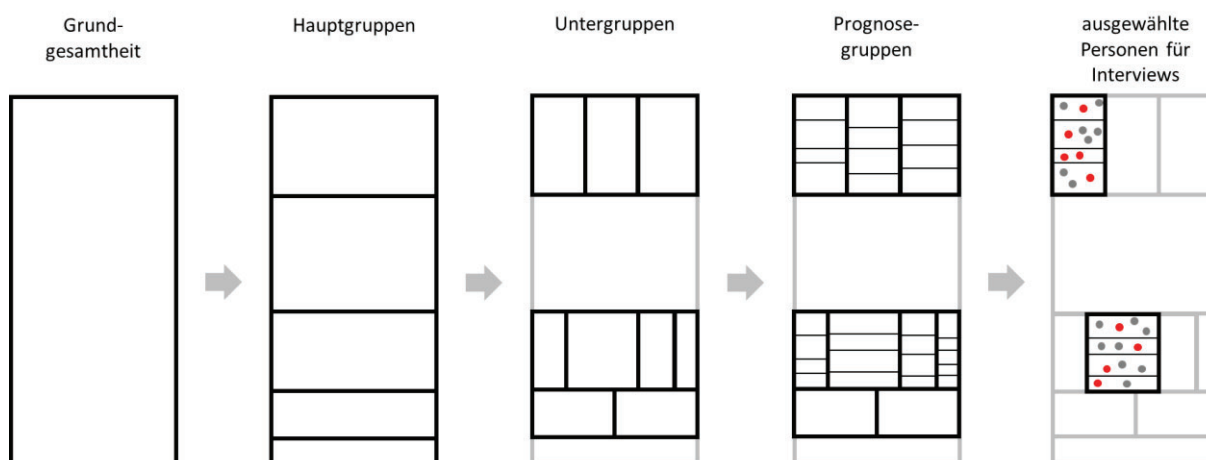
## 1.2 Methodischer Überblick

Ziel der ersten Projektphase ist es, typische Versorgungs- und Beitragsverläufe von Personen mit psychischen Erkrankungen auf Basis der aktuellen RSD zu identifizieren. „Aktuelle RSD“ bedeutet personenbezogene Versorgungs- und Beitragsverläufe vom 01.01.2010 bis 31.12.2018.

Dazu soll ein retrospektiver Blick, d.h. vom Ende einer Leistungskette, eingenommen werden. Analysiert werden Personen mit auf die psychische Erkrankung bezogenen Leistungen in 2017, die aber in 2018 leistungsfrei sind (weil hier von einem zumindest temporären Ende der Leistungskette auszugehen ist). Für diese Personen sollen dann die Versorgungs- und Beitragsverläufe ab 2020 identifiziert werden.

In Abbildung 4 ist dargestellt, wie die Gruppierungen schrittweise verfeinert werden. Die feinste Gruppierung ist die Basis für die Auswahl der Personen der ersten Interviewelle sowie für das Sample der Fragebogenerhebung. Bei jedem Schritt sind Entscheidungen zur Selektion zu treffen, die in den entsprechenden Kapiteln inhaltlich dargelegt werden.

Abbildung 4: Die Gruppierungen und die Selektion im schematischen Überblick.



Im ersten Schritt werden anhand theoretischer Überlegungen der Autoren und unter Beteiligung von Experten Hauptgruppen von Personen gebildet, die innerhalb der Gruppe ein relativ ähnliches Ende der Leistungskette haben und zwischen den Gruppen möglichst verschieden sind. Wesentliche Kriterien dazu sind insbesondere die Leistungsart und zugrunde liegende Diagnosen. Dies ist Gegenstand von Kap. 3.

Im zweiten Schritt werden inhaltlich und erkenntnismäßig interessante Hauptgruppen ausgewählt und weiter differenziert. Dies erfolgt sowohl theoretisch (z.B. Erwerbsbiografie und Leistungsarten als weitere Differenzierungskriterien) als auch empirisch (z.B. Sequenzmusteranalysen in Verbindung mit Clusteranalysen). Die so gewonnenen Gruppen werden als Untergruppen bezeichnet und bezüglich Struktur und Wiedereingliederungserfolg charakterisiert. Dies wird in Kap. 4 beschrieben.

Im dritten Schritt werden für die Personen innerhalb einer Untergruppe des statistisch prognostizierten RTW mit dem tatsächlichen RTW verglichen. So entstehen für jede Untergruppe vier Prognosegruppen, und zwar zwei Gruppen mit wahren und zwei mit falschen Vorhersagen. Aus den Prognosegruppen werden anschließend einzelne Personen ausgewählt und für ein mögliches Interview angeschrieben<sup>1</sup>. Für Untergruppen, bei denen das RTW nicht oder weniger bedeutsam ist (z.B. Altersrente, Erwerbsminderungsrente) entfallen diese Analysen. Im Rahmen der Interviews und Fragebogenerhebung werden Fragen, die aufgrund fehlender Angaben nicht mit der RSD zu beantworten sind, thematisiert (z.B. Inanspruchnahme von Leistungen, die nicht in Trägerschaft der DRV sind). Darüber wird geklärt, warum die statistischen Modelle teilweise falsche Prognosen liefern. Die Berechnungen zu den Prognosegruppen bis zur Auswahl der möglichen Interviewpersonen sind Gegenstand von Kap. 5.

### 1.3 Einstieg in den Stand der Forschung

Nachfolgend soll der Stand der Forschung grob skizziert werden, soweit dies für die erste Projektphase relevant ist<sup>2</sup>.

Für die Rehabilitation psychischer Erkrankungen sind Strukturprobleme inklusive Handlungsempfehlungen seit längerem benannt (Pörksen, 2004). Die DRV beschreibt die Rehabilitation psychischer Erkrankungen als bedeutsames Handlungsfeld und weist gleichzeitig auf die eingangs skizzierten systemischen Grenzen hin (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a; Hesse et al., 2019).

Fakten zu psychischen Erkrankungen inklusive deren Behandlung sind vielfach beschrieben (Deutsche Gesellschaft Für Psychiatrie, Psychotherapie Und Nervenheilkunde & Ärztliches Zentrum Für Qualität In Der Medizin [ÄZQ], 2015; Köllner & Bassler, 2021; Muschalla et al., 2018; Stengler et al., 2014), auch die ökonomischen Folgen (Doran & Kinchin, 2019) sowie der Bezug zur Arbeitswelt (Stegmann et al., 2021). Psychische Erkrankungen sind inzwischen der häufigste Grund für Erwerbsminderungsrenten (Hesse et al., 2019). Für Effekte von klinischen und arbeitsplatzbezogenen Interventionen auf das RTW gibt es ein Cochrane-Review (Nieuwenhuijsen et al., 2020). Demnach sind Kombinationen aus klinischen und arbeitsplatzbezogenen Interventionen am effektivsten. In neueren Studien werden die Effekte von medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen untersucht (Markus et al., 2021).

---

<sup>1</sup> Alternative Kriterien für die Auswahl von Personen aus den Untergruppen sind u.a. (stratifizierte) Zufallsziehung von Personen einer Untergruppe oder Repräsentanten einer Untergruppe, die auf Basis von Ähnlichkeitsmaßen empirisch identifiziert werden.

<sup>2</sup> Der Forschungsstand wurde im Projektverlauf vervollständigt und ist Gegenstand des Abschlussberichts.

Der Return to work (RTW) nach Rehabilitation ist aus Sicht der DRV die zentrale Erfolgsgröße. Erfolgsfaktoren des RTW sind ein bedeutsamer Gegenstand der Forschung (Bülow et al., 2016; Streibelt & Egner, 2013; Svärd et al., 2021; Vries et al., 2018), darüber hinaus Barrieren der Inanspruchnahme (Schury et al., 2019), die Sicht von Arbeitgebern (Burgess et al., 2019) und Abhängigkeiten zu Rentenüberlegungen (Henn et al., 2021).

Insgesamt scheint der RTW bei psychischen Erkrankungen geringer als bei somatischen Erkrankungen zu sein. Dies mag einerseits in der Krankheitsdiagnose und ihrer Spezifik begründet sein. Andererseits sind im Versorgungssystem Präventions- und Rehabilitationspotenziale vorhanden, die möglicherweise nicht ausreichend genutzt oder nicht mit arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen kombiniert werden. In der Empirie werden überwiegend isolierte Leistungen untersucht, vorangehende Leistungen werden entweder gar nicht oder nur sehr grob berücksichtigt, z.B. (Nübling et al., 2013; Steffanowski, 2007). Eigene quantitative (Hetzl & Streibelt, 2016) und qualitative (Klaus et al., 2017, 2018; Meschnig et al., 2019) Analysen zum Erfolg von Bildungsleistungen deuten auf die Notwendigkeit hin, vorangehende Leistungen in den Analysen zu berücksichtigen.

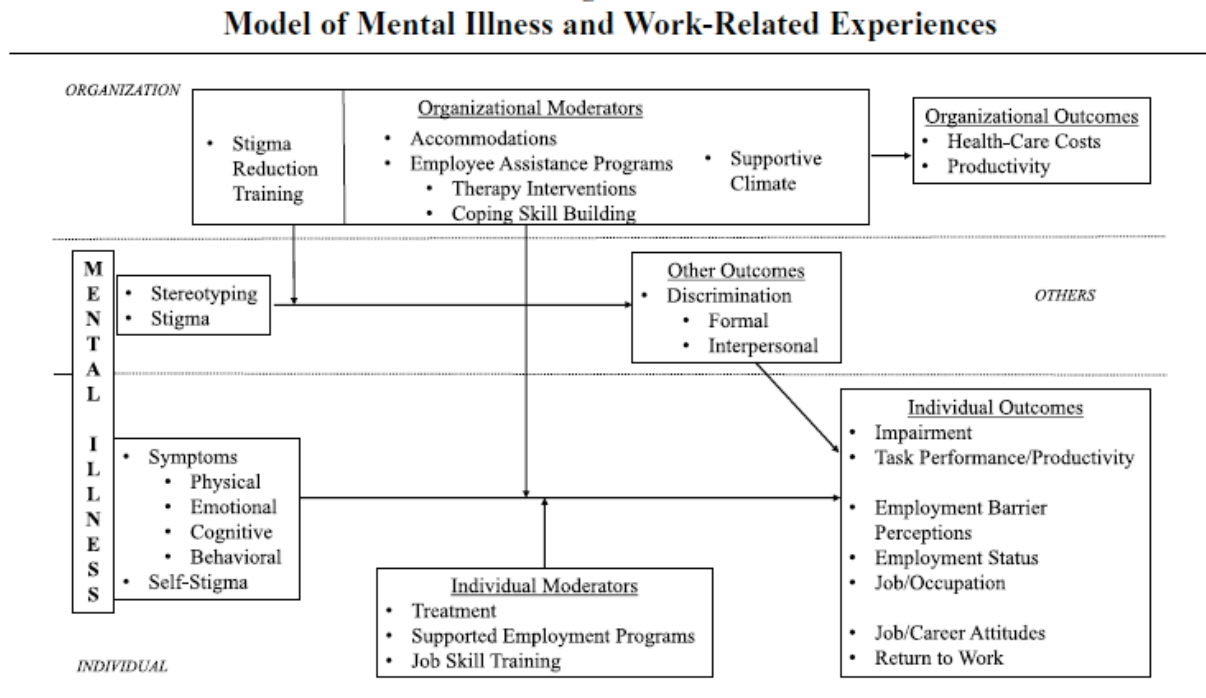
Auf Basis einer Stichprobe der RSD wurden Leistungsketten von Rehabilitationsmaßnahmen in Trägerschaft der DRV systematisch beschrieben (Radoschewski et al., 2014). Eine Leistungskette ist die „mehrfache, aufeinander folgende Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen durch eine Person“ (Radoschewski et al., 2014). Folgende Untergruppen wurden gebildet:

- Personen mit ausschließlich abgeschlossenen medizinischen Rehabilitationsleistungen
- Personen mit Datenblöcken zu LTA aber ausschließlich abgeschlossenen medizinischen Rehabilitationsleistungen in den Datensätzen
- Personen mit ausschließlich abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Personen mit abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und medizinischen Rehabilitationsleistungen

Für diese Untergruppen wurden Leistungsketten beschrieben. Empirische Methoden zur Typisierung wurden nicht eingesetzt. Aus den Akten wurden drei Phasen extrahiert: 1. Leistungsketten mit Schwerpunkt Stabilisierung und Training. 2. Leistungsketten mit Schwerpunkt berufliche Orientierung, Erprobung und Qualifizierung und 3. Leistungsketten mit Schwerpunkt berufliche Integration. Daneben wurden Leistungsketten mit einem diskontinuierlichen Verlauf herausgearbeitet. Diese gründen z. B. in unvorhergesehenen Ereignissen, die zu Abbrüchen und/oder einer Neuausrichtung der Leistungen führen. Die Autoren sehen Leistungsketten in der Rehabilitation als versorgungsseitige Antwort auf Verläufe chronischer Erkrankung und damit einhergehende Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben. Es spiegeln sich die komplexen Interaktionen zwischen Gesundheitsproblem sowie personalen Faktoren und Faktoren der Umwelt im zeitlichen Verlauf wieder.

Es gibt verschiedene Modelle zu Folgen von psychischen Erkrankungen und Interaktionen mit Lebensbereichen. Exemplarisch sei nachfolgend ein Modell aufgeführt, das explizit den Bezug zur Arbeit herstellt (Follmer & Jones, 2018). Denn in der RSD ist nur ein Bruchteil dieses Wirkungsmodells abgebildet. Dies führt dazu, dass Erfolgsanalysen allein auf Basis der RSD angesichts des komplexen Wirkungsgefüges zwangsläufig beschränkt bleiben müssen.

Abbildung 5: Arbeitsbezogenes Wirkungsmodell psychischer Erkrankungen (Follmer & Jones, 2018).



Das Leistungsspektrum der DRV reicht von medizinischer Rehabilitation (normale, psychosomatische und sonstige, ggf. auch medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation) inklusive Nachsorge und stufenweise Weiedereingliederung über berufliche Rehabilitation bis hin zum Fallmanagement nach psychosomatischer Rehabilitation (Kaluscha & Krischak, 2017)<sup>3</sup>.

Das Leistungsspektrum anderer Träger ist vielfältig. In der Sozialpsychiatrie werden hier insbesondere auch Aspekte der sozialen Einbindung, der sozialen Unterstützung in Nachbarschaftsbeziehungen und der Alltagsbegleitung zur Stabilisierung im Vorfeld beruflicher Integrationsanstrengungen angeboten. Zudem gibt es breite Möglichkeiten der Selbsthilfe und des Peer-Support. Eine Beschreibung erfolgt an anderer Stelle.

Die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen wird in Deutschland kontrovers diskutiert. Einerseits bestehen regionale Unterschiede in der Verteilung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten und hinsichtlich der Wartezeiten auf einen Therapieplatz. Andererseits müssen Patientinnen und Patienten in Abhängigkeit von finanzieller und räumlicher Mobilität lange Anfahrtswege und Kosten in Kauf nehmen, um auch bei einem geringen Versorgungsangebot eine Behandlung zu nutzen (Rommel et al., 2017).

Für einen praxisbezogenen Einblick sei auf die Arbeitshilfe „Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation verwiesen.

<sup>3</sup> Siehe auch <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Westfalen/DE/Experten/WAG/fallmanagement.html>

## 1.4 Begriffe und Definitionen

Nachfolgend werden zentrale Begriffe des vorliegenden Zwischenberichts definiert und der Bezug zur RSD hergestellt.

### Leistungskette

Eine Leistungskette ist die mehrfache, aufeinander folgende Inanspruchnahme von Leistungen durch eine Person. Es sind Leistungen in Trägerschaft der DRV (insbesondere Rehabilitation und Rente) und Leistungen anderer Träger (z.B. ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung) zu unterscheiden. Darüber hinaus gibt es arbeitsplatzbezogene Leistungen in Verantwortung des Arbeitgebers sowie eigenverantwortliche Interventionen z.B. im Rahmen der Selbsthilfe. In der RSD sind die Leistungen in Trägerschaft der DRV differenziert dokumentiert, alle anderen Leistungen und Interventionen sind aus Sicht der RSD unbeobachtete Heterogenität.

### Erwerbsverlauf

Der Erwerbsverlauf ist aus Sicht der RSD differenziert dokumentiert und basiert auf Meldungen der Arbeitgeber. Beiträge zur DRV werden monatsgenau erfasst und insbesondere nach (1) Erwerbstätigkeit, (2) Krankengeld bzw. Verletztengeld bzw. Übergangsgeld und (3) Arbeitslosengeld differenziert. Unbeobachtet sind Anzahl der AU-Tage und damit auch Zeiten der Lohnfortzahlung und eine Unterscheidung nach Teil- und Vollzeitarbeit.

### Leistungs- und Erwerbsverlauf

In einem erweiterten Verständnis integrieren wir beide Begriffe, weil der Erwerbsverlauf sowohl Ursache als auch Folge von Leistungen ist. Dies definieren wir als Leistungs- und Erwerbsverlauf.

### Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind über die ICD definiert. In der RSD sind Bewilligungs- und Entlassungsdiagnosen verfügbar. Unbeobachtet sind in der RSD insbesondere Chronifizierung, Schweregrad, Dauer, Aktivitäts- und Teilhabestörungen sowie subjektive Gesundheitsdimensionen. Psychische Erkrankten sind in dieser Arbeit eingegrenzt auf F3- und F4-Diagnosen:

- F3: Diese Gruppe enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitender Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.
- F4: In dieser Gruppe sind neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen zusammenfasst, darunter u.a. phobische, Zwangs-, Anpassungs-, dissoziative sowie somatoforme Störungen.

### Return To Work (RTW)

Erfolgsgrößen nach Rehabilitation können subjektiver und objektiver Art sein. Auf Basis der RSD definieren wir stabiles RTW als Erfolg. Stabiles RTW meint sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mit einer definierten Mindestdauer und Mindesterwerbseinkommen (zur Operationalisierung im Einzelnen siehe Anhang).

## 2 Die RSD als empirische Basis

### 2.1 Datenbasis und Grundgesamtheit

Datenbasis ist die RSD der DRV Bund von 2010 bis 2018. Sie bildet das Rehabilitations- und Rentengeschehen in Trägerschaft der DRV Bund repräsentativ ab. Sie umfasst Routinedaten von jedem Berechtigten, der eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 15, 31 SGB VI oder eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 16 SGB VI erhalten hat, die vor, während und bei Abschluss der Leistung erhoben werden, sowie das Rentengeschehen und einige weitere Merkmale aus dem Versicherungskonto insbesondere zum Beitragsverlauf.

Die zu analysierende Grundgesamtheit sind Personen mit Reha- und/oder Rentenleistungen in Trägerschaft der DRV Bund mit mindestens einer der folgenden Eigenschaften:

- Personen mit F3/F4-Haupt- oder Nebendiagnose bei medizinischer Rehabilitation, die zwischen 1.1.2017 und 31.12.2017 beendet wurde,
- Personen mit F3/F4-Haupt- oder Nebendiagnose bei LTA, die zwischen 1.1.2017 und 31.12.2017 beendet wurde,
- Personen mit F3/F4-Haupt- oder Nebendiagnose bei EM-Rente, die zwischen 1.1.2017 und 31.12.2017 neu bewilligt wurde oder läuft.

Für diese so ausgewählten Personen steht der Leistungs- und Erwerbsverlauf vom 01.01.2010 bis 31.12.2018 zur Verfügung.

### 2.2 Ein- und Ausschlüsse

In Abbildung 6 sind die Ein- und Ausschlusskriterien im Überblick dargestellt. Eingeschlossen in die weiteren Analysen sind Personen ...

- mit Leistungsende der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation in 2017 mit Diagnose F und leistungsfrei in 2018 oder
- mit Beginn EM-Rente in 2017 mit Diagnose F;
- in 2018 ist der Bezug von Erwerbsminderungs- oder Altersrente möglich, aber es werden keine Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen.

Weitere Kriterien betreffen kleinere Gruppen oder methodische Kriterien und resultieren aus den Ausschlusskriterien.

Abbildung 6: Überblick über Ein- und Ausschlusskriterien.

**Grundgesamtheit** Menschen mit F3/F4-Diagnosen bei LMR/LTA/EMR in 2017, plus Versorgungs- und Beitragsverlauf 2010-18

**Einschlüsse**

P mit LTA-Ende 2017  
 P mit LMR-Ende 2017  
 P mit EMR laufend in/ab 2017

P mit Beginn Altersrente 2018+



**Ausschlüsse:**

- P mit Tod bis 2019
- P mit Geburtsjahr 1949 oder vorher
- E mit Ende 2009-\*
- E mit sonstigen Renten Beginn 2019
- E mit RT-Tod und RT-sonst.
- E mit unvollst. Leistungsdaten (UMDT)

P mit Beginn Altersrente 2017-

P mit LTA-Ende 2018+  
 P mit LMR-Ende 2018+  
 P mit EMR-Beginn 2018+

\*Beginn 2009- (bei Ende 2010+) wird auf 01.01.2010 gesetzt  
 Untersuchungsstichprobe: n=97 833 Personen, n=174 457 Episoden zu Leistungen

In den Teildatensätzen der RSD (LMR, LTA, RT) wurden im ersten Schritt folgende Episoden gelöscht (Abkürzungen der Variablen und Kodierungen gemäß RSD-Codeplan):

- LMR: UMDT nicht 3 (= Leistung beendet, aber Datensatz unvollständig) und nicht 4 (= Episoden mit vollständiger Datenmeldung), d.h. ausgeschlossen werden Episoden mit UMDT=0,1,2,6,7
- LTA: UMDT nicht 3 (= Leistung beendet, aber Datensatz unvollständig) und nicht 4 (= Episoden mit vollständiger Datenmeldung), d.h. ausgeschlossen werden Episoden mit UMDT=0,1,2,6,7
- RT: Episoden mit offenem Antrag (AQST=0)

Damit liegen Episoden mit abgeschlossenen bzw. beschiedenen Leistungen vor. Überwiegend sind die individuellen Datensätze vollständig. Derzeit gehen wir davon aus, dass mögliche Missings nicht oder nur in geringem Maße die Analysevariablen betreffen. Die Teildatensätze wurden zu einem Gesamtdatensatz aggregiert (Grundgesamtheit 1 mit n=130.064 Personen und n=278.360 Episoden). Folgende weitere Ausschlusskriterien wurden umgesetzt:



Tabelle 3: Ausschlüsse nach Personen und Episoden mit Leistungen.

Daten	Kriterium	n Episoden Summe	n Personen Summe	$\Delta n$ Personen Ausschluss
all01	Grundgesamtheit 1	278360	130064	
all02	Ausschluss von Personen mit Tod bis 2019	273263	128245	1819
all03	Ausschluss von Personen mit Geburtsjahr 1949 oder vorher	269724	126239	2006
all04	Ausschluss von Personen mit Ende LMR oder Ende LTA in 2018 oder 2019	197653	105125	21114
all05	Ausschluss von Personen mit Beginn emr in 2018 oder 2019	180986	99745	5380
all06	Ausschluss von Personen mit Beginn Altersrente bis incl 2017 (d.h. Beginn 2018 ist enthalten)	175698	97833	1912
all07	Ausschluss von EPISODEN mit Beginn in 2019	174596	97833	0
all08	Ausschluss von EPISODEN mit Enddatum bis einschließlich 2009	174578	97833	0
all09	Ausschluss von EPISODEN mit Renten wegen Tod und wegen sonstiges	174457	97833	0
all10	Ausschluss von Personen, die NICHT folgendes Einschlusskriterium erfüllen: in 2017 LMR oder LTA beendet, bis inkl 2017 EMR begonnen =Grundgesamtheit 2	174457	97833	0

## 2.3 Überblick über die verwendeten Variablen

Nachfolgend sind verwendeten Variablen im Überblick aufgeführt. Die Operationalisierung im Einzelnen ist im Anhang aufgeführt.

Tabelle 4: Überblick über die verwendeten Variablen.

<b>Zielgröße: stabiles RTW in 2018 ja/nein</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Armutsgrenze: Tageseinkommen <math>\geq</math> 19000 € / 365 Tage &amp; mindestens 6 Monate Beitrag &amp; mindestens Nov/Dez Beitrag</li> </ul>
<b>Soziodemografie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter, Geschlecht, Bildung, Staatsangehörigkeit</li> <li>• Zuzahlung 17<sup>^</sup></li> <li>• Familienstand 17<sup>^^</sup></li> </ul>
<b>Erwerbsbiografie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monatsgrößen: beschäftigt, Arbeitslosen-, Krankengeld<sup>°</sup>, nicht beschäftigt</li> <li>• Jahresgrößen (Beschäftigungstage, Jahresentgelt, Tage mit ALG/KG)</li> <li>• Berufliche Stellung und Erwerbsstatus bei Antragsstellung 17<sup>^^</sup></li> <li>• Erwerbsstatus 3 Monate vor Beginn der jüngsten med. Reha oder LTA</li> </ul>
<b>Reha- und Rentenbiografie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EMR-Antrag nicht bewilligt</li> <li>• Monate mit LMR, LTA, Rente (jeweils nach Art differenziert)</li> <li>• Diagnosen: SMI (Depression, bipolare Störung, PTBS), Angststörungen, somatoformer Schmerz, Sucht (=mind. 1 Entwöhnungsbehandlung)</li> <li>• Negatives Leistungsvermögen (Psyche) 17<sup>^</sup></li> <li>• Stufenweise Wiedereingliederung im Anschluss an LMR 17<sup>^</sup></li> </ul>
<b>Kontext</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundesgebiet</li> <li>• Arbeitsmarktregion (Arbeitslosenquote, Anteil der Fachkräfte an der Arbeitslosenquote, BIP je Einwohner, Tertiarisierungsgrad, Ärztedichte)</li> </ul>
<b>Allg. Diskontinuität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entropy</li> </ul>
<b>Hinweis auf unbeobachtete Heterogenität*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „lange“ Dauer zwischen Beginn der ersten Sozialleistung (KG/ALG) und der darauf folgenden DRV-Leistung (LMR, LTA, EMR bewilligt)</li> <li>• „lange“ Dauer KG und ALG außerhalb von DRV-Leistungen (Frühphase 10-13, Spätphase 14-17)</li> </ul>

Anmerkung:

<sup>^</sup>nur wenn LMR

<sup>^^</sup> nur wenn LTA oder LMR

<sup>°</sup> je nach Situation auch Übergangs- oder Verletztengeld

\* mögliche Leistungen anderer Träger, mögl. Fehl-/Unterversorgung, mögl. Ansatz für Fallsteuerung

### 3 Die Hauptgruppen

#### 3.1 Vorgehen zur Bildung und Auswahl relevanter Hauptgruppen

Handlungsleitend für die Bildung der Hauptgruppen waren folgende Überlegungen und Annahmen.

F3- und F4-Diagnosen überwiegen insgesamt bei den F-Diagnosen und sind mengenmäßig für die DRV am bedeutsamsten. Daher sind sie als Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit gewählt. Zudem sind vorhandene psychische Komorbiditäten bedeutsam (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, 2014b).

Wir unterscheiden für jede Reha-Leistung oder Erwerbsminderungsrente ob

- (1) F3/F4 als Hauptdiagnose oder
- (2) eine andere F-Diagnose als Hauptdiagnose und F3/F4 als Nebendiagnose oder ob
- (3) nur in der Nebendiagnose eine F3/F4-Diagnose (psychische Komorbidität) kodiert ist.

Diagnosen liegen nicht durchgängig für alle Leistungen vor. Teils wird nach Bewilligungs- und Entlassungsdiagnose unterschieden. Bei der medizinischen Rehabilitation verwenden wir die Entlassungsdiagnose, weil hier von einer höheren Validität auszugehen ist. Zudem könnte es sein, dass die Unterscheidung nach Haupt- und Nebendiagnose eher administrativer Logik als der handelnden Praxis folgt und daher nachrangig ist.

Wenn Personen im Beobachtungszeitraum mehr als eine Leistung erhalten, dann unterscheiden wir drei disjunkte Gruppen mit folgender Priorisierung:

- (1) Wenn irgendwann im Beobachtungszeitraum eine F3/F4-Hauptdiagnose vorlag, dann wird die Person der Gruppe „F3/F4-Hauptdiagnose“ zugeordnet.
- (2) Personen werden der Gruppe „andere F-Diagnose“ als Hauptdiagnose zugeordnet, wenn sie mindestens ein F-Hauptdiagnose aufweisen die nicht F3/F4 ist.
- (3) Haben Personen ausschließlich andere Hauptdiagnosen als F, dann gehören Sie zur Gruppe „psychische Komorbidität“

Neben der Unterscheidung nach Diagnosen differenzieren wir nach der Leistungsart.

- (1) Erfolg von Leistungen ist unterschiedlich zu werten. Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ist das prioritäre Ziel der DRV. Für Altersrentner ist dieses Kriterium nicht prioritär. Für Menschen in einer WfbM ist die Integration angesichts der Intensität der Erkrankung oder Behinderung in den ersten Arbeitsmarkt vielfach nicht realistisch. Auch für Menschen, die RPK-Leistungen erhalten haben, können abweichende Erfolgskriterien gelten. Daher sollen diese drei Gruppen separat betrachtet werden.
- (2) Nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“ sollten Personen, die eine Erwerbsminderungsrente erhalten, in der Zeit vorher Rehabilitationsleistungen erhalten haben. Von Interesse ist daher, ob und welche Leistungen vorher in Anspruch genommen werden.
- (3) Die übrigen Personen haben Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und/oder Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten. Wir unterscheiden ob dies in Kombination auftritt oder isoliert.

Im Ergebnis resultieren daraus die in Tabelle 5 dargestellten disjunkten Gruppierungen mit Priorisierung von oben nach unten bzw. von links nach rechts.

Tabelle 5: Theoretisch gebildete und disjunkte Hauptgruppen und Anzahl der Personen.

	Hauptdiagnose		Nebend.
	F3/F4	andere F	F3/F4
1 WfbM irgendwann Personen, die irgendwann WfbM-Leistungen und in 2017 mindestens eine F-Leistung erhalten haben.	132		
2 RPK irgendwann Personen, die irgendwann RPK-Leistungen und in 2017 mindestens eine F-Leistung erhalten haben.	499		
3 Altersrente 2018 Personen, die in 2018 Altersrente erstmals beziehen und in 2017 eine F-Leistung erhalten haben	3.232		
4 Erwerbsminderungsrente bewilligt ab 2017 Personen, die ab 2017 eine EMR beziehen	21.529	1.523	3.598
5 Erwerbsminderungsrente bewilligt bis 2016 Personen, die bis 2016 eine EMR bewilligt bekommen haben aber ab 2017 nicht mehr beziehen	121		
6 LTA 2017, ggf. auch LMR Personen, die bis 2017 eine LTA abgeschlossen haben	1.034	56	696
7 LTA bis 2016, ggf. auch LMR Personen, die bis 2016 eine LTA abgeschlossen haben	824		
8 LMR 2017 (ohne LTA) Personen, die mindestens eine LMR und keine LTA abgeschlossen haben	39.849	2.975	21.765

Anmerkung: Diagnosen beziehen sich auf „mindestens eine Leistung im Beobachtungszeitraum mit dieser Diagnose“ bei Priorität von links nach rechts. Gruppierungen vertikal in Priorisierung von oben nach unten (d.h. in Zeile 2 sind die Personen die nicht in 1 sind usw.).

Die Gruppierung folgt der Diskussion in der Projektgruppe und den beteiligten Experten. Sie stellt aus unserer Sicht einen guten Kompromiss zwischen „zu grob“ und „zu fein“ dar. Von dieser Basis aus wurden dann Binnendifferenzierungen vorgenommen und weiterführende Analysen vorgenommen, die auch Differenzierungen nach Diagnosen, Leistungsarten sowie Erwerbsverläufe berücksichtigen. Letztere sind einerseits Ergebnis von Reha-Leistungen und andererseits bei Teilhabestörungen auch Grund für Reha-Leistungen.

Alternativ zu theoretischen Gruppen hatten wir clusteranalytische Gruppenbildungen von individuellen Leistungsketten exploriert, die aber inhaltlich kaum sinnvoll interpretierbare Lösungen hervorgebracht haben. Grund war, dass auch hier Annahmen zu treffen sind. Welche Granularität der Leistungen soll zugrundegelegt werden? Sollen Abfolgen von Leistungen oder auch deren Dauern berücksichtigt werden? Welches Ähnlichkeitsmaß und welcher Clusteralgorithmus sollen gewählt werden? Technisch sind zudem die Fallzahlen so hoch, dass insbesondere hierarchische Clusterverfahren limitiert sind bzw. auf Stichproben zurückgegriffen werden muss.

Für die weiteren Analysen beschränken wir uns auf folgende Hauptgruppen:

- (1) EMR\_F34: Personen, die in 2017 und/oder 2018 eine EMR beziehen und irgendwann ein F3 oder F4-Hauptdiagnose aufweisen;
- (2) LTA: Personen, die in 2017 oder 2016 eine LTA abgeschlossen haben und irgendwann eine F-Diagnose aufweisen (zusätzlich können LMR vorhanden sein, aber keine bewilligten EMR; keine Eingrenzung der Diagnosegruppe, weil die Fallzahl ohnehin gering ist);

- (3) LMR\_F34: Personen, die in 2017 eine LMR abgeschlossen haben und irgendwann ein F3 oder F4-Hauptdiagnose aufweisen (es sind aber keine LTA und keine bewilligten EMR vorhanden).

Die übrigen Hauptgruppen sind zum einen speziell (WfbM, RPK), weil hier andere Erfolgskriterien als das RTW anzulegen sind. Zum anderen stehen Personen in Altersrente dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung. Daher verzichten wir zunächst auf weitere Analysen für diese Gruppen.

Bei den beiden großen Gruppen Erwerbsminderungsrente und medizinische Rehabilitation konzentrieren wir uns entsprechend der Projektfragestellungen auf die Versicherten, die irgendwann einmal eine F3-/F4-Hauptdiagnose aufgewiesen haben. Treten diese Diagnosegruppen ausschließlich als Nebendiagnosen auf, gehen wir davon aus, dass auch andere Mechanismen für die Leistungssteuerung zugrunde liegen können. Damit wären die Analysegruppen unscharf und noch heterogener. Sofern die zugrundeliegenden Mechanismen für die Leistungssteuerung vergleichbar sein sollten, wäre in den Analysegruppen nur die Fallzahl reduziert. Wäre die Fallzahl dort recht klein, dann könnten möglicherweise kleine Effekte statistisch nicht abgesichert werden, obwohl sie tatsächlich vorhanden sind. Da jedoch die Fallzahl in den gewählten Analysegruppen mit  $n > 21.000$  recht hoch ist, werten wir den Bias aufgrund der Fallzahl als vernachlässigbar.

## 3.2 Deskription

In Tabelle 6 ist dargestellt, wie viele Leistungsepisoden die Personen ausgewählter Hauptgruppen aufweisen. Die im Weiteren interessierenden Hauptgruppen sind zudem grafisch dargestellt.

Befund:

- LMR: 83% dieser Personen haben nur eine Leistung erhalten.
- LTA: 66% dieser Personen haben zwei oder drei Leistungen erhalten, die übrigen noch mehr. Eine isolierte LTA ohne weitere Leistungen haben nur Einzelfälle erhalten<sup>4</sup>.
- EMR: 17% haben nur die EMR erhalten und keine weitere Leistung, 60% zwei oder drei Leistungen.

Methodisch ist zu berücksichtigen, dass es teils administrativ bedingt (z.B. Wechsel von Pendler zu Internatsstatus, Kodierverhalten) zu zusätzlichen Episoden kommt, die aber aus Sicht des Versicherten keine neue oder eigenständige Leistung darstellen. Insofern ist die Anzahl der Episoden nicht zwangsläufig die Anzahl der Leistungen. Diese Verzerrung wird in späteren Kapiteln aufgelöst.

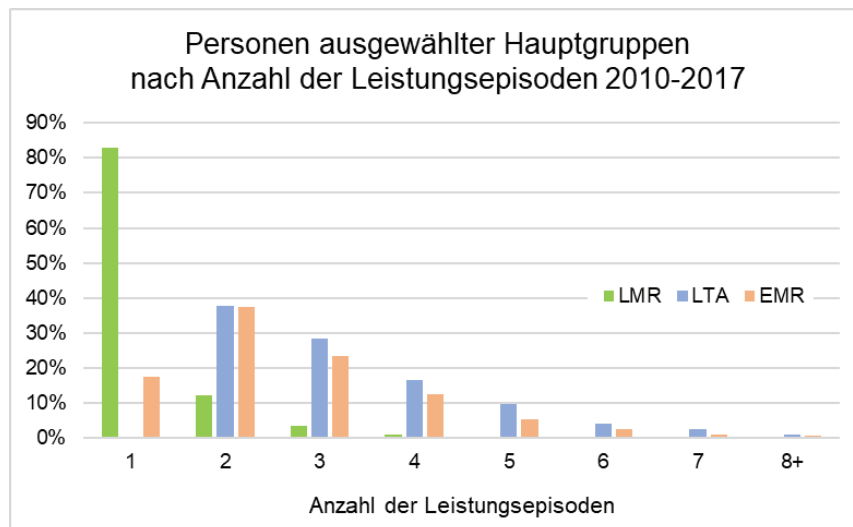
---

<sup>4</sup> Eine mögliche Hypothese ist, dass Personen, die einmal bei LTA-Leistungen erfasst sind eine höhere Chance auf weitere Leistungen haben, weil innerhalb der LTA-Angebote eine engere Verzahnung vorhanden ist (etwa im Vergleich zur med. Reha und zwischen ambulanter Versorgung und Reha-Leistungen). Ein anderer Grund kann auch darin liegen, dass LTA-Leistungen aufeinander gestuft folgen: Berufsfindung, Belastungserprobung, Qualifizierungsmaßnahmen, Begleitung und Fallmanagement beim RTW. Zudem würden einmalige Leistungen, die zu einem erfolgreichen RTW führen, auf Effizienz hindeuten.

Tabelle 6: Anzahl der Personen mit n Leistungsepisoden (ohne Beiträge) in ausgewählten Hauptgruppen.

n Episoden	LMR F34	LMR F12	LMR KoF	LTA F34	LTA F12	LTA KoF	LTA 16	EMR F34	EMR F12	EMR KoF	EMR bis16
1	33087	1879	15528	7	0	0	0	3760	452	385	0
2	4902	736	4791	290	17	345	329	8050	497	1371	51
3	1384	234	994	270	17	239	214	5013	300	925	41
4	337	94	346	217	12	62	140	2659	164	488	14
5	95	20	79	140	7	27	82	1176	54	239	8
6	34	8	20	61	1	11	34	539	31	117	5
7	8	3	4	37	2	9	15	213	17	44	1
8	1	1	2	9	0	2	6	71	4	15	1
9	0	0	1	1	0	0	2	33	3	9	0
10	1	0	0	2	0	1	1	9	1	4	0
11	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Summe	39849	2975	21765	1034	56	696	824	21529	1523	3598	121

Abbildung 7: Personen ausgewählter Hauptgruppen nach Anzahl der Leistungsepisoden 2010-2017.



Die Struktur der Hauptgruppen ist nachfolgend beschrieben. Dabei wird die Population zugrunde gelegt, wie sie auch in den weiteren Analysen verwendet wird (siehe Kap. 4.1.1). Daher weichen die Fallzahlen zu den vorherigen etwas ab, sind aber dann mit den weiteren Analysen vergleichbar.

Herausgehoben sei:

- Wegen dem Fokus auf psychische Erkrankungen sind die Frauenanteile in allen Gruppen recht hoch.
- Der Anteil der älteren Personen ist in der Gruppe EMR am höchsten.
- Der Anteil mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI) ist in der Gruppe EMR am höchsten, ebenso die Diagnosen zu Angststörung sowie somatoformer Schmerz.
- Die „positiven“ Erwerbsbiografien (Einkommen, Beschäftigungstage, Erwerbsstatus vor der letzten Leistung) sind in der Gruppe LMR zu beobachten.
- Umgekehrt liegen die längsten Phasen mit Sozialleistungen (Krankengeld, Arbeitslosengeld) in den beiden anderen Gruppen vor. Dort ist auch die Dauer von der ersten Sozialleistung bis zur ersten DRV-Leistung am längsten.

Tabelle 7: Deskription der ausgewählten Hauptgruppen (Fallzahl auf Basis der Untergruppen).

	EMR	LMR	LTA
n	20607	37429	2545
RTW18_ja	3,6	65,9	65,4
Geschlecht: Frau	80,4	76,7	74,3
Alter in 2018: 29bis38	5,0	9,7	8,6
bis48	15,1	20,1	26,9
bis58	47,6	47,8	50,5
bis63	32,3	22,3	13,9
Familienstand: ledig	10,2	17,9	16,5
verheiratet	41,6	61,3	59,2
geschieden	11,7	16,0	18,0
verwitwet	2,1	3,1	1,6
unbekannt	34,4	1,6	4,8
Wohnort: Westtd	77,3	80,7	78,2
Staatsang: deutsch	95,7	96,6	96,3
Ausbildung: ohne	5,2	3,6	3,8
mit	55,5	56,5	59,1
Hochschulreife	15,3	26,7	22,9
unbekannt	24,0	13,2	14,3
Bei Antrag: nicht erwerbstätig	4,1	1,3	1,6
Azubi	0,1	0,2	0,2
un.angelernt	1,7	2,7	2,8
Facharbeiter	1,3	2,5	2,8
Angestellt.Beamt	34,4	91,6	70,1
selbständig	0,3	1,3	0,6
unbekannt	58,0	0,0	21,6
Bei Antrag: nicht.erwerbstätig_	5,0	1,8	5,5
Ganztagsarbeit	31,9	92,3	86,7
Teilzeit.wenig	2,5	3,1	1,8
arbeitslos	3,4	2,7	6,1
Heimarbeit	0	0	0
unbekannt	57,2	0,0	0,0
Zuzahlung_vermindert	17,8	19,3	26,9
Diagnose: SMI	33,8	6,0	7,0
DiagnSMI: Depression	25,1	2,7	3,7
DiagnSMI_bipolareStörung	0,8	0,1	0,0
DiagnSMI: PTBS	11,2	3,5	3,6
Diagn: Angststörung	19,1	11,6	9,1
Diagn: somatoformSchmerz	24,1	8,9	16,7
Entwoehnung in den Vorjahren	1,0	0,3	1,6

	EMR	LMR	LTA
EMR-Antrag, nicht bewilligt	32,3	2.9	7.1
RegArbeitslosenquote..M	6,0	5.9	5.9
RegAerztedichte..M	14,7	14.6	14.6
MittlTageseinkommen1013..M	68,2	86.4	82.0
MittlTageseinkommen1416..M	62,3	96.4	83.5
DifferenzTageseinkommen1516..M	-5,9	10.0	1.4
Status 3 Monate vorher: beschäftigt	11,8	63.6	51.6
Beschäftigungstage in 2015: 0	30,3	5.4	20.5
Bis 150	14,2	5.9	8.3
Bis 300	16,4	6.9	9.9
Bis 365	39,0	81.8	61.3
Beschäftigungstage in 2016: 0	49,3	8.5	25.9
Bis 150	19,5	8.1	9.9
Bis 300	14,8	13.0	12.2
Bis 365	16,4	70.4	52.0
DifferenzBeschäftigungstage1516..M	-84,2	-26.3	-27.6
Sozleist1013nReha_Monate..M	4,2	1.7	4.2
Sozleist1416nReha_Monate..M	6,3	2.2	4.9
LMR1013sum..M	0,1	0.1	0.2
LMR1417sum..M	2,2	2.7	3.0
Entropy1013..M	1,3	0.7	1.2
Entropy1416..M	3,0	0.9	2.3
DauerBisLeistung..M	27,6	19.5	22.8

Anmerkung:

n = Anzahl, Zeilen entweder mit Mittelwert (..M) oder ansonsten %.



## 4 Die Untergruppen

Die im vorherigen Kapitel gebildeten und ausgewählten Hauptgruppen sollen in Untergruppen unterteilt werden, um die Homogenität innerhalb einer Gruppe zu erhöhen.

### 4.1 Vorgehen zur Bildung der Untergruppen

Das Vorgehen zur Bildung der Untergruppen war wie folgt:

1. Definition weiterer Ausschlusskriterien (siehe Kapitel 4.1.1)
2. Differenzierung der Leistungs- und Beitragsarten sowie darauf aufsetzende Sequenzmusteranalysen zur Darstellung individueller Erwerbs- und Leistungsverläufe. Die Sequenzmusteranalyse ist ein exploratives Verfahren (siehe Kapitel 4.1.2). Mit verschiedenen Gruppierungsmethoden (theoretisch, clusteranalytisch auf Basis einer Optimal-Matching-Distanz) und Granularitäten wurden Varianten exploriert und in der Projektgruppe sowie unter Beteiligung von Experten diskutiert. Die zentralen Entscheidungen sind in Kapitel 4.1.4 zusammengefasst.
3. Die finalen Gruppierungen werden nachfolgend ausführlich charakterisiert.
4. Für ausgewählte Untergruppen wird der RTW im Jahr 2018 (RTW.18) regressionsanalytisch ermittelt (siehe Kapitel 4.1.3).

#### 4.1.1 Weitere Ausschlusskriterien

Für die weiteren Analysen haben wir zusätzlich folgende Ausschlusskriterien berücksichtigt:

- Ausschluss von Personen bis 28 Jahre, damit der Beobachtungszeitraum (8 Jahre zurück) mit einem Erwerbs- und Leistungsverlauf gefüllt ist. Eine verbleibende Verzerrung durch Personen mit langer Ausbildung (z.B. Studium) nehmen wir in Kauf.
- Ausschluss von Personen 64 Jahre und älter, um eine Verzerrung mit Übergang in Altersrente zu mindern.
- Personen mit Wohnort im Ausland oder ohne Wohnort, um Regionaldaten anspielen zu können.

Wegen dieser Ausschlüsse können die Fallzahlen zu den beschriebenen Hauptgruppen leicht abweichen.

#### 4.1.2 Sequenzmusteranalyse für die Erwerbs- und Leistungsverläufe

Im Weiteren sollen Erwerbsverläufe ergänzt und die Leistungsarten weiter differenziert werden. Dazu werden zunächst individuelle Leistungs- und Erwerbsverläufe dargestellt. Jede Person wird als eine Zeile dargestellt mit einer Zeitachse (in Monaten) für die einzelnen Statuszustände, die farblich unterschieden werden (siehe Abbildung 8).

Bei zeitlich sich überlappenden Leistungen wird eine Priorisierung vorgenommen, um eine disjunkte Darstellung für jeden Monat zu erhalten. Bei überlappenden Leistungen gilt folgende Priorisierung (ohne Überschreibung)

1. Einmonatige Leistungen (z.B. Bescheide zu LTA, zu RT) zuerst,
2. Dann letzte Leistung (gemäß Enddatum) zuerst,
3. Bei gleichem Enddatum dann zuerst die mit späterem Beginndatum,
4. Zuletzt Beiträge, um alle Lücken zu schließen.

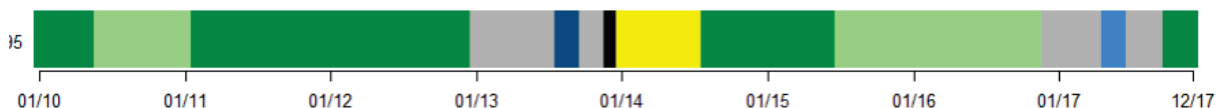
Die Darstellung erlaubt einen intuitiven Überblick über den Erwerbs- und Leistungsverlauf. Außerdem werden auf diese Weise „künstliche“ Episoden eliminiert, die administrativ begründet sind (z.B. Ummeldungen, Verlängerungen) und praktisch keine neue Leistung darstellen.

Folgende Statuszustände werden verwendet und in den Grafiken farblich dargestellt:

- LMR normal
- LMR psychsom
- LMR sonst
- LMR Nachsorge
- Qualifizierung
- Integration
- LTA sonst
- EMR nicht bewilligt
- EMR bewilligt
- kein Beitrag
- Arbeitslosengeld
- Krankengeld
- beschäftigt

Beispiel in Abbildung 8: Diese Person hat von Beginn 2010 bis Ende 2012 gearbeitet mit einer Unterbrechung durch Krankengeldbezug. Im Jahr 2013 war die Person arbeitslos. In der Zeit fand auch eine medizinische Reha inkl. eine Nachsorgeleistung statt. Anfang 2014 wurde eine sonstige LTA (hier durch Rückgriff auf die Rohdaten: Leistung an Arbeitgeber als Eingliederungszuschuss) genutzt. Nach einer Phase der Beschäftigung folgte eine längere Phase mit Sozialleistungsbezug usw.

Abbildung 8: Beispiel-Sequenz.



Aus statistischer Sicht bieten die Darstellungen folgende Möglichkeiten:

- Berechnung von Verweildauern (in Monaten) nach Statuszuständen.
  - Für den Gesamtzeitraum
  - Für Teilzeiträume. Da die Reha-Leistungen der DRV in der Mehrzahl erst am Ende des Beobachtungszeitraums auftreten, erscheinen zeitliche Unterteilungen sinnvoll.
  - Charakteristisch ist, dass die einzelnen Verweildauern disjunkt summiert werden. Beispielsweise werden Monate mit Übergangszahlung nur insoweit gezählt, als dass parallel keine Reha-Leistungen erfolgen. Im Unterschied dazu sind in der RSD die Anzahl der Tage mit Bezug von Arbeitslosengeld sowie die Tage des sonstigen Leistungsbezugs (z.B. Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld) ausgewiesen. Beide Formen der Operationalisierung haben Vor- und Nachteile.
- Berechnung von Maßen der Heterogenität einer Sequenz (Transitions, Entropy etc., siehe Kap. 8.1.6), auch hier entweder für den Gesamt – oder für Teilzeiträume.
- Berechnung von Abständen zwischen bestimmten Statuszuständen. Bedeutsam für die vorliegende Arbeit ist der Abstand des ersten Bezugs von Krankengeld (Übergangsgeld, Verletztengeld) bis zur ersten Reha-Leistung. Der Bezug von Krankengeld deutet darauf hin, dass die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist und dass möglicherweise Leistungen anderer Träger in Anspruch genommen werden oder hätten in Anspruch genommen werden sollen. Ist der Abstand zur ersten Reha-Leistung sehr lange, könnte dies darauf hinweisen, dass die Angebote der DRV möglicherweise zu spät kommen. Allerdings könnte es auch sein, dass in dieser Zeit zunächst Behandlungskonzepte anderer Träger genutzt werden.
- Die Sequenzen können über Ähnlichkeitsmaße in eine Distanzmatrix überführt werden. Dies ermöglicht weiterführende Analysen, z.B. Clusteranalysen und Repräsentantenverfahren. Die Distanzen generieren wir mittels „Optimal Matching“ (OM). OM

ist definiert als die minimalen Kosten – in Form von Einfügen (insert), Löschen (delete) und Ersetzen (substitute) der einzelnen Statuszustände – für die Umwandlung einer Sequenz in die andere Sequenz. Wir verwenden folgende Parameter: substitution costs werden aus den Übergangsraten geschätzt, indel costs = 1. Zur Methode im Einzelnen siehe (Gabadinho et al., 2011) und die dort zitierte Methodenliteratur.

- Repräsentanten: Repräsentanten sind Menschen mit einem Erwerbs- und Leistungsverlauf, der typisch für die Gruppe ist. Dafür gibt es u.a. Methoden, die auf der genannten Distanzmatrix beruhen. Die Sequenzen werden nach einem Repräsentativitätskriterium sortiert und so selektiert, dass in der „Nähe“ möglichst viele ähnliche Sequenzen sind. Dafür sind verschiedene Schwellen zu definieren. Wir definieren zunächst 10% der maximalen theoretischen Distanz als Nähe. Sollte dies zu einer Übergenauigkeit führen, d.h. es würden zu viele verschiedene Repräsentanten identifiziert werden obwohl diese augenscheinlich ein ähnliches Muster aufweisen, dann lockern wir diese Bedingung. Die Anzahl der gewünschten Repräsentanten kann zum einen vorgegeben werden, dann wird in der Umkehr der Repräsentationsgrad angegeben („coverage“), d.h. wie viele Sequenzen der Repräsentant abbildet. Zum anderen kann die gewünschte coverage vorgegeben werden und die Anzahl der dafür nötigen Repräsentanten wir ausgegeben. Wir wenden letzteres an und setzen eine Mindestcoverage von 60%.

Es gibt aber auch Grenzen. So können keine parallelen Zustände abgebildet werden. Beispielsweise ist in den garfischen Darstellungen nicht ersichtlich, ob parallel zur Rehabilitation oder Rentenleistung eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung besteht oder nicht. Auf entsprechende Ansätze (z.B. multichannel sequence analysis) haben wir verzichtet.

Wir nutzen für die Sequenzmusteranalysen insbesondere das R-Paket TraMineR (Gabadinho et al., 2011).

### 4.1.3 Prognosemodelle

Für die Personen gemäß der benannten Ein- und Ausschlusskriterien ermitteln wir anhand der RSD Prognosemodelle. Outcome ist das RTW in 2018. Die Prädiktoren sind sämtliche Variablen wie sie im Kap. 2.3 beschrieben sind. Missing Data sind als solche kodiert und nicht ersetzt. Wir verwenden logistische Regressionen und selektieren die Prädiktoren empirisch anhand AIC (backward and forward selection). Wir berichten als Gütemaß das  $R^2$  nach Nagelkerke sowie das AUC (area under curve). Die Regressionskoeffizienten berichten wir als Odds Ratio und für die zentralen Modelle berichten wir zusätzlich AME (average marginal means). Die Trennwerte für die Prognosegruppen legen wir anhand des Youden-Index fest, der mittels bootstrap ( $n=250$ ) intern validiert wird. Für die Berechnungen nutzen wir im Wesentlichen die R-Pakete „MASS“ (Ripley, 2021), „cutpointr“ (Thiele, 2021) und „margins“ (Leeper, 2021). Wir berichten gemäß TRIPOD-Statement (Collins et al., 2015).

### 4.1.4 Prozessualer Charakter

Folgende leistungsbezogenen Aspekte waren für unsere theoretische Gruppierung handlungsleitend.

Innerhalb der LMR-Hauptgruppe:

- Menschen mit mindestens einer „Entwöhnung“ haben wir separat gruppiert, weil sie insbesondere überdurchschnittlich lange Rehabilitationsdauern und in der Regel strukturierte Behandlungspfade aufweisen.
- Die psychosomatische Rehabilitation wollen wir separat betrachten. Daher gruppieren wir Menschen, die mindestens eine psychosomatische Rehabilitation aufweisen. Überdurchschnittlich lange Rehabilitationsdauern oder Leistungsketten sollen separat

abgebildet werden, so dass wir diese Kriterien als weiteres Trennungsmerkmal heranziehen. Eine psychosomatische Rehabilitation mit einer Dauer von mindestens 3 Kalendermonaten definieren wir als überdurchschnittlich lang<sup>5</sup> - wir verwenden Kalendermonate weil im Rahmen der Sequenzmusteranalyse als Einheit die Monate gezählt werden.

- LTA und bewilligte Erwerbsminderungsrenten sind definitionsgemäß nicht in dieser Hauptgruppe enthalten.

Innerhalb der LTA-Hauptgruppe:

- Die drei großen Leistungsarten Qualifizierung, Integration und sonstige Leistungen sollen separat betrachtet werden. Die Abgrenzung erfolgt gemäß dem Codeplan der RSD.
- Bei Leistungsketten haben wir priorisiert, dass bei der Gruppe Qualifizierung auch zusätzlich alle anderen LTA-Arten möglich sind. In der Gruppe Integration sind zusätzlich nur sonstige Leistungen zulässig. Die Gruppe sonstige Leistungen enthält keine weiteren LTA-Arten.
- Alle Gruppen können definitionsgemäß auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation enthalten, aber keine bewilligte Erwerbsminderungsrenten.

Innerhalb der EMR-Hauptgruppe:

- Definitionsgemäß beziehen alle Menschen dieser Hauptgruppe ab oder in 2017 eine Erwerbsminderungsrente.
- Wir wollen Gruppen unterscheiden, bei denen im Vorfeld der Erwerbsminderungsrente Leistungen der medizinischen Rehabilitation, LTA oder keine Rehabilitationsleistungen stattgefunden haben.
- Bei Leistungsketten haben wir priorisiert, dass Menschen mit mindestens einer LTA in einer Gruppe sein sollen, unabhängig davon ob zusätzlich eine medizinische Rehabilitation stattgefunden hat oder nicht.

Wir haben im Wesentlichen zwei verschiedene Granularitäten diskutiert. Bei der feineren Granularität haben wir zusätzlich zu den Leistungsverläufen noch Erwerbsverläufe berücksichtigt. Dazu haben wir jede Untergruppe zusätzlich zweigeteilt (lange Beschäftigungszeiten versus kurze Beschäftigungszeiten). Letztlich haben wir uns für die gröbere Gruppierung – also „exkl. Erwerbsverlauf“ – als Basis für die weiteren Analysen entschieden. Die Gründe dafür waren folgende:

- Die Differenzierung nach mehr oder weniger Beschäftigung führte nicht zu einer Differenzierung der beobachteten Leistungsverläufe. Daher haben wir entschieden, die Erwerbsbiografien differenziert als Prädiktor im Rahmen der Prognosemodelle zu verwenden und nicht als Kriterium für die Gruppenbildung.
- Die Trennung von mehr und weniger Beschäftigung erfolgte anhand der theoretischen Mitte der Monate in Beschäftigung, d.h. 2010-2013 und 2014-2016. Dies ist ein beliebiger Trennwert, Alternativen wären möglich.
- Die Gruppen ohne den Erwerbsverlauf sind größer, so dass mehr Potenzial für Prognosemodelle (Anzahl und Stabilität der Schätzer) besteht.

Zudem haben wir clusteranalytische Gruppierungen auf Basis von Sequenzmustern exploriert. Die clusteranalytischen Ergebnisse waren jedoch nur bedingt interpretierbar. Dies gründet nicht in der Methode der Clusteranalyse an sich, sondern vermutlich an der Vielzahl und Mehrdimensionalität der zugrunde liegenden Zustandsmerkmale (vier Merkmale für Erwerbsverlauf, je nach Hauptgruppe bis zu neun Merkmale, zudem Fokus auf Dauern, Abstände oder Reihenfolge).

---

<sup>5</sup> Die durchschnittl. Behandlungsdauer bei psych. Erkrankungen (ohne Sucht) beträgt 36,9 Tage für Männer und 37,7 Tage für Frauen bei stationärer Reha (inkl. Wochenende) im Jahr 2018. Die Dauern für ambulante Maßnahmen sind geringer, wobei auch nur Behandlungstage gezählt werden, an denen die Rehabilitanden ganztägig in der Einrichtung sind (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019).

## 4.2 LMR – Untergruppen

Die Hauptgruppe LMR enthält Personen mit folgenden Eigenschaften:

- mindestens eine „normale“ medizinische Rehabilitation oder eine psychosomatische Rehabilitation in 2017 und ggf. weitere im Vorfeld, sowie
- irgendwann im Beobachtungszeitraum eine F3/F4-Hauptdiagnose,
- im Untersuchungszeitraum keine LTA und keine bewilligte EMR und
- keine DRV-Leistungen in 2018.
- Optional können im Beobachtungszeitraum weitere Leistungen der med. Rehabilitation genutzt und/oder Anträge auf Erwerbsminderungsrente abgelehnt worden sein.

Personen dieser Hauptgruppe werden im Weiteren auf Basis der von der Rentenversicherung erhaltenen Leistungsarten in sieben distinkte Untergruppen unterteilt. Neben den Leistungsarten wird dabei auch der Erwerbsverlauf dargestellt.

Folgende Statuszustände werden verwendet und in den Grafiken farblich dargestellt:

- LMR normal
- LMR psychsom
- LMR sonst
- LMR Nachsorge
- Qualifizierung
- Integration
- LTA sonst
- EMR nicht bewilligt
- EMR bewilligt
- kein Beitrag
- Arbeitslosengeld
- Krankengeld
- beschäftigt

Die Untergruppen und deren Mengengerüst sind in Tabelle 8 dargestellt. Eine detaillierte Beschreibung ist Gegenstand der weiteren Ausführungen.

Tabelle 8: Die LMR-Untergruppen im Überblick.

Gruppe	Untergruppe	Kurzbeschreibung	Anzahl
LMR	Entwöhn	1 Entwöhnung plus weitere LMR	94
	LMRpsych1_ns-	1 LMRpsych ohne Nachsorge	30.781
	LMRpsych1_ns+	1 LMRpsych mit Nachsorge	2.119
	LMRpsych1+	1 LMRpsych plus „normale“ LMR	2259
	LMRpsych2+	mind. 2 LMRpsych	937
	LMR1	1 „normale“ LMR oder LMRsonst	1.103
	LMR2+	mind. 2 „normale“ LMR oder LMRsonst	136

Anmerkung: Die Hauptgruppe „LMR“ enthält Personen mit folgenden Eigenschaften:

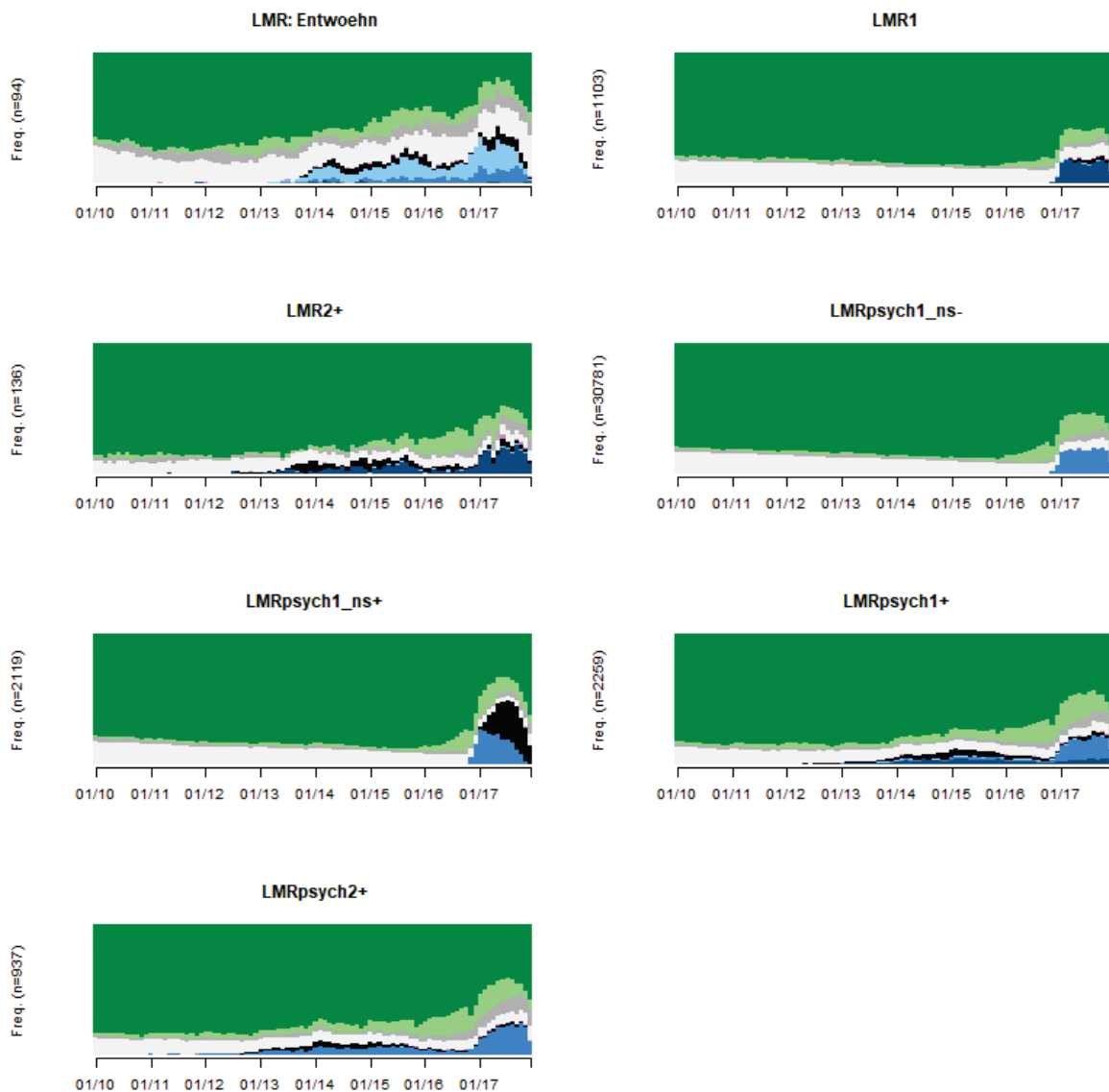
- mind. eine „normale“ medizinische Rehabilitation oder eine psychosomatische Rehabilitation in 2017 und ggf. weitere im Vorfeld, sowie
- irgendwann im Beobachtungszeitraum eine F3/F4-Hauptdiagnose und
- im Untersuchungszeitraum keine LTA und keine bewilligte EMR und
- keine DRV-Leistungen in 2018.

LMR = Leistungen der „normalen“ med. Rehabilitation, LMRpsych = Leistungen der psychosomatischen Rehabilitation, ns = Nachsorge.

## 4.2.1 LMR-UG: Sequenzen im Querschnitt

Zunächst werden die anteiligen Verteilungen der Statuszustände innerhalb der jeweiligen Untergruppe für die einzelnen Monate dargestellt. Es sei betont, dass dies keine individuellen Verläufe, sondern Querschnitte innerhalb der jeweiligen Untergruppe sind.

Abbildung 9: LMR-Untergruppen – Sequenzen im Querschnitt.



### „Entwöhnung“

Die Menschen dieser Gruppe haben im Beobachtungszeitraum mindestens eine Entwöhnungsbehandlung erhalten. Weitere Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind vor allem in den Jahren 2014 bis 2016 zu beobachten. Auffällig sind auch die im Vergleich zu den anderen Gruppen hohen Anteile von Nichterwerbstätigkeit (Arbeitslosengeld, Krankengeld, Nicht-Beschäftigung). Definitionsgemäß finden keine LTA statt.

### „LMR 1“ und „LMR2+“

Die beiden Gruppen unterscheiden sich darin, dass sie entweder eine bzw. mehrere medizinische Rehabilitationen erhalten. Definitionsgemäß finden keine psychosomatischen Rehabilitationen und keine LTA statt. Die Anteile an Erwerbstätigkeit sind in beiden Gruppen recht ähnlich.

„LMRpsych1\_ns-“, „LMRpsych1\_ns+“, „LMRpsych1+“ und „LMRpsych2+“

Die Gruppen haben jeweils mind. eine psychosomatische Rehabilitation absolviert und sie unterscheiden sich durch die im Titel dargestellten Kombinationen mit weiteren Arten med. Rehabilitation. Die Anteile an Erwerbstätigkeit sind in den Gruppen recht ähnlich.

Die Untergruppe „Entwöhnung“ dürfte durch spezielle Versorgungspfade gekennzeichnet sein und ist relativ klein. Ferner ist die Untergruppe „LMR1“ vermutlich wenig komplex (z.B. Leistungen anderer Träger). Beide Gruppen werden daher zunächst nicht weiter untersucht.

## 4.2.2 LMR-UG: Sequenzen im Längsschnitt

Im Kapitel zuvor waren querschnittliche Informationen zu jedem Monat des Beobachtungszeitraums ersichtlich, was längsschnittliche Interpretationen limitiert. Daher sind in den folgenden Abbildungen individuelle Sequenzen im Längsschnitt abgebildet, sog. Relative Frequency Sequence Plots. Jede Zeile ist der Erwerbs- und Versorgungsverlauf einer Person. Der Übersichtlichkeit wegen sind nicht alle Personen der Gruppe, sondern nur die „besten“ 30 Stellvertreter („medoid“) dargestellt. Dazu werden zunächst die Sequenzen sortiert (hier anhand multidimensionaler Skalierung, MDS). Dann wird der Datensatz in gleich große Teilgruppen geteilt (hier  $k=30$ ). Zuletzt werden für jede dieser Teilgruppen die repräsentativen Sequenzen („medoids“) dargestellt (links in den Abbildungen) und die Distanzen der anderen Sequenzen dieser Teilgruppe zu diesem medoid veranschaulicht (Boxplots rechts in den Abbildungen). Wie gut die medoids die Sequenzen repräsentieren, ist insbesondere am  $R^2$  ersichtlich.

### LMR-Untergruppe „1 psychosomatische Reha plus „normale“ med. Reha“

Innerhalb dieser LMR-Untergruppe zeigt sich je nach Fokus ein mehr oder weniger heterogenes Bild. Recht homogen ist, dass

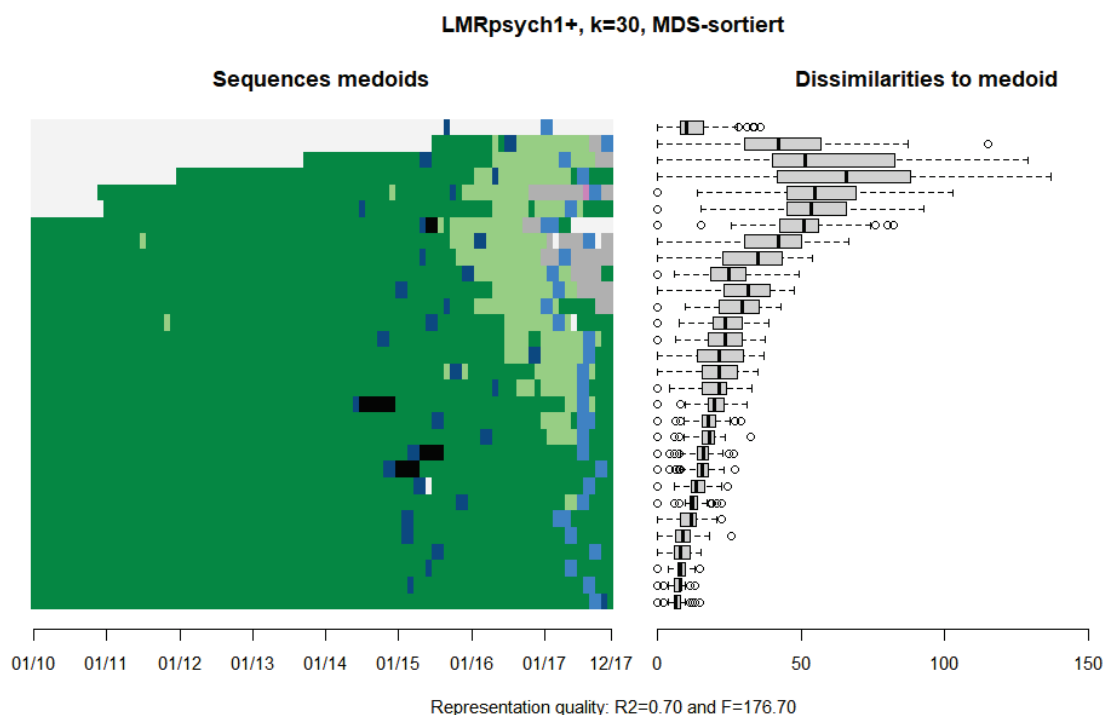
- die erste Leistung mehrheitlich ab 2015 erfolgt, teils kombiniert mit Nachsorge,
- das weit überwiegend zunächst stabile Beschäftigung vorliegt, die nur sehr vereinzelt durch Krankengeldphasen unterbrochen ist,
- kurzfristig nach der psychosomat. Reha mehrheitlich eine Phase der Beschäftigung folgt.

Heterogen ist

- die mehr oder weniger lange Phase des Bezugs von Krankengeld vor der psychosomatischen Reha,
- dass der Krankengeldbezug vor der psychosomatischen Reha teils danach in Beschäftigung und teils in Arbeitslosigkeit oder Nicht-Beschäftigung übergeht.

Die dargestellten medoids repräsentieren die Gesamtgruppe sehr gut ( $R^2=0,70$ ).

Abbildung 10: LMR-Untergruppe „1 psychosomatische Reha plus „normale“ med. Reha“ – individuelle Sequenzen von 30 Stellvertretern (links) inkl. Güte der Stellvertreter für die Gesamtgruppe (rechts).





### LMR-Untergruppe „Mind. 2 psychosomatische Reha“

Innerhalb dieser LMR-Untergruppe zeigt sich je nach Fokus ein mehr oder weniger heterogenes Bild. Recht homogen ist, dass

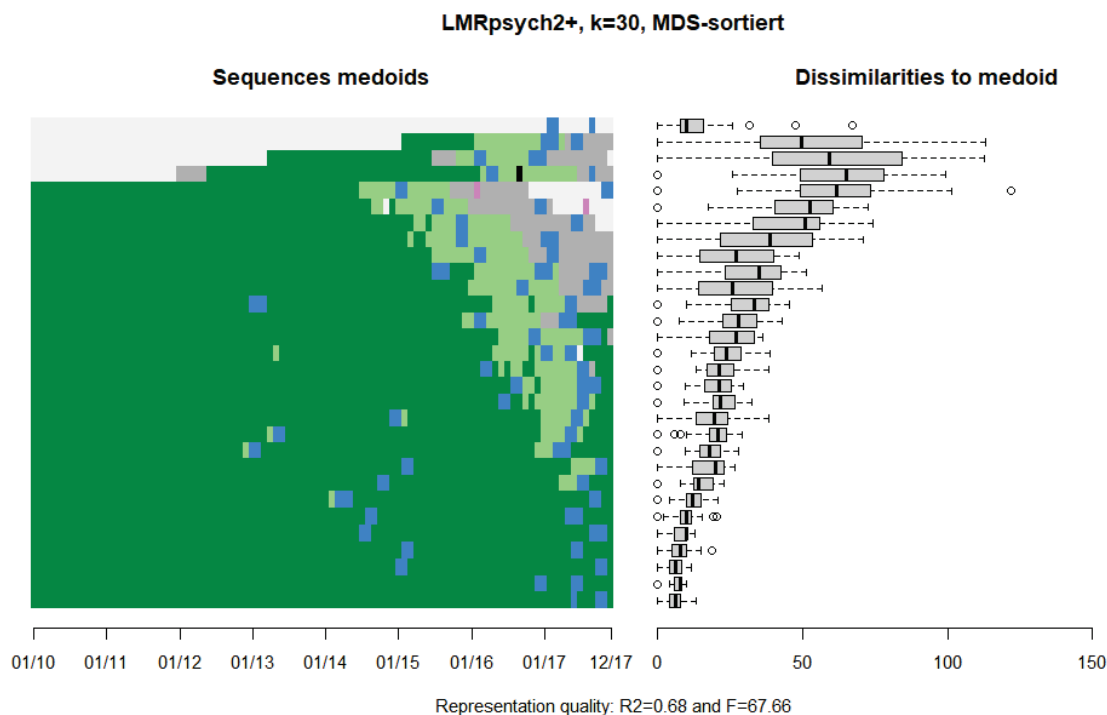
- das weit überwiegend zunächst stabile Beschäftigung vorliegt, die nur durch die erste psychosomatische Reha und damit verbundene Krankengeldphasen unterbrochen ist.

Heterogen ist

- dass die vorherige psychosomatische Reha 1 bis vier Jahre vor der in 2017 erfolgt,
- mehr oder weniger lange Phase des Bezugs von Krankengeld vor der psychosomatischen Reha,
- dass der Krankengeldbezug vor der psychosomatischen Reha teils danach in Beschäftigung und teils in Arbeitslosigkeit oder Nicht-Beschäftigung übergeht,
- vereinzelt Anträge auf Erwerbsminderungsrente ohne Bewilligung vorliegen.

Die dargestellten medoids repräsentieren die Gesamtgruppe gut ( $R^2=0,68$ ).

Abbildung 11: LMR-Untergruppe „mind. 2 psychosomatische Reha“ – individuelle Sequenzen von 30 Stellvertretern (links) inkl. Güte der Stellvertreter für die Gesamtgruppe (rechts).



### LMR-Untergruppen „1 psychosomatische Reha ohne bzw. mit Nachsorge“

Die beiden LMR-Untergruppen unterscheiden sich augenscheinlich nur dadurch, dass eine Nachsorge stattfindet, so dass diese beiden gemeinsam beschrieben werden. Es zeigt sich je nach Fokus ein mehr oder weniger heterogenes Bild. Recht homogen ist, dass

- das weit überwiegend stabile Beschäftigung vorliegt, die nur durch die psychosomatische Reha unterbrochen ist und danach auch wieder in Beschäftigung übergeht.

Heterogen ist

- eine mehr oder weniger lange Phase des Bezugs von Krankengeld vor der psychosomatischen Reha,

Die dargestellten medoids repräsentieren die Gesamtgruppe sehr gut ( $R^2=0,81$  bzw.  $0,79$ ).

Abbildung 12: LMR-Untergruppe „1 psychosomatische Reha ohne Nachsorge“ – individuelle Sequenzen von 30 Stellvertretern (links) inkl. Güte der Stellvertreter für die Gesamtgruppe (rechts).

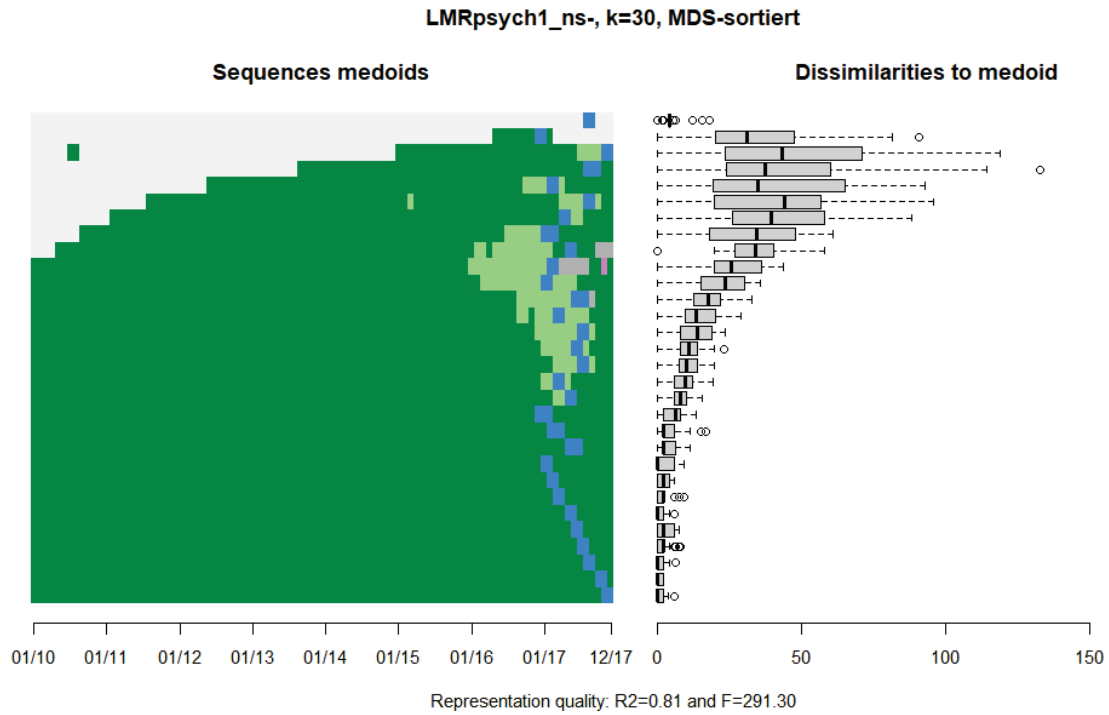
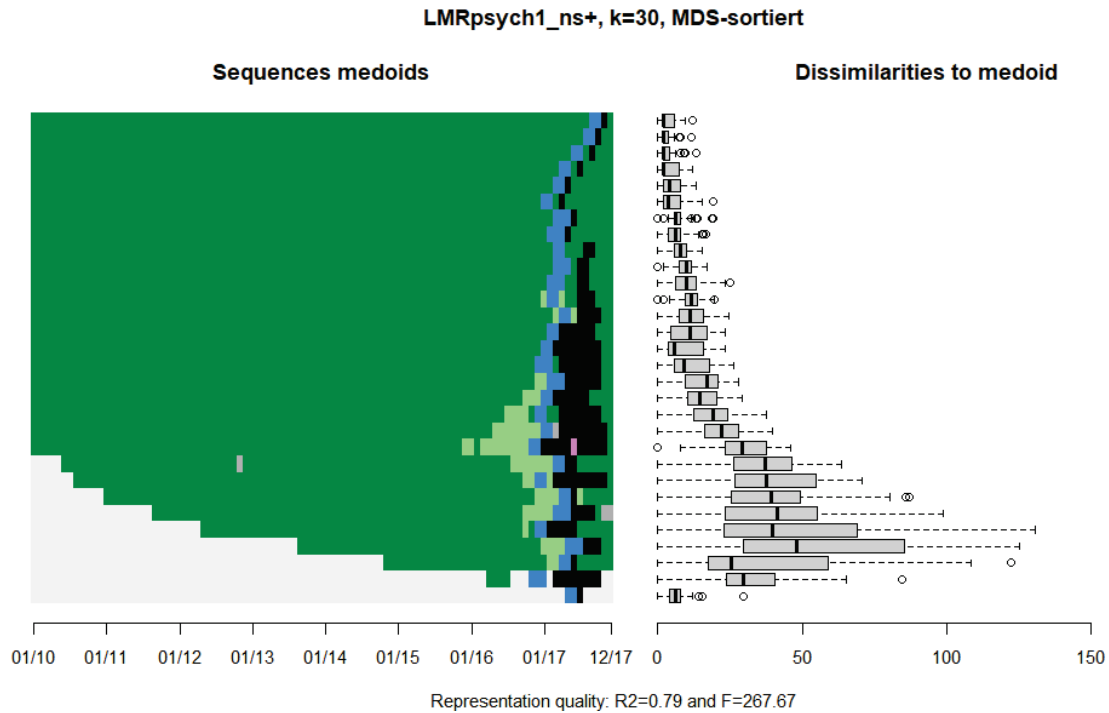


Abbildung 13: LMR-Untergruppe „1 psychosomatische Reha mit Nachsorge“ – individuelle Sequenzen von 30 Stellvertretern (links) inkl. Güte der Stellvertreter für die Gesamtgruppe (rechts).



**LMR-Untergruppe „Mind. 2 „normale“ med. Rehabilitationen“**

Innerhalb dieser LMR-Untergruppe zeigt sich je nach Fokus ein mehr oder weniger heterogenes Bild. Recht homogen ist, dass

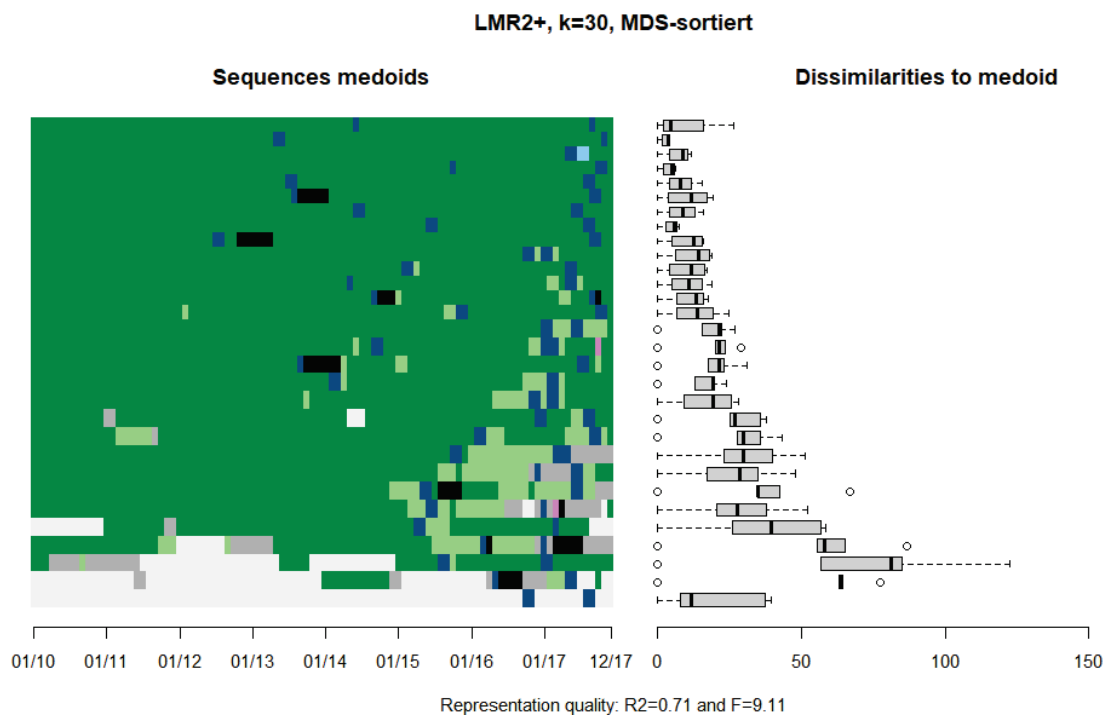
- das weit überwiegend zunächst stabile Beschäftigung vorliegt, zumindest bis zur ersten Reha.

Heterogen ist

- dass danach mehr oder weniger lange Phase des Bezugs von Krankengeld und Arbeitslosigkeit folgen,
- dass vereinzelt nachsorgerische Leistungen stattfinden.

Die dargestellten medoids repräsentieren die Gesamtgruppe sehr gut ( $R^2=0,71$ ).

Abbildung 14: LMR-Untergruppe „mind. 2 „normale“ med. Reha“ – individuelle Sequenzen von 30 Stellvertretern (links) inkl. Güte der Stellvertreter für die Gesamtgruppe (rechts).



### 4.2.3 LMR-UG: Repräsentanten

Nachfolgend werden empirisch für die Untergruppen typische Erwerbs- und Leistungsverläufe ermittelt. Dabei ist das Verfahren so kalibriert, dass in der „Nähe“ des Vertreters oder der Vertreter mindestens 60% der Sequenzen liegen müssen – „Nähe“ heißt dabei bis 10% der maximalen theoretischen Distanz (siehe dazu Kap. 4.1.2). Anders als im vorherigen Kapitel, in dem die Gesamtgruppe nach einem Homogenitätsmaß sortiert und dann in 30 gleich große unterteilt wurde, erfolgt nur eine Reduktion auf den einen typischen Erwerbs-/Leistungsverlauf, gegebenenfalls auch mehrere.

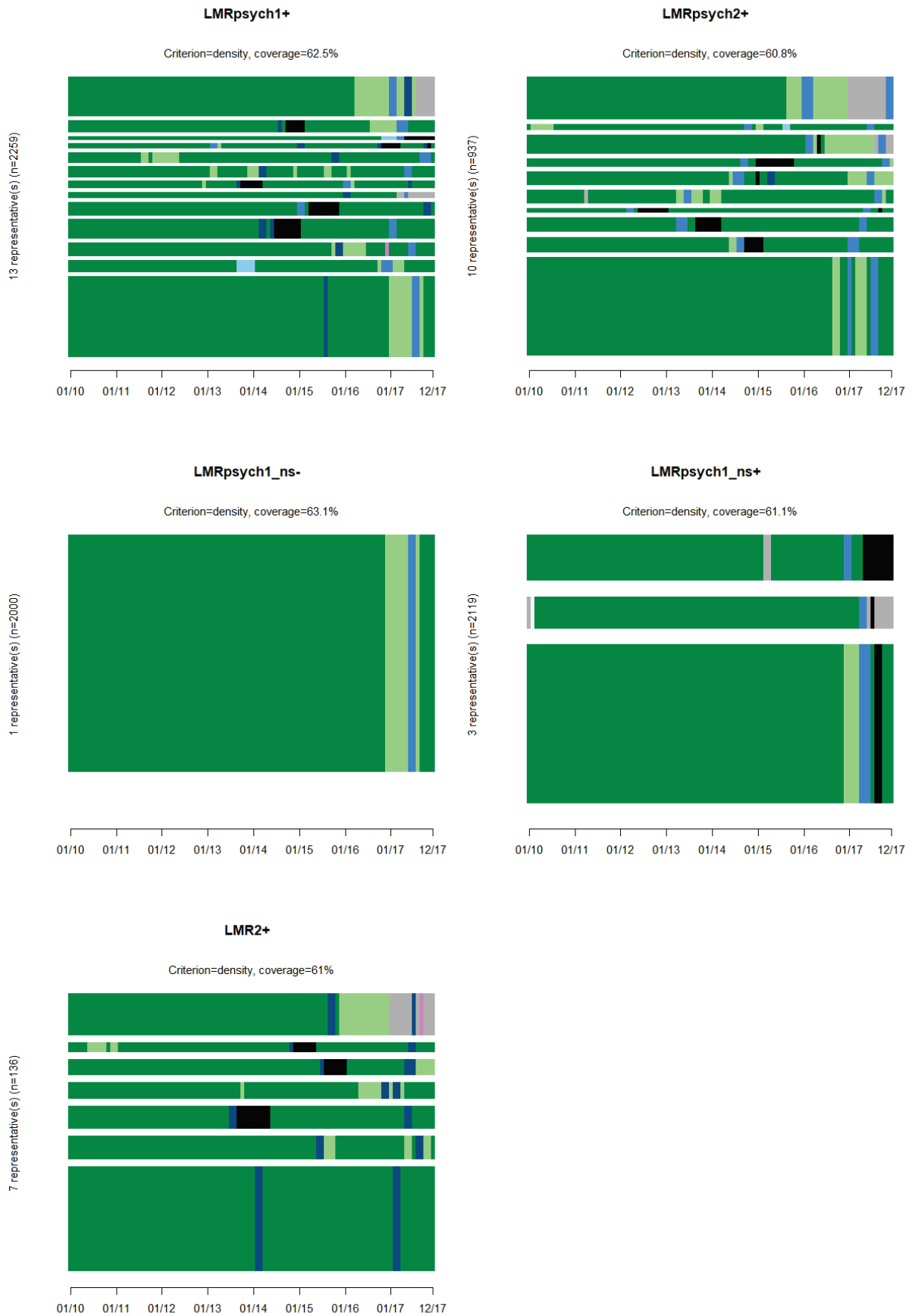
Die Grafiken sind wie folgt zu lesen:

- Die bunte Zeile ist der Repräsentant mit den per Legende definierten Statuszuständen im Zeitverlauf.
- Je höher die Zeile umso mehr andere Sequenzen sind mit dem Repräsentanten assoziiert.
- Unter coverage ist zu verstehen, wie viele Sequenzen das Repräsentantenset abbildet.

Der Befund unterstreicht die Aussage aus dem vorherigen Kapitel:

- Zunächst liegt in den dargestellten Untergruppen eine stabile Beschäftigung vor.
- Vor und teils auch der Reha liegen Phasen des Krankengelds oder Übergangsgelds vor. Arbeitslosigkeit ist eher die Ausnahme.
- Es deutet sich an, dass die med. Rehabilitation in Beschäftigung übergeht. Die Nachhaltigkeit zumindest bis ins Jahr 2018 ist dann Gegenstand der Prognosegruppen (siehe Kap. 5).
- Die homogensten Gruppen sind die beiden Gruppen mit einer psychosomatischen Reha und mit bzw. ohne Nachsorge.

Abbildung 15: LMR-Untergruppen – Repräsentanten.



#### 4.2.4 LMR-UG: Deskription

In diesem Kapitel werden wesentliche Strukturmerkmale der einzelnen Untergruppen berichtet. Augenscheinliche Auffälligkeiten sind hervorgehoben.

Tabelle 9: LMR-Untergruppen – Deskription.

	Entwoehn	LMR1	LMR2+	LMRpsych1 _ns-	LMRpsych1 _ns+	LMRpsych1+	LMRpsych2+
n	94	1103	136	30781	2119	2259	937
RTW18: ja	44,7	67,5	61,0	66,4	66,9	62,0	59,0
Geschlecht: Frau	66,0	74,3	72,8	77,0	77,5	75,2	74,3
Alter in 2018: 29bis38	13,8	7,0	5,1	10,2	11,5	4,1	5,5
bis48	22,3	19,2	11,8	20,6	23,8	13,4	15,4
bis58	47,9	50,4	51,5	47,8	46,4	47,6	49,9
bis63	16,0	23,4	31,6	21,4	18,3	34,9	29,1
Familienstand: ledig	24,5	14,5	13,2	18,3	20,8	12,7	15,8
verheiratet	47,9	66,0	64,7	60,8	62,2	63,6	64,9
geschieden	25,5	16,1	21,3	15,8	14,9	20,0	16,2
verwitwet	2,1	1,8	0,0	3,3	2,0	3,5	3,0
unbekannt	0,0	1,5	0,7	1,9	0,0	0,3	0,1
Wohnort: Westdt	85,1	84,0	92,6	80,4	82,0	80,3	83,2
Staatsang: deutsch	97,9	96,4	93,4	96,5	97,1	97,7	97,1
Ausbildung: ohne	4,3	3,3	5,1	3,5	2,9	4,7	3,6
mit	46,8	56,3	58,1	56,4	53,6	59,5	59,2
Hochschulreife	23,4	26,0	22,8	27,0	29,2	22,8	23,7
unbekannt	25,5	14,4	14,0	13,1	14,3	13,1	13,4
Bei Antrag: n..erwerbstätig	5,3	1,7	1,5	1,2	1,3	1,4	1,5
Azubi	0,0	0,5	0,7	0,2	0,5	0,1	0,1
un.angelernt	4,3	3,6	1,5	2,8	1,5	2,3	2,2
Facharbeiter	2,1	1,9	2,2	2,5	2,2	2,1	1,8
Angestellt.Beamt	88,3	89,8	93,4	91,5	92,8	92,3	93,1
selbständig	0,0	1,9	0,7	1,3	1,1	1,3	1,0
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
Bei Antrag: n..erwerbstätig	7,4	2,6	1,5	1,8	1,7	2,2	2,2
Ganztagsarbeit	73,4	92,2	91,9	92,5	93,7	91,1	89,8
Teilzeit.wenig	4,3	2,9	2,9	3,2	2,1	2,7	2,8
arbeitslos	14,9	2,3	3,7	2,5	2,4	4,0	5,1
Heimarbeit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
Zuzahlung: vermindert	50,0	23,0	32,4	14,2	81,5	26,9	20,0
Diagnose: SMI	20,2	2,9	3,7	5,6	6,1	8,5	13,3
DiagnSMI: Depression	9,6	1,5	2,2	2,5	2,7	3,9	6,4
DiagnSMI_bipolareStörung	2,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3
DiagnSMI: PTBS	9,6	1,5	2,2	3,3	3,4	4,9	7,8
Diagn: Angststörung	6,4	9,3	11,0	11,3	12,9	12,9	19,3
Diagn: somatoformSchmerz	8,5	28,6	44,1	7,3	6,0	18,9	14,3
Entwoehnung in den Vorjahren	100	0	0	0	0	0	0
EMR-Antrag, nicht bewilligt	10,6	4,2	9,6	2,4	1,9	7,3	7,9
RegArbeitslosenquote..M	6,1	5,6	5,3	5,9	6,2	5,8	5,9
RegAerztedichte..M	15,1	14,5	14,5	14,6	14,8	14,6	14,5
MittlTageseinkommen1013..M	79,5	88,1	95,8	85,9	86,6	90,5	91,4
MittlTageseinkommen1416..M	80,7	98,5	103,6	96,1	97,5	97,6	98,5
DifferenzTageseinkommen1516..M	1,2	10,4	7,8	10,2	10,8	7,1	7,1
Status 3 Monate vorher: beschäftigt	27,7	71,9	61,0	64,8	55,8	55,3	53,4
Beschäftigungstage in 2015:_0	26,6	5,9	9,6	5,1	5,1	7,1	8,0
Bis 150	14,9	6,1	4,4	5,6	5,9	8,8	9,6
Bis 300	17,0	5,0	21,3	6,2	5,7	14,0	14,8
Bis 365	41,5	83,0	64,7	83,1	83,3	70,1	67,6
Beschäftigungstage in 2016: 0	33,0	7,2	16,2	7,9	7,3	13,6	16,1
Bis 150	12,8	8,4	10,3	7,9	8,2	9,7	11,2
Bis 300	18,1	8,7	10,3	12,6	15,5	16,5	14,7

	Entwoehn	LMR1	LMR2+	LMRpsych1 _ns-	LMRpsych1 _ns+	LMRpsych1+	LMRpsych2+
Bis 365	36,2	75,7	63,2	71,6	69,0	60,2	58,0
DifferenzBeschäftigungstage1516..M	-14,2	-15,8	-27,8	-26,0	-28,8	-30,3	-33,7
Sozleist1013nReha_Monate..M	4,9	1,6	1,9	1,6	1,9	2,2	2,5
Sozleist1416nReha_Monate..M	5,9	1,4	3,9	2,0	2,1	3,9	4,6
LMR1013sum..M	0,4	0,0	0,7	0,0	0,0	0,4	0,9
LMR1417sum..M	10,0	2,2	5,2	2,2	4,8	5,4	5,0
Entropy1013..M	1,6	0,6	0,9	0,7	0,7	0,8	1,1
Entropy1416..M	3,3	0,6	2,1	0,8	0,9	2,1	2,2
DauerBisLeistung..M	20,2	17,4	15,3	20,0	21,4	14,1	14,0

Anmerkung:

n = Anzahl, Zeilen entweder mit Mittelwert (.M) oder ansonsten %.

## 4.2.5 LMR-UG: RTW im Jahr 2018

Im letzten Schritt werden Prognosemodelle für das RTW in 2018 für jede Untergruppe ermittelt - mittels logistischer Regression und Selektion anhand AIC.

Tabelle 10: LMR-Untergruppen (nur mit psychosomatischer Rehabilitation) – Prognose des RTW.

Predictors	LMRpsych1_ns-		LMRpsych1_ns+		LMRpsych1+		LMRpsych2+	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
(Intercept)	0,2	<0,001	0,01	<0,001	0,03	<0,001	0,35	0,296
age18kfr39-48	1,09	0,130	1,31	0,174	1,10	0,770	0,87	0,750
age18kfr49-58	1,04	0,459	1,15	0,460	0,76	0,369	0,81	0,600
age18kfr59-63	0,47	<0,001	0,65	<b>0,048</b>	0,27	<0,001	0,30	<b>0,003</b>
AIVOAQ f [arbeitslos]	0,62	<0,001						
AIVOAQ f [Heimarbeit]	1,81	0,492						
AIVOAQ f [nicht erwerbstätig]	1,29	0,084						
AIVOAQ f [Teilzeit weniger als Hälfte]	0,42	<0,001						
AIVOAQ fr [nicht erwerbstätig]					0,52	<b>0,002</b>		
AIVOAQ fr2 [nicht erwerbstätig]			0,48	<b>0,003</b>			0,78	0,516
AIVOAQ fr2 [Teilzeit weniger als Hälfte]							0,18	<b>0,004</b>
ALO	0,99	0,133			1,08	<b>0,004</b>		
ALOd			0,99	0,131	0,99	0,082	1,02	0,122
bes 1	1,02	<0,001	1,02	<b>0,003</b>	1,03	<0,001		
bes 2	1,04	<0,001	1,04	<0,001	1,06	<0,001	1,06	<b>0,001</b>
bes3m f [bes]	3,4	<0,001	2,74	<0,001	2,9	<0,001	3,36	<0,001
bildf [Hochschule]	1,23	<b>0,012</b>	1,95	<b>0,046</b>	1,40	0,212	1,75	0,253
bildf [mit B-Ausbildung]	1,31	<b>0,001</b>	1,70	0,102	1,35	0,218	1,18	0,715
bildf [unbekannt]	0,76	<b>0,002</b>	1,00	0,998	0,59	0,067	0,63	0,374
BIP					1,01	0,151		
dau	1,00	<b>0,003</b>	1,00	0,152				
empf 05psy [1]	0,87	<b>0,010</b>						
EMRnb df [1]	0,66	<b>0,042</b>	0,28	0,132	0,37	<b>0,034</b>	0,33	0,094
Entropy 1	0,56	<b>0,013</b>	0,30	0,120	0,30	0,136	0,26	0,058
Entropy 2	0,41	<b>0,001</b>					0,18	0,093
FK ALO	0,99	<b>0,014</b>						
FMSD fin f [geschieden]	1,20	<b>0,001</b>						
FMSD fin f [keine Angabe]	0,96	0,724						
FMSD fin f [verheiratet]	0,96	0,308						
FMSD fin f [verwitwet]	0,91	0,311						
FMSD fin fr2 [geschieden/verwitwet]			1,65	<b>0,011</b>	1,10	0,628		
FMSD fin fr2 [verheiratet]			0,81	0,151	0,84	0,333		
gr depf [1]	0,86	0,113					1,83	0,087
LMR							1,63	<b>0,017</b>
LMRns					1,04	<b>0,038</b>	1,09	<b>0,003</b>
LMRpsych			1,18	0,105				
NQLE f [geistig psych. eingeschränkt]	0,86	<0,001			0,77	<b>0,026</b>	0,77	0,128
OW [Westdeutschland]	0,78	<0,001					0,43	<b>0,03</b>
SA [andere]	0,80	<b>0,007</b>						
sext [Mann]	0,88	<b>0,002</b>	0,77	0,082	0,77	0,066		
SOZ 1sum	1,02	<0,001	1,05	<b>0,006</b>	1,03	0,062		
SOZ 2sum	1,01	<b>0,022</b>						
STBF fr [nicht erwerbstätig]	0,70	<0,001						
SW f [im Anschluss]	2,31	<0,001	2,12	<0,001	2,13	<0,001	1,90	<b>0,020</b>
TEG 1013	0,99	<0,001						
TEG 1416	1,02	<0,001	1,01	<0,001	1,01	<0,001	1,01	<0,001
TERT			1,01	0,087				
YTGd	1,00	<0,001			1,00	<b>0,012</b>		
ZUZAHL f [unbekannt]	0,79	<b>0,009</b>			0,81	0,532		
ZUZAHL f [vermindert]	0,44	<0,001			0,65	<b>0,001</b>		
Observations	30781		2119		2259		937	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0,442		0,371		0,450		0,481	



Für eine alternative Interpretation sind im Anhang die average marginal means (AME) exemplarisch für das Modell „LMRpsych2+“ hinterlegt.

Die Modellgüten sind gut bis sehr gut (von  $R^2=0,371$  bis  $R^2=0,481$ ). Einzelne Prädiktoren sind  $p>0,05$ . Da sie aber das AIC des Modells verbessern, behalten wir diese Prädiktoren bei.

Einige zentrale inhaltliche Befunde seien herausgehoben:

- Erwerbsbiografische Prädiktoren (Beschäftigung, Arbeitslosigkeit, Sozialleistungen) sind sehr bedeutsam. Bei allen vier Modellen ist der Erwerbsstatus 3 Monate vor der letzten Reha der deutlichste Prädiktor.
- Regionalmerkmale sind von nachrangiger Bedeutung.
- Diagnosen sind von nachrangiger Bedeutung.
- Kennzahlen aus der individuellen Sequenz (Entropy, Dauer von erster Sozialleistung bis zur ersten DRV-Leistung, Dauer der Sozialleistungen außerhalb von DRV-Leistungen), die auf Leistungen anderer Träger hindeuten, sind bei einzelnen Modellen bedeutsam.
- Längere oder mehr DRV-Leistungen fördern das RTW.
- Stufenweise Wiedereingliederung im Anschluss an die Reha hat in allen Modellen einen positiven Effekt.
- Soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildung, Familienstand, Staatsangehörigkeit) sind unterschiedlich bedeutsam.

Das Modell „1 psychosomatische Reha ohne Nachsorge“ beruht auf einer vergleichsweise deutlich höheren Fallzahl, so dass hier sehr kleine Effekte statistisch abgesichert werden können und daher sehr viele Prädiktoren verbleiben. Der Vergleich zu den anderen Modellen ist daher nur bedingt möglich.

Die Modelle werden in Kapitel 5.2 aufgegriffen und weiter analysiert.

### 4.3 LTA – Untergruppen

Die Hauptgruppe LTA enthält Personen mit folgenden Eigenschaften

- mindestens eine LTA beendet in 2017 oder früher (dann aber zusätzlich eine LMR in 2017 beendet),
- irgendwann im Beobachtungszeitraum eine Haupt- oder Nebendiagnose F3/F4 und
- keine bewilligte Erwerbsminderungsrente im Beobachtungszeitraum und
- keine DRV-Leistungen in 2018.
- Optional können im Beobachtungszeitraum Leistungen der medizinischen Rehabilitation genutzt und/oder Anträge auf Erwerbsminderungsrente abgelehnt worden sein.

Personen dieser Hauptgruppe werden im Weiteren auf Basis der von der Rentenversicherung erhaltenen Leistungsarten in fünf distinkte Untergruppen unterteilt. Neben den Leistungsarten wird dabei auch der Erwerbsverlauf dargestellt.

Folgende Statuszustände werden verwendet und in den Grafiken farblich dargestellt:

- LMR normal
- LMR psychsom
- LMR sonst
- LMR Nachsorge
- Qualifizierung
- Integration
- LTA sonst
- EMR nicht bewilligt
- EMR bewilligt
- kein Beitrag
- Arbeitslosengeld
- Krankengeld
- beschäftigt

Die Untergruppen und deren Mengengerüst sind in Tabelle 11 dargestellt. Eine detaillierte Beschreibung ist Gegenstand der weiteren Ausführungen.

Tabelle 11: Die LTA-Untergruppen im Überblick.

Gruppe	Untergruppe	Kurzbeschreibung	Anzahl
LTA			
	Q	Q optional zusätzlich IN oder sLTA	366
	IN	IN optional zusätzlich sLTA (aber keine Q)	322
	sLTA ohne LMR	sLTA (keine Q/IN) und keine LMR/LMRpsych	11
	sLTA plus LMR	sLTA plus LMR (ohne LMRpsych)	1.029
	sLTA plus LMRpsych	sLTA plus LMRpsych	817

Anmerkung: Die Hauptgruppe „LTA“ enthält Personen mit folgenden Eigenschaften:

- mind. eine LTA beendet in 2017 oder früher (dann aber zusätzlich eine LMR in 2017 beendet),
- irgendwann im Beobachtungszeitraum eine Haupt- oder Nebendiagnose F3/F4 und
- keine bewilligte Erwerbsminderungsrente im Beobachtungszeitraum und
- keine Leistungen in 2018.

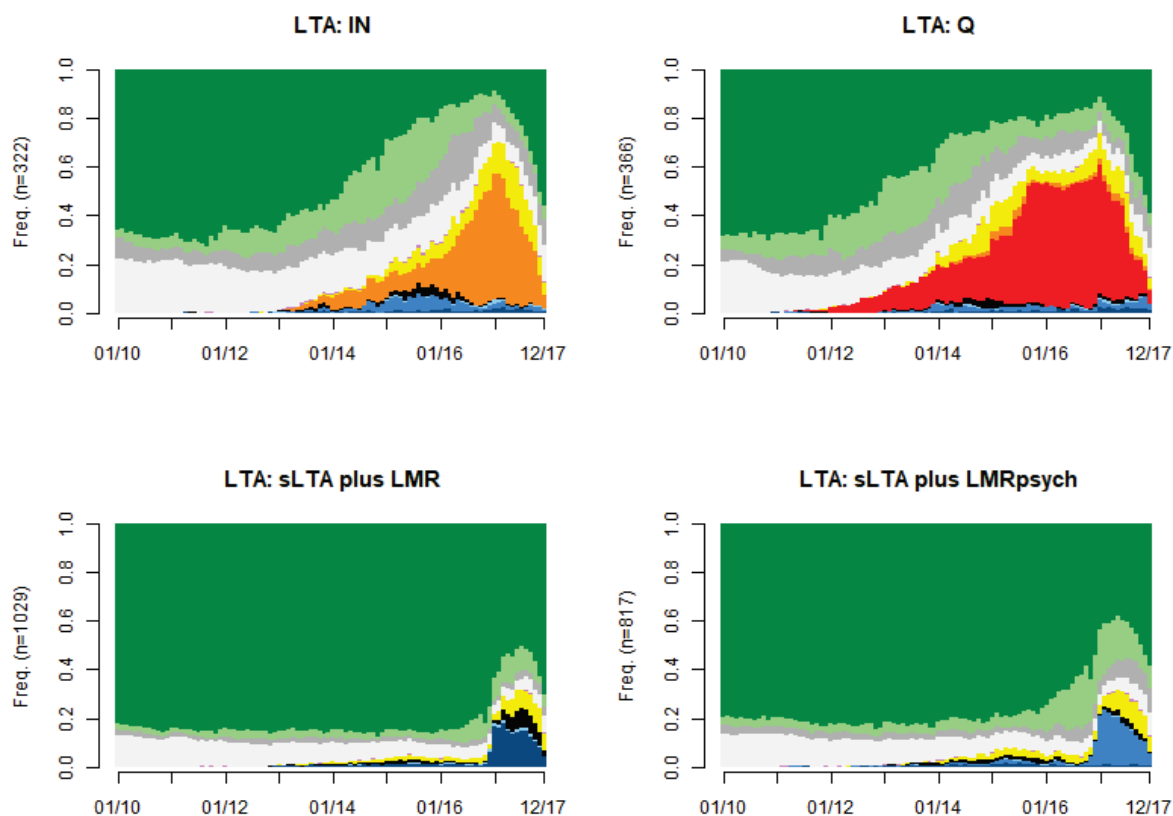
Q = Qualifizierungsleistung, IN = Integrationsleistung, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistungen zur Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes), LMR = Leistungen der „normalen“ med. Rehabilitation, LMRpsych = Leistungen der psychosomatischen Rehabilitation

Die Gruppe „Sonstige LTA“ – ohne zusätzliche Leistungen der medizinischen Rehabilitation“ ist sehr klein und hat nur die sonstige LTA ohne weitere Leistungen der Rentenversicherung erhalten. Wir werten die Personen dieser Gruppe als Ausnahmen und betrachten diese Gruppe daher nicht weiter.

### 4.3.1 LTA-UG: Sequenzen im Querschnitt

Zunächst werden die anteiligen Verteilungen der Statuszustände innerhalb der jeweiligen Untergruppe für die einzelnen Monate dargestellt. Es sei betont, dass dies keine individuellen Verläufe, sondern Querschnitte innerhalb der jeweiligen Untergruppe sind.

Abbildung 16: LTA-Untergruppen – Sequenzen im Querschnitt.



#### „Integration“ (n=322 Personen)

Die Menschen dieser Gruppe haben im Beobachtungszeitraum mindestens eine Integrationsleistung erhalten, mehrheitlich in Folge der Stichprobendefinition in 2017. Die erste Hälfte des Beobachtungszeitraums ist nahezu frei von Leistungen der Rentenversicherung. In der zweiten Hälfte kommen weitere Leistungen (medizinische Rehabilitation und sonstige LTA) dazu. Definitionsgemäß erhalten die Menschen dieser Gruppe keine Qualifizierungsleistungen in Trägerschaft der Rentenversicherung. Bei Ende des Beobachtungszeitraums 12/2017 sind etwa die Hälfte der Personen in Beschäftigung.

#### „Qualifizierung“ (n=366)

Die Menschen dieser Gruppe haben im Beobachtungszeitraum mindestens eine Qualifizierungsleistung erhalten, mehrheitlich ab 2016. Die erste Hälfte des Beobachtungszeitraums ist weitgehend frei von Leistungen. Danach kommen weitere Leistungen dazu. Gegen Ende des Beobachtungszeitraums sind auch hier etwa die Hälfte der Personen in Beschäftigung.

#### „Sonstige LTA und zusätzliche Leistungen der „normalen“ medizinischen Rehabilitation“ (n=1029)

Sonstige LTA umfassen insbesondere Leistungen an Arbeitgeber, Leistungen zur Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe. Definitionsgemäß haben diese Personen keine Integrations- oder Qualifizierungsleistungen erhalten. Wir haben im Weiteren nicht

nach der Art der sonstigen Leistungen binnendifferenziert, sondern nach der Art der zusätzlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Zusätzlich zu den sonstigen LTA haben diese Personen mindestens eine „normale“ medizinische Rehabilitation und teils auch Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung erhalten. Etwa 70% der Personen sind gegen Ende des Beobachtungszeitraums in Beschäftigung.

*„Sonstige LTA und zusätzliche Leistungen der psychosomatischen medizinischen Rehabilitation (n=817)*

Diese Gruppe ist ähnlich umfangreich wie die Gruppe zuvor. Zusätzlich zu den sonstigen LTA haben diese Personen mindestens eine psychosomatische medizinische Rehabilitation und teils auch Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung erhalten. Auch hier sind etwa 70% der Personen gegen Ende des Beobachtungszeitraums in Beschäftigung.

### 4.3.2 LTA-UG: Sequenzen im Längsschnitt

Im Kapitel zuvor waren querschnittliche Informationen zu jedem Monat des Beobachtungszeitraums ersichtlich, was längsschnittliche Interpretationen limitiert. Daher sind in den folgenden Abbildungen individuelle Sequenzen im Längsschnitt abgebildet, sog. Relative Frequency Sequence Plots. Jede Zeile ist der Erwerbs- und Versorgungsverlauf einer Person. Der Übersichtlichkeit wegen sind nicht alle Personen der Gruppe, sondern nur die „besten“ 30 Stellvertreter („medoid“) dargestellt. Dazu werden zunächst die Sequenzen sortiert (hier anhand multidimensionaler Skalierung, MDS). Dann wird der Datensatz in gleich große Teilgruppen geteilt (hier  $k=30$ ). Zuletzt werden für jede dieser Teilgruppen die repräsentativen Sequenzen („medoids“) dargestellt (links in den Abbildungen) und die Distanzen der anderen Sequenzen dieser Teilgruppe zu diesem medoid veranschaulicht (Boxplots rechts in den Abbildungen). Wie gut die medoids die Sequenzen repräsentieren, ist insbesondere am  $R^2$  ersichtlich.

#### LTA-Untergruppe „Qualifizierung“

Innerhalb der LTA-Untergruppe „Qualifizierung“ zeigt sich je nach Fokus ein mehr oder weniger heterogenes Bild. Recht homogen ist, dass

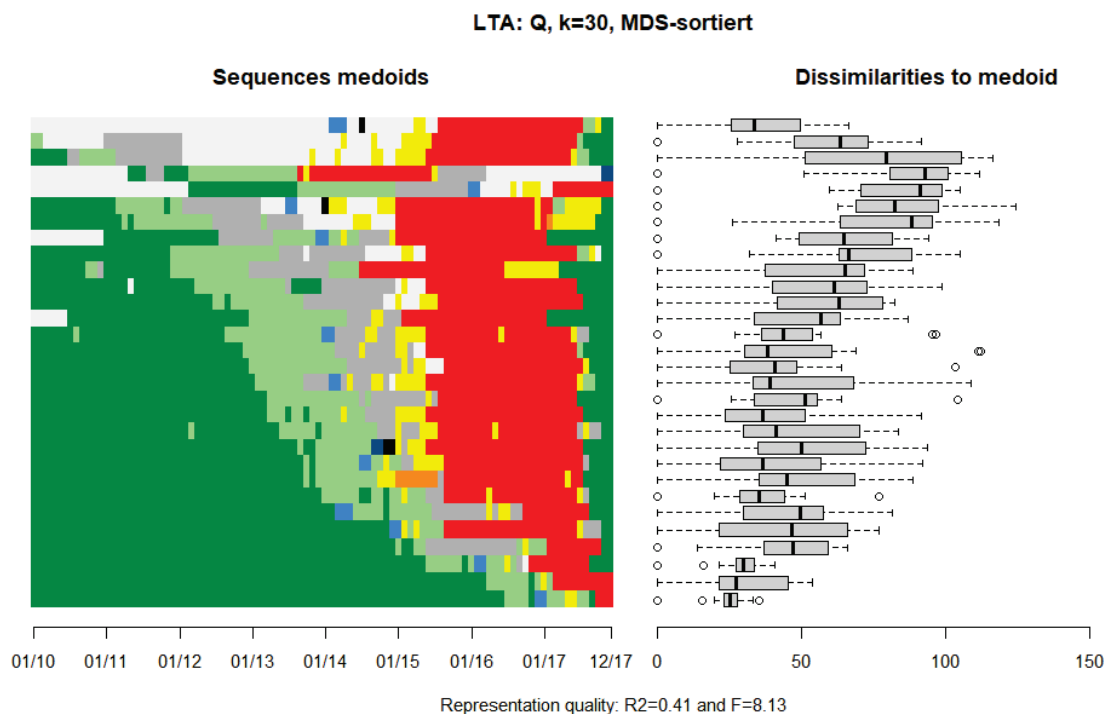
- die Erwerbsverläufe mehrheitlich zunächst stabil sind, dann aber in längere Phasen des Krankengelds und Arbeitslosigkeit übergehen;
- ergänzende sonstige LTA (gelb) bei fast allen Sequenzen auftreten, teils vorher und teils nachher;
- in der Regel vorher keine Integrationsleistung stattfindet;
- kurzfristig nach der Qualifizierung eine Phase der Beschäftigung folgt.

Heterogen ist

- die vorherige Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und
- die Länge der kontinuierlichen Beschäftigung in den Jahren vorher.

Die dargestellten medoids repräsentieren die Gesamtgruppe zufriedenstellend ( $R^2=0,41$ ).

Abbildung 17: LTA-Untergruppe „Qualifizierung“ – individuelle Sequenzen von 30 Stellvertretern (links) inkl. Güte der Stellvertreter für die Gesamtgruppe (rechts).



### LTA-Untergruppe „Integrationsleistungen“

Innerhalb der LTA-Untergruppe „Integrationsleistungen“ zeigt sich je nach Fokus ein mehr oder weniger heterogenes Bild. Recht homogen ist, dass

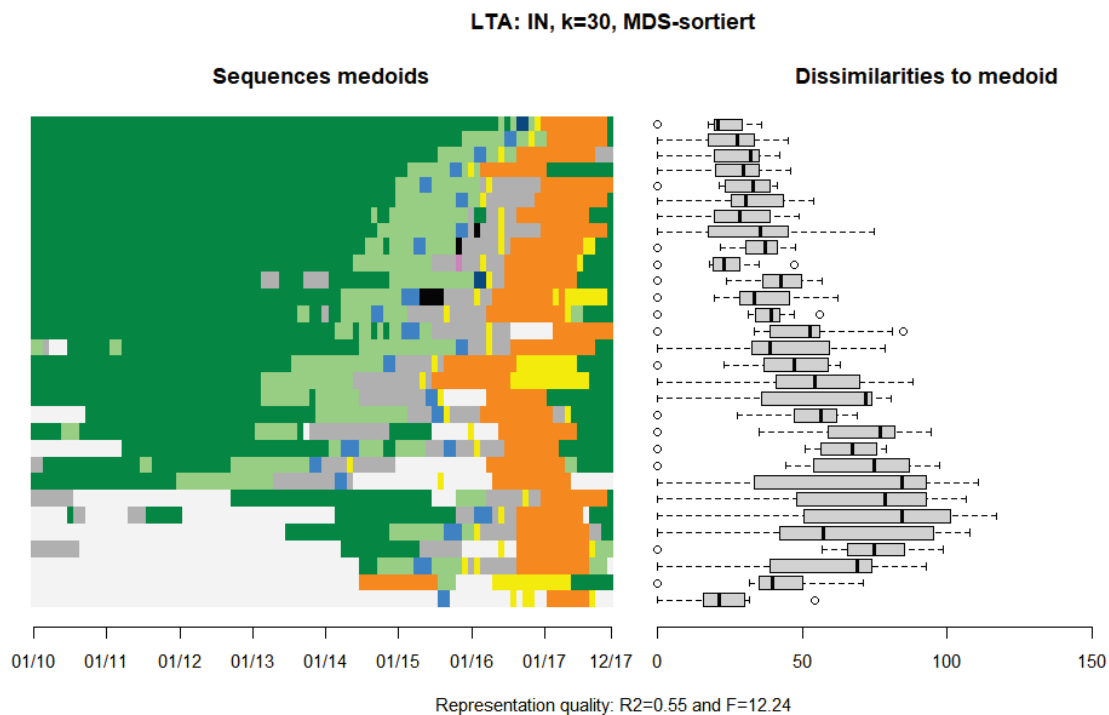
- die Erwerbsverläufe mehrheitlich zunächst stabil sind, dann aber in längere Phasen des Krankengelds und Arbeitslosigkeit übergehen; allerdings ist im Vergleich zu den zuvor dargestellten Qualifizierungen die Gruppe mit bereits initial unregelmäßigem Erwerbsverlauf größer;
- ergänzende sonstige LTA (gelb) bei fast allen Sequenzen auftreten, teils vorher und teils nachher;
- definitionsgemäß vorher keine Qualifizierungen stattfinden;
- kurzfristig nach der Integrationsleistung eine Phase der Beschäftigung folgt.

Heterogen ist

- die vorherige Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation, allerdings im Vergleich zu den zuvor dargestellten Qualifizierungen etwas häufiger.

Die dargestellten medoids repräsentieren die Gesamtgruppe etwas besser als bei den zuvor dargestellten Qualifizierungen und insgesamt gut ( $R^2=0,55$ ).

Abbildung 18: LTA-Untergruppe „Integrationsleistungen“ – individuelle Sequenzen von 30 Stellvertretern (links) inkl. Güte der Stellvertreter für die Gesamtgruppe (rechts).



**LTA-Untergruppe „Sonstige LTA und zusätzliche Leistungen der „normalen“ medizinischen Rehabilitation“**

Innerhalb der genannten LTA-Untergruppe zeigt sich je nach Fokus ein mehr oder weniger heterogenes Bild. Recht homogen ist, dass

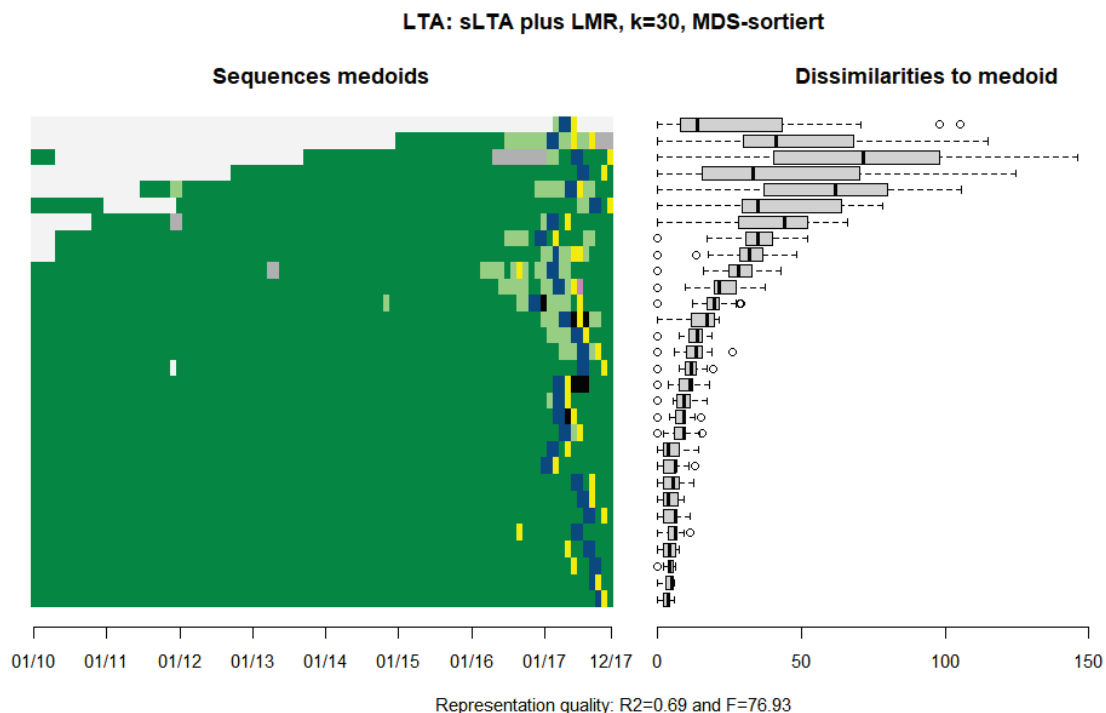
- die Erwerbsverläufe mehrheitlich stabil („grün“) sind;
- in der Regel nur eine Art der sonstigen LTA („gelb“) genutzt wird (es wird hier jeweils der Monat der Bewilligung des Antrags dargestellt);
- mehrheitlich die sonstige LTA entweder direkt auf die med. Reha oder nur mit wenigen Monaten Abstand auf die med. Reha folgt oder sie folgt während der Nachsorge; vereinzelt erfolgt die sonstige LTA zeitlich vor der med. Reha;
- definitionsgemäß keine Qualifizierungen und Integrationsleistungen;
- der weit überwiegende Anteil nach der Leistung in Beschäftigung ist.

Heterogen ist, dass

- bei etwa der Hälfte der Personen Phasen des Krankengelds („hellgrün“) unmittelbar vor der med. Reha liegen.

Die dargestellten medoids repräsentieren die Gesamtgruppe insgesamt gut ( $R^2=0,69$ ).

Abbildung 19: LTA-Untergruppe „sonstige LTA plus Leistungen der ‚normalen‘ medizinischen Rehabilitation“ – individuelle Sequenzen von 30 Stellvertretern (links) inkl. Güte der Stellvertreter für die Gesamtgruppe (rechts).



**LTA-Untergruppe „Sonstige LTA und zusätzliche Leistungen der psychosomatischen Rehabilitation“**

Innerhalb der genannten LTA-Untergruppe zeigt sich je nach Fokus ein mehr oder weniger heterogenes Bild. Im Kern ist der Befund recht ähnlich zu dem der vorherigen Untergruppe „Sonstige LTA und zusätzliche Leistungen der med. Rehabilitation“, nur etwas deutlicher. Recht homogen ist, dass

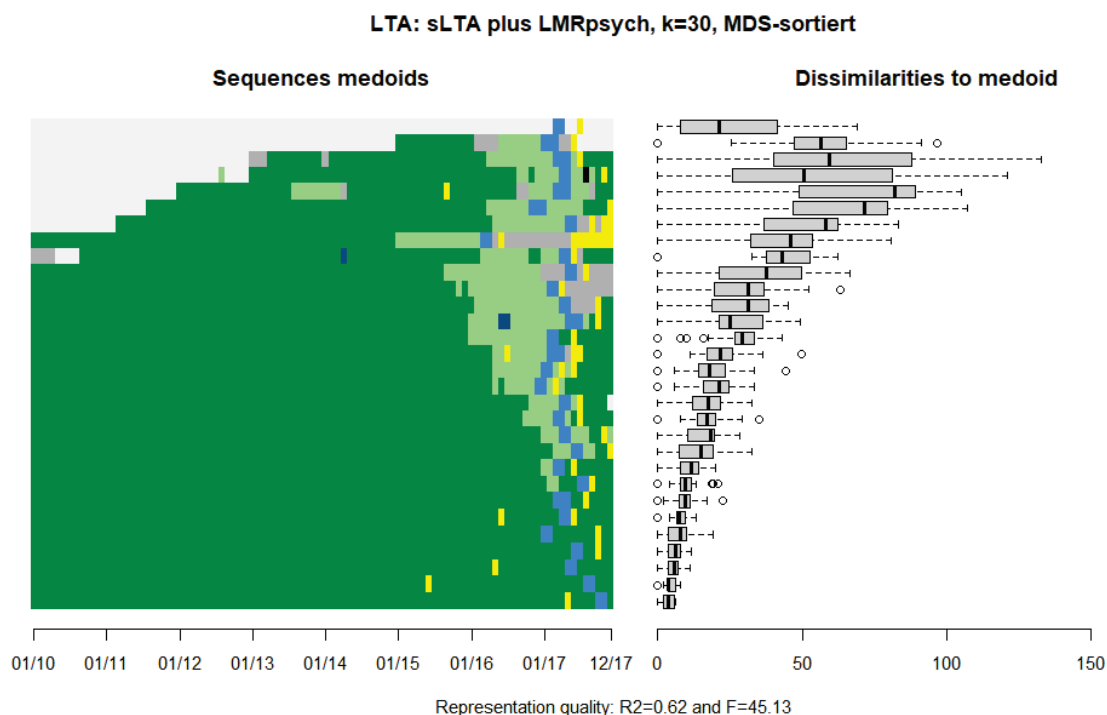
- die Erwerbsverläufe mehrheitlich stabil („grün“) sind;
- in der Regel nur eine Art der sonstigen LTA („gelb“) genutzt wird (es wird hier jeweils der Monat der Bewilligung des Antrags dargestellt);
- definitionsgemäß keine Qualifizierungen und Integrationsleistungen;
- der überwiegende Anteil nach der Leistung in Beschäftigung ist, aber weniger deutlich als in der Gruppe zuvor;

Heterogen ist, dass

- die Lage der sonstigen LTA in Bezug auf die psychosomatische Reha sehr unterschiedlich ist: teils deutlich davor, teils unmittelbar danach, teils mit zeitlichem Abstand danach;
- bei etwa 2/3 der Personen teils längere Phasen des Krankengelds („hellgrün“) unmittelbar vor der med. Reha liegen und teils auch Phasen der Arbeitslosigkeit vorliegen.

Die dargestellten medoids repräsentieren die Gesamtgruppe insgesamt gut ( $R^2=0,62$ ).

Abbildung 20: LTA-Untergruppe „sonstige LTA plus Leistungen der psychosomatischen medizinischen Rehabilitation“ – individuelle Sequenzen von 30 Stellvertretern (links) inkl. Güte der Stellvertreter für die Gesamtgruppe (rechts).





### 4.3.3 LTA-UG: Repräsentanten

Nachfolgend werden empirisch für die Untergruppen typische Erwerbs- und Leistungsverläufe ermittelt. Dabei ist das Verfahren so kalibriert, dass in der „Nähe“ des Vertreters oder der Vertreter mindestens 60% der Sequenzen liegen müssen – „Nähe“ heißt dabei bis 25% der maximalen theoretischen Distanz (bei med. Rehabilitation hatten wir 10% verwendet, siehe dazu Kap. 4.1.2). Anders als im vorherigen Kapitel, in dem die Gesamtgruppe nach einem Homogenitätsmaß sortiert und dann in 30 gleich große unterteilt wurde, erfolgt nur eine Reduktion auf den einen typischen Erwerbs-/Leistungsverlauf, gegebenenfalls auch mehrere.

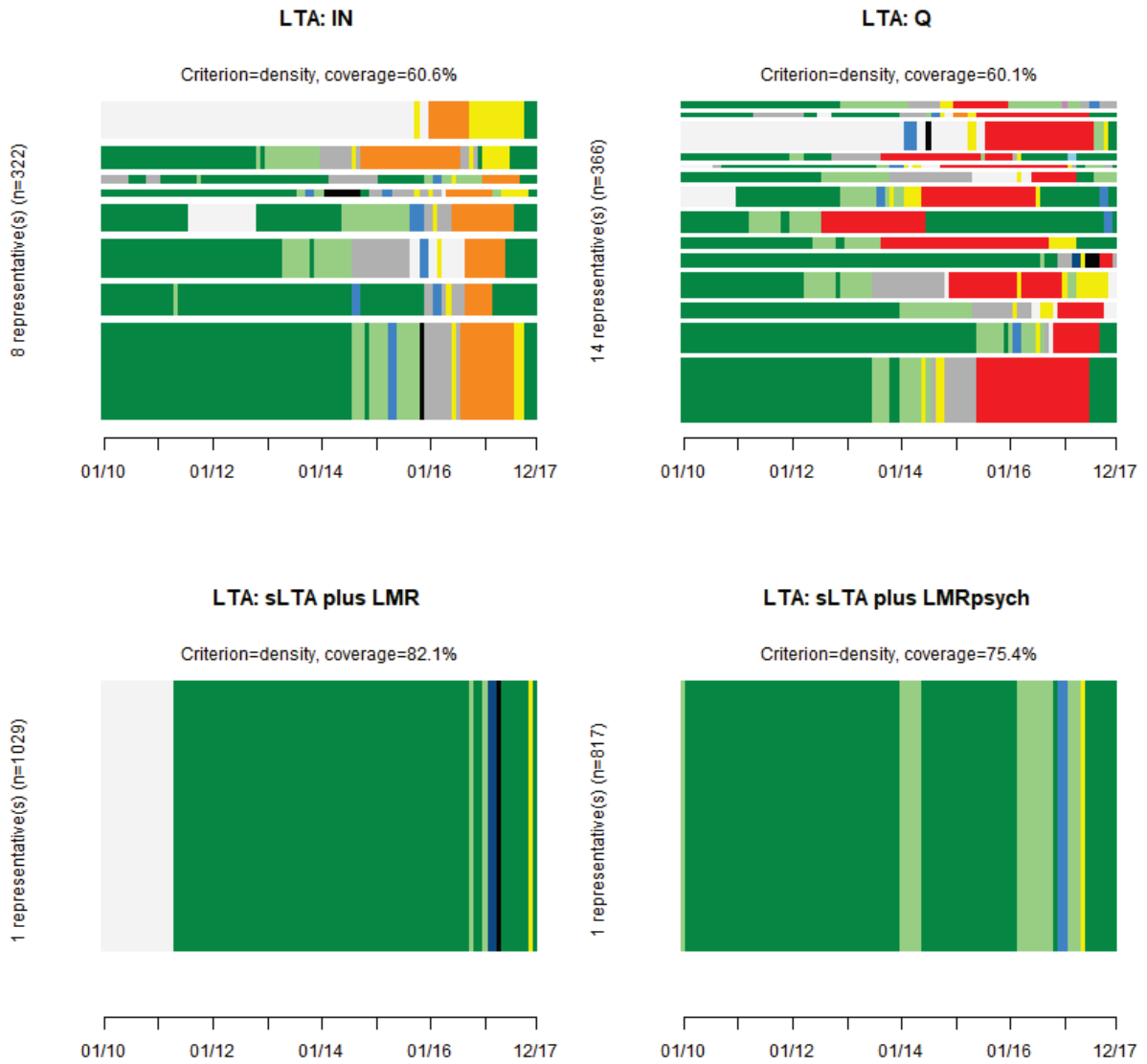
Die Grafiken sind wie folgt zu lesen:

- Die bunte Zeile ist der Repräsentant mit den per Legende definierten Statuszuständen im Zeitverlauf.
- Je höher die Zeile umso mehr andere Sequenzen sind mit dem Repräsentanten assoziiert.
- Unter coverage ist zu verstehen, wie viele Sequenzen das Repräsentantenset abbildet.

Der Befund unterstreicht die Aussage aus dem vorherigen Kapitel:

- Die beiden Gruppen „sonstige LTA“ sind sehr homogen und durch recht stabile Beschäftigung gekennzeichnet. Die Gruppe mit psychosomatischer Rehabilitation ist vergleichsweise instabiler, weil längere und mehr Krankengeldphasen vorliegen. Nach der sonstigen LTA geht die Beschäftigung jedoch in beiden Gruppen weiter. Die abgebildete Sequenz – Arbeit, Kranken-/Übergangsgeld, medizinische Reha, sonstige LTA und dann wieder Arbeit – ist typisch für beide Gruppen;
- Die beiden anderen Gruppen „Integrationsleistungen“ und „Qualifizierungsleistungen“ sind weit weniger homogen, weil mehrere Repräsentanten nötig sind, um die Unterschiede in Leistungsdauern und -abfolgen abzubilden.

Abbildung 21: LTA-Untergruppen – Repräsentanten.



#### 4.3.4 LTA-UG: Deskription

In diesem Kapitel sind Strukturmerkmale der einzelnen Untergruppen deskriptiv dargestellt. Augenscheinliche Auffälligkeiten sind in Tabelle 12 hervorgehoben<sup>6</sup>.

Die Zielgröße RTW im Jahr 2018 ist am höchsten in der Gruppe „sLTA plus LMR“ (75%) und in der Gruppe „IN“ am geringsten (47%). Etwa dazwischen liegen die beiden anderen Gruppen.

Dazu passt,

- dass in der Gruppe „sLTA plus LMR“ vergleichsweise die wenigsten Personen eine schwerwiegende psychische Erkrankung haben (SMI 2%) und bei „IN“ die meisten Personen (SMI 17%);
- dass sämtlich Werte aus der Beschäftigungsbiografie in der Gruppe „sLTA plus LMR“ vergleichsweise am besten sind;
- dass die Dauer vom ersten Krankengeld bzw. Arbeitslosengeld bis zur ersten DRV-Leistung in der Gruppe „sLTA plus LMR“ am kürzesten ist.

Die bereits in den Grafiken buntesten Gruppen „IN“ und „Q“ – also die instabilsten Verläufe – zeigen auch die höchsten Werte bei der Entropy. Außerdem ist die Dauer vom ersten Krankengeld bzw. Arbeitslosengeld bis zur ersten DRV-Leistung vergleichsweise am längsten, was auf Inanspruchnahme von Leistungen anderer Träger oder Selbsthilfe hindeutet. Bei den Gruppen.

Bei den Personen aus der Gruppe „IN“ gibt es eine Häufung in Westdeutschland und gleichzeitig im Mittel die höchste Arbeitslosenquote. Dies deutet auf regionale Häufungen hin.

Tabelle 12: LTA-Untergruppen – Deskription.

	IN	Q	sLTA plus LMR	sLTA plus LMRpsych
n	322	366	1029	817
RTW18: ja	<b>47,2</b>	<b>59.8</b>	<b>74.9</b>	<b>63.2</b>
Geschlecht: Frau	<b>75,2</b>	70.8	<b>77.8</b>	71.1
Alter in 2018: 29bis38	9,0	13.7	6.8	8.4
bis48	25,2	<b>43.2</b>	22.9	25.5
bis58	<b>57,5</b>	38.5	<b>54.2</b>	48.3
bis63	8,4	4.6	<b>16.0</b>	17.7
Familienstand: ledig	13,0	12.0	17.7	18.6
verheiratet	56,2	54.9	61.2	59.9
geschieden	20,2	15.0	17.6	18.8
verwitwet	0,6	0.8	2.2	1.5
unbekannt	9,9	<b>17.2</b>	1.3	1.2
Wohnort: Westdt	<b>82,0</b>	76.2	77.6	78.5
Staatsang: deutsch	96,9	96.2	96.2	96.2
Ausbildung: ohne	5,0	3.3	4.2	3.2
mit	53,1	60.9	62.2	56.8
Hochschulreife	19,6	20.5	22.4	26.1
unbekannt	<b>22,4</b>	15.3	11.3	14.0
Bei Antrag: nicht.erwerbstätig_	6,8	9.3	2.4	6.9
Ganztagsarbeit	79,8	77.0	<b>92.4</b>	<b>86.9</b>
Teilzeit.wenig	1,2	1.6	2.1	1.7
arbeitslos	<b>12,1</b>	<b>12.0</b>	3.0	4.5
unbekannt	0	0	0	0
Diagnose: SMI	<b>17,1</b>	<b>10.4</b>	<b>2.3</b>	<b>7.5</b>
DiagnSMI: Depression	11,5	6.3	0.8	3.2
DiagnSMI_bipolareStörung	0	0	0	0
DiagnSMI: PTBS	5,6	5.2	1.6	4.8

<sup>6</sup> Nur deutliche Unterscheide werden interpretiert, weil wir auf die Kontrolle wechselseitiger Abhängigkeiten, z.B. mittels multinomialer Regression, hier verzichtet haben.

	IN	Q	sLTA plus LMR	sLTA plus LMRpsych
Diagnose: Angststörung	11,8	8.5	5.9	12.2
Diagnose: somatoformSchmerz	9,6	12.8	19.4	17.9
Entwoehnung in den Vorjahren	2,5	2.2	2.0	0.5
EMR-Antrag, aber nicht bewilligt	<b>11,8</b>	5.7	5.2	8.1
RegArbeitslosenquote..M	<b>6,4</b>	6.2	5.6	6.0
MittlTageseinkommen1013..M	65,4	63.7	<b>89.3</b>	<b>87.9</b>
MittlTageseinkommen1416..M	56,8	41.0	<b>98.0</b>	<b>95.3</b>
DifferenzTageseinkommen1516..M	-8,6	-22.7	8.6	7.4
Status 3 Monate vorher: beschäftigt	11,8	17.5	<b>76.5</b>	<b>52.0</b>
Beschäftigungstage in 2015:_0	54,0	63.1	4.9	8.0
Bis 150	18,9	12.6	4.9	6.2
Bis 300	11,8	7.9	7.5	12.6
Bis 365	15,2	16.4	<b>82.8</b>	<b>73.2</b>
Beschäftigungstage in 2016: 0	65,2	67.5	6.7	15.9
Bis 150	16,1	9.3	6.3	12.1
Bis 300	10,9	8.5	10.3	16.4
Bis 365	7,8	14.8	<b>76.7</b>	<b>55.6</b>
DifferenzBeschäftigungstage1516..M	-31,0	-7.2	-16.2	-50.2
Sozleist1013nReha_Monate..M	<b>6,9</b>	<b>10.5</b>	2.2	3.0
Sozleist1416nReha_Monate..M	<b>11,7</b>	<b>8.0</b>	2.1	4.5
LMR1013sum..M	0,2	0.2	0.1	0.2
LMR1417sum..M	2,7	2.1	3.1	3.4
Entropy1013..M	<b>1,9</b>	<b>2.6</b>	0.8	1.0
Entropy1416..M	<b>4,9</b>	<b>4.2</b>	1.1	1.9
DauerBisLeistung..M	<b>29,4</b>	<b>26.8</b>	18.7	24.0

Anmerkung:

n = Anzahl, Zeilen entweder mit Mittelwert (..M) oder ansonsten %.

### 4.3.5 LTA-UG: RTW im Jahr 2018

Im letzten Schritt werden Prognosemodelle für das RTW in 2018 für jede Untergruppe ermittelt - mittels logistischer Regression und Selektion anhand AIC.

Tabelle 13: LTA-Untergruppen – Prognose des RTW.

Predictors	IN		Q		sLTA+LMR		sLTA+LMRpsych	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
(Intercept)	0,02	<b>&lt;0,001</b>	0,01	<b>0,004</b>	0,30	0,167	0,20	<b>0,037</b>
age18kfr39-48			0,54	0,160	1,06	0,886	1,06	0,865
age18kfr49-58			0,32	<b>0,014</b>	1,20	0,640	1,31	0,425
age18kfr59-63			0,16	<b>0,015</b>	0,57	0,182	0,40	<b>0,018</b>
AIVOAQ fr [nicht erwerbstätig]	2,07	<b>0,037</b>			0,20	<b>&lt;0,001</b>	0,41	<b>0,003</b>
AIVOAQ fr [Teilzeit weniger als Hälfte]	1,83	0,644			0,36	<b>0,072</b>	0,59	0,408
ALOd					1,04	<b>0,013</b>		
bes 1			1,03	<b>0,031</b>	1,04	<b>&lt;0,001</b>	1,02	0,106
bes 2					1,02	0,147		
bes3m f [bes]	4,14	<b>0,001</b>	1,88	0,116	1,65	0,051	3,88	<b>&lt;0,001</b>
bildf [Hochschule]			2,08	0,369			0,96	0,945
bildf [mit B-Ausbildung]			2,12	0,341			1,45	0,476
bildf [unbekannt]			0,80	0,793			0,65	0,448
BIP					0,98	0,059		
dau							0,99	<b>0,032</b>
Entropy 1			0,02	<b>0,007</b>			8,08	0,074
Entropy 2							0,14	<b>0,003</b>
FK ALO			1,06	0,117				
FMSD fin fr [geschieden/verwitwet]			6,30	<b>0,001</b>				
FMSD fin fr [keine Angabe]			1,61	0,355				
FMSD fin fr [verheiratet]			1,87	0,150				
gr entw			0,15	<b>0,039</b>				
gr ptbsf [1]					5,46	0,161		
IN	1,08	<b>0,016</b>	1,18	<b>0,002</b>				
LTAsont	1,13	<b>0,001</b>	1,06	0,132			1,17	<b>0,001</b>
NQLEall f [psychisch eingeschränkt]	1,45	0,232			0,64	0,097	0,64	<b>0,019</b>
NQLEall f [unbekannt]	0,66	0,278						
OW [Westdeutschland]					0,39	<b>0,025</b>		
Q			1,08	<b>&lt;0,001</b>				
SA [andere]			3,24	0,115	2,37	0,078		
sext [Mann]					0,42	<b>&lt;0,001</b>	0,48	<b>0,001</b>
SOZ 1sum			1,07	<b>0,003</b>	1,06	<b>0,002</b>		
SOZ 2sum			0,96	0,082	0,94	<b>0,036</b>		
TEG 1416	1,04	<b>&lt;0,001</b>	1,02	<b>0,002</b>	1,02	<b>&lt;0,001</b>	1,01	<b>&lt;0,001</b>
TEGd	0,99	<b>0,002</b>	0,99	0,128			1,01	0,140
YTGd	1,00	0,112			1,00	<b>0,013</b>	1,00	0,133
Observations	322		366		1029		817	
R2 Nagelkerke	0,332		0,353		0,493		0,442	

Für eine alternative Interpretation sind im Anhang die average marginal means (AME) für jedes Modell hinterlegt.

Die Modellgüten sind gut bis sehr gut ( $R^2 > 0,332$ ). Einzelne Prädiktoren sind  $p > 0,05$ . Da sie aber das AIC des Modells verbessern, behalten wir diese Prädiktoren bei.

Einige zentrale inhaltliche Befunde seien herausgehoben.

- Erwerbsbiografische Prädiktoren sind sehr bedeutsam. Bei zwei Modellen ist der Erwerbsstatus 3 Monate vor der letzten Reha der deutlichste Prädiktor.
- Regionalmerkmale sind von nachrangiger Bedeutung.
- Diagnosen sind von nachrangiger Bedeutung.
- Kennzahlen aus der individuellen Sequenz (Entropy, Dauer von erster Sozialleistung bis zur ersten DRV-Leistung, Dauer der Sozialleistungen außerhalb von DRV-Leistungen), die auf Leistungen anderer Träger hindeuten, sind bei einzelnen Modellen bedeutsam.
- Längere oder mehr DRV-Leistungen fördern das RTW.
- Soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildung, Familienstand, Staatsangehörigkeit) sind unterschiedlich bedeutsam und bei IN ohne prognostische Bedeutung.

Aufgrund der unterschiedlichen Fallzahlen sind die Modelle schwer vergleichbar, weil bei höheren Fallzahlen auch schwache Effekte entdeckt werden bzw. bei kleineren Fallzahlen schwache Effekte nicht statistisch abgesichert werden können.

Die Modelle werden in Kapitel 5.3 aufgegriffen und weiter analysiert.

## 4.4 EMR – Untergruppen

Die Hauptgruppe EMR enthält Personen, die ab 2017 eine Erwerbsminderungsrente bewilligt bekommen haben oder beziehen sowie irgendwann eine Hauptdiagnose F3 oder F4 aufweisen.

Eine Unterscheidung nach teilweiser und voller Erwerbsminderungsrente sowie nach Befristung erfolgt nicht.

Personen dieser Hauptgruppe werden im Weiteren auf Basis der von der Rentenversicherung erhaltenen Leistungsarten in distinkte Untergruppen unterteilt. Neben den Leistungsarten wird dabei auch der Erwerbsverlauf dargestellt.

Die Untergruppen und deren Mengengerüst sind in Tabelle 11 dargestellt. Eine detaillierte Beschreibung ist Gegenstand der weiteren Ausführungen.

Tabelle 14: Die LTA-Untergruppen im Überblick.

Gruppe	Untergruppe	Kurzbeschreibung	Anzahl
EMR			
	LMR	mind. 1 LMR (aber keine LTA)	13.433
	LTA	mind. 1 LTA	1.390
	ohne Reha	2010 keine LTA und keine LMR	5.784

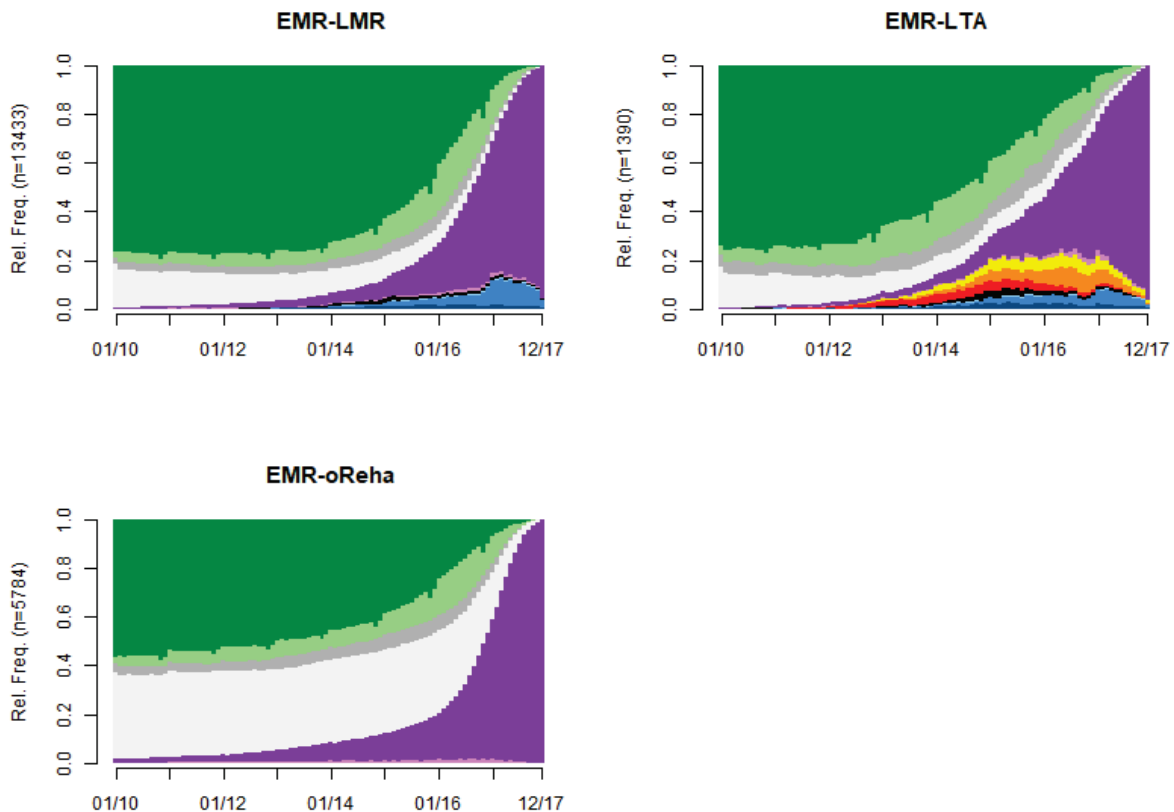
Anmerkung: Die Hauptgruppe „EMR“ enthält Personen, die ab 2017 eine Erwerbsminderungsrente (EMR) bewilligt bekommen haben oder beziehen sowie irgendwann eine Hauptdiagnose F3 oder F4 aufweisen

LMR = Leistungen der med. Rehabilitation inkl. psychosomatische Reha, LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

#### 4.4.1 EMR-UG: Sequenzen im Querschnitt

Zunächst werden die anteiligen Verteilungen der Statuszustände innerhalb der jeweiligen Untergruppe für die einzelnen Monate dargestellt. Es sei betont, dass dies keine individuellen Verläufe, sondern Querschnitte innerhalb der jeweiligen Untergruppe sind.

Abbildung 22: EMR-Untergruppen – Sequenzen im Querschnitt.



##### „EMR – vorher oder parallel LMR“ (n=13.433)

Die Menschen dieser Gruppe haben im Beobachtungszeitraum mindestens eine medizinische Rehabilitation erhalten. Die erste Hälfte des Beobachtungszeitraums ist weitgehend frei von Leistungen. Definitionsgemäß erhalten die Menschen dieser Gruppe keine Qualifizierungsleistungen. Sie ist die vergleichsweise größte Gruppe.

##### „EMR – vorher LTA“ (n=1390)

Die Menschen dieser Gruppe haben im Beobachtungszeitraum mindestens eine LTA und optional auch medizinische Rehabilitation erhalten.

##### „EMR – vorher ohne Reha“ (n=5.784)

Die Menschen dieser Gruppe erhalten keine Rehaleistungen. Insgesamt fallen beim Erwerbsverlauf die relativ hohen Anteile mit weißen Felder, also „nbes“ bzw. Nicht-Beschäftigung, auf (zur Definition von nbes siehe Kapitel 8.1.2.1).



#### 4.4.2 EMR-UG: Sequenzen im Längsschnitt

Im Kapitel zuvor waren querschnittliche Informationen zu jedem Monat des Beobachtungszeitraums ersichtlich, was längsschnittliche Interpretationen limitiert. Daher sind in den folgenden Abbildungen individuelle Sequenzen im Längsschnitt abgebildet, sog. Relative Frequency Sequence Plots. Jede Zeile ist der Erwerbs- und Versorgungsverlauf einer Person. Der Übersichtlichkeit wegen sind nicht alle Personen der Gruppe, sondern nur die „besten“ 30 Stellvertreter („medoid“) dargestellt. Dazu werden zunächst die Sequenzen sortiert (hier anhand multidimensionaler Skalierung, MDS). Dann wird der Datensatz in gleich große Teilgruppen geteilt (hier  $k=30$ ). Zuletzt werden für jede dieser Teilgruppen die repräsentativen Sequenzen („medoids“) dargestellt (links in den Abbildungen) und die Distanzen der anderen Sequenzen dieser Teilgruppe zu diesem medoid veranschaulicht (Boxplots rechts in den Abbildungen). Wie gut die medoids die Sequenzen repräsentieren, ist insbesondere am  $R^2$  ersichtlich.

Vorab sei betont, dass die individuellen Verläufe der Statuszustände zu einem Zeitpunkt nur einen Statuszustand darstellen können und eine Priorisierung (siehe Kap. 4.1.2) erforderlich ist. So ist es möglich, dass eine Person parallel zur Rente einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgeht. In den Grafiken erscheint unserer Priorisierung folgend aber nur die Erwerbsminderungsrente. Hier könnten weiterführende Analysen ansetzen.

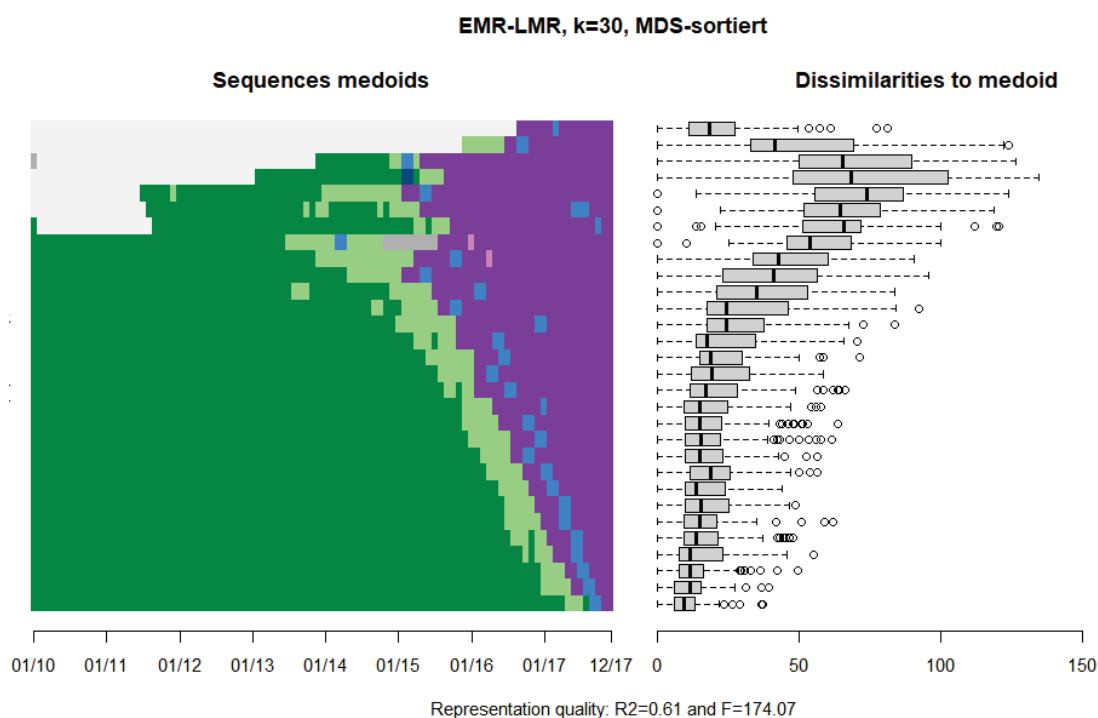
##### EMR-Untergruppe „EMR und mind. 1 med. Rehabilitation (aber keine LTA)“

Innerhalb dieser EMR-Untergruppe zeigt sich ein recht homogenes Bild:

- mehrheitlich erfolgt die med. Reha bei Beginn des Bezugs der EMR<sup>7</sup>;
- mehrheitlich findet nur eine med. Reha statt,
- mehrheitlich liegt im Vorfeld eine dauerhafte Beschäftigung vor, die dann in eine Sozialleistung übergeht

Die dargestellten medoids repräsentieren die Gesamtgruppe akzeptabel ( $R^2=0,61$ ).

Abbildung 23: EMR-Untergruppe „EMR und mind. 1 med. Rehabilitation (aber keine LTA)“ – individuelle Sequenzen von 30 Stellvertretern (links) inkl. Güte der Stellvertreter für die Gesamtgruppe (rechts), auf Basis einer Zufallsstichprobe von  $n=3323$  Personen.



<sup>7</sup> In den Grafiken ist der tatsächliche Rentenbeginn und nicht der Antrag eingetragen. Der Antrag erfolgt oft später insbesondere nach der med. Reha und der Rentenbeginn ist dann zurückdatiert.

**EMR-Untergruppe „EMR und mind. 1 LTA“**

Innerhalb dieser EMR-Untergruppe zeigt sich je nach Fokus ein mehr oder weniger heterogenes Bild. Recht homogen ist, dass

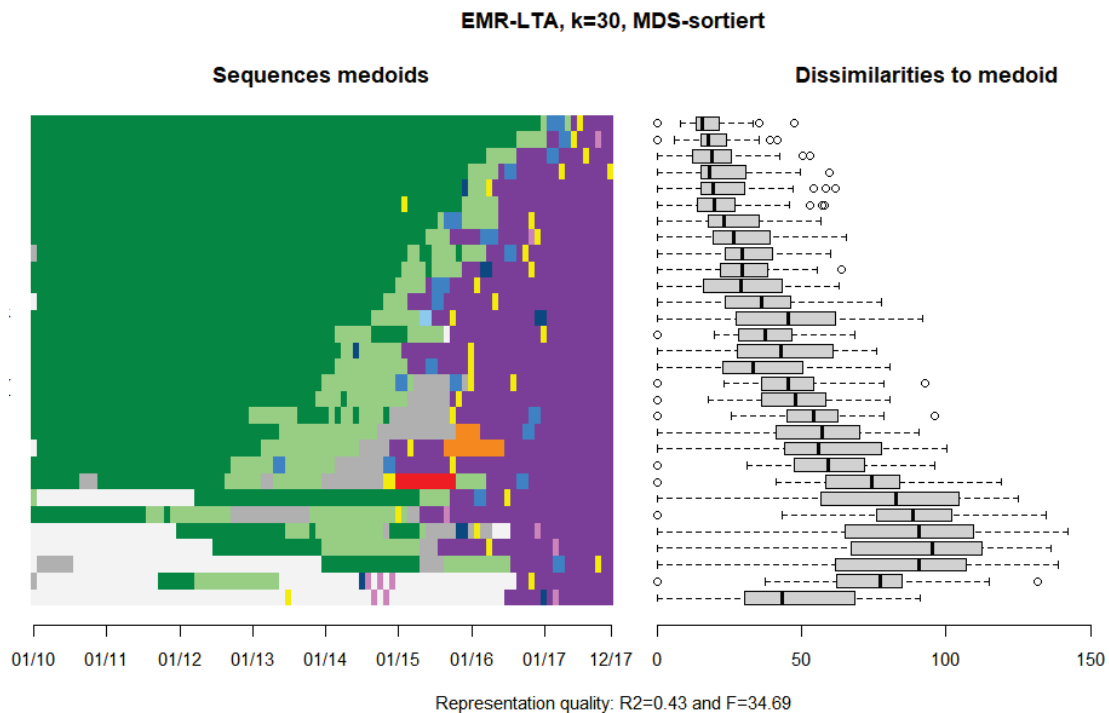
- mehrheitlich wird eine sonstige LTA genutzt,
- das Leistungsgeschehen ist in der zweiten Hälfte des Beobachtungszeitraums,

Heterogen ist

- dass zwar mehrheitlich eine durchgehende Beschäftigung zu Beginn ist, die dann über verschieden lange Krankengeld- und teils Arbeitslosengeldphasen in die EMR übergeht.

Die dargestellten medoids repräsentieren die Gesamtgruppe akzeptabel ( $R^2=0,42$ ).

Abbildung 24: EMR-Untergruppe „EMR und mind. 1 LTA“ – individuelle Sequenzen von 30 Stellvertretern (links) inkl. Güte der Stellvertreter für die Gesamtgruppe (rechts).



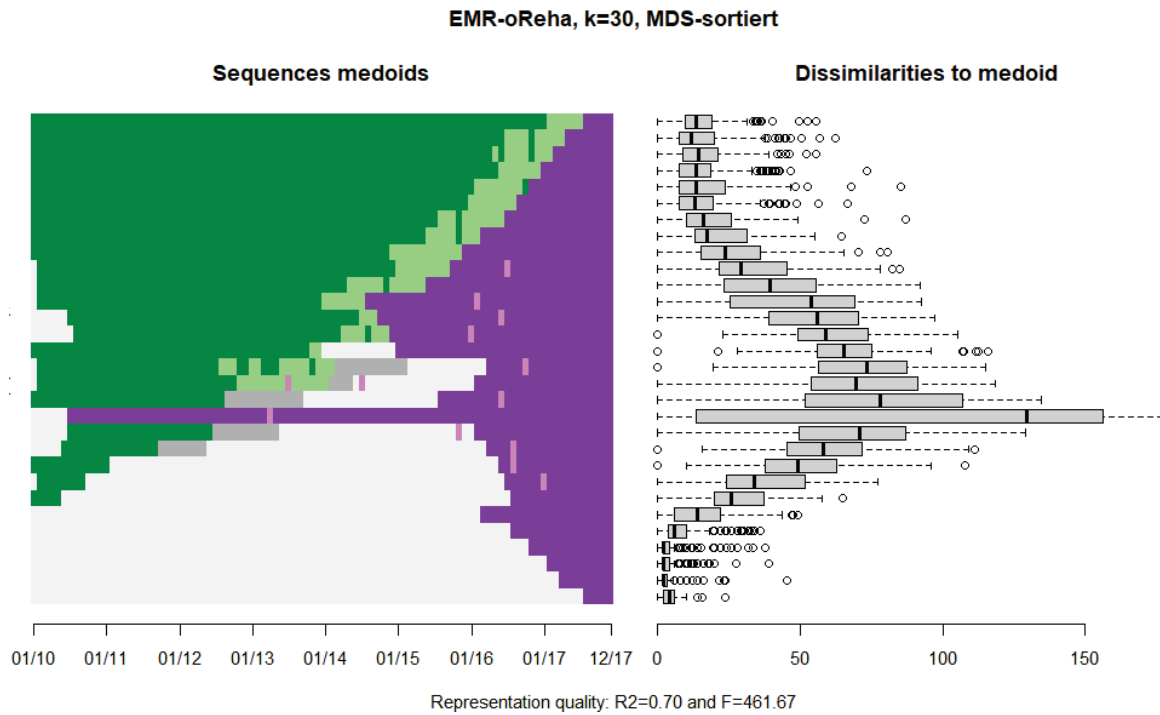
**EMR-Untergruppe „EMR und keine Reha vorher“**

Innerhalb dieser EMR-Untergruppe zeigt sich etwa ein dreigeteiltes Bild:

- Stabile Beschäftigung geht über in Krankengeld / Arbeitslosigkeit und dann die EMR;
- Keine Beschäftigung geht über in EMR;
- unregelmäßige Beschäftigung.

Die dargestellten medoids repräsentieren die Gesamtgruppe gut ( $R^2=0,70$ ).

Abbildung 25: EMR-Untergruppe „EMR und keine Reha vorher“ – individuelle Sequenzen von 30 Stellvertretern (links) inkl. Güte der Stellvertreter für die Gesamtgruppe (rechts).



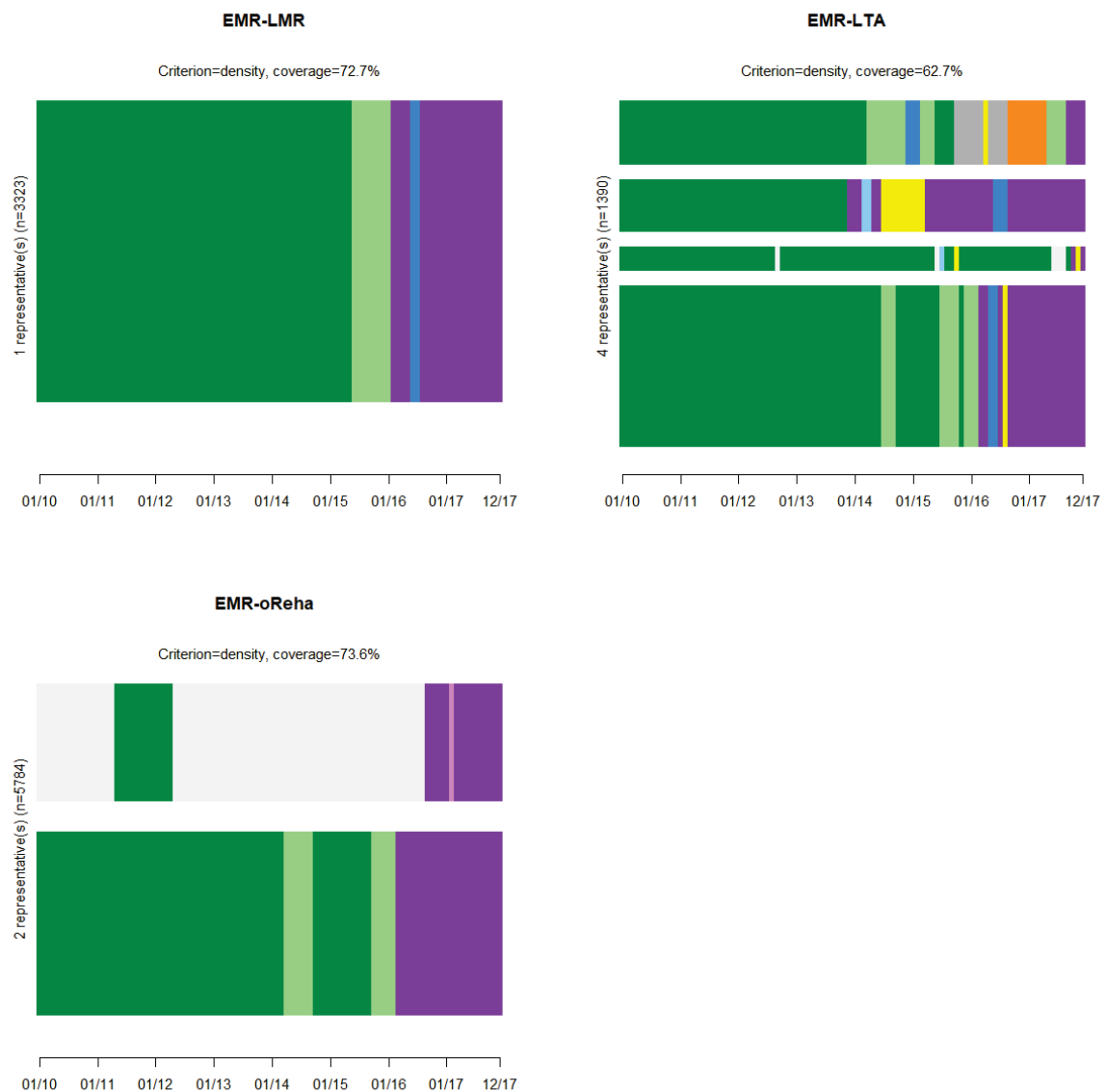
### 4.4.3 EMR-UG: Repräsentanten

Nachfolgend werden empirisch für die Untergruppen typische Erwerbs- und Leistungsverläufe ermittelt. Dabei ist das Verfahren so kalibriert, dass in der „Nähe“ des Vertreters oder der Vertreter mindestens 60% der Sequenzen liegen müssen – „Nähe“ heißt dabei bis 30% der maximalen theoretischen Distanz (siehe dazu Kap. 4.1.2). Anders als im vorherigen Kapitel, in dem die Gesamtgruppe nach einem Homogenitätsmaß sortiert und dann in 30 gleich große unterteilt wurde, erfolgt nur eine Reduktion auf den einen typischen Erwerbs-/Leistungsverlauf, gegebenenfalls auch mehrere.

Die Grafiken sind wie folgt zu lesen:

- Die bunte Zeile ist der Repräsentant mit den per Legende definierten Statuszuständen im Zeitverlauf.
- Je höher die Zeile umso mehr andere Sequenzen sind mit dem Repräsentanten assoziiert.
- Unter coverage ist zu verstehen, wie viele Sequenzen das Repräsentantenset abbildet.

Abbildung 26: EMR-Untergruppen – Repräsentanten.



Der Befund unterstreicht die Aussagen aus dem vorherigen Kapitel.

#### 4.4.4 EMR-UG: Deskription

In diesem Kapitel werden wesentliche Strukturmerkmale der einzelnen Untergruppen berichtet. Augenscheinliche Auffälligkeiten sind hervorgehoben, insbesondere:

- Personen mit LMR (ohne LTA) sind älter. Zudem weisen sie die „positivsten“ Erwerbsbiografien auf.
- SMI-Diagnosen sind in alle Gruppen etwa gleich vertreten.
- Die LTA-Gruppe hat außerhalb der DRV-Leistungen die längsten Dauern mit Sozialleistungen.

Tabelle 15: EMR-Untergruppen – Deskription.

	EMR-LMR	EMR-LTA	EMR-oReha
n	13433	1390	5784
Geschlecht: Frau	81,4	78,0	78,6
Alter in 2018: 29bis38	3,8	3,7	8,3
bis48	12,9	20,8	18,8
bis58	48,6	53,7	43,8
bis63	34,7	21,8	29,2
Familienstand: ledig	14,1	13,9	0,0
verheiratet	58,9	47,7	0,0
geschieden	16,4	15,5	0,0
verwitwet	3,0	1,7	0,0
unbekannt	7,6	21,3	100,0
Wohnort: Westdt	77,1	76,3	77,9
Staatsang: deutsch	96,6	97,3	93,1
Ausbildung: ohne	5,5	4,2	4,7
mit	59,9	61,0	43,8
Hochschulreife	15,7	15,0	14,3
unbekannt	18,8	19,7	37,1
Bei Antrag: n..erwerbstätig	5,9	3,8	0,0
Azubi	0,1	0,4	0,0
un.angelernt	2,4	1,9	0,0
Facharbeiter	1,9	1,4	0,0
Angestellt.Beamt	49,9	28,6	0,0
selbständig	0,4	0,1	0,0
unbekannt	39,3	63,6	100,0
Bei Antrag: n..erwerbstätig	6,7	9,6	0,0
Ganztagsarbeit	45,7	31,7	0,0
Teilzeit.wenig	3,6	2,3	0,0
arbeitslos	4,8	4,5	0,0
Heimarbeit	0	0	0
unbekannt	39,3	51,9	100,0
Zuzahlung: vermindert	25,2	20,6	0,0
Diagnose: SMI	33,5	32,6	34,8
DiagnSMI: Depression	24,4	23,5	27,0
DiagnSMI_bipolareStörung	0,6	0,6	1,2
DiagnSMI: PTBS	11,9	11,8	9,5
Diagn: Angststörung	19,4	17,2	18,6
Diagn: somatoformSchmerz	27,6	33,1	13,8
Entwoehnung in den Vorjahren	1,4	1,1	0,0
EMR-Antrag, nicht bewilligt	30,4	40,1	34,8
RegArbeitslosenquote..M	6,0	6,1	6,1
RegAerztedichte..M	14,6	14,6	14,8
MittlTageseinkommen1013..M	73,8	68,8	55,2
MittlTageseinkommen1416..M	70,0	56,1	45,8
DifferenzTageseinkommen1516..M	-3,7	-12,7	-9,4
Beschäftigungstage in 2015:_0	22,5	42,7	45,5
Bis 150	13,7	16,6	14,8
Bis 300	18,1	17,1	12,4
Bis 365	45,7	23,5	27,2

	EMR-LMR	EMR-LTA	EMR-oReha
Beschäftigungstage in 2016: 0	43,9	62,3	58,7
Bis 150	20,1	16,5	18,7
Bis 300	17,0	9,9	10,7
Bis 365	18,9	11,4	11,9
DifferenzBeschäftigungstage1516..M	-97,0	-64,0	-59,3
Sozleist1013nReha_Monate..M	3,8	6,7	4,4
Sozleist1416nReha_Monate..M	6,4	7,9	5,8
LMR1013sum..M	0,1	0,2	0,0
LMR1417sum..M	3,1	3,0	0,0
Entropy1013..M	1,2	1,8	1,4
Entropy1416..M	3,1	4,4	2,2
DauerBisLeistung..M	26,7	27,8	29,5

Anmerkung:

n = Anzahl, Zeilen entweder mit Mittelwert (..M) oder ansonsten %.

## 5 Prognosegruppen

### 5.1 Vorgehen zur Bildung der Prognosegruppen

Für die ausgewählten Untergruppen erfolgen nun weitere Binnendifferenzierungen, die als Prognosegruppen bezeichnet werden. Die Methodik schließt an die im vorherigen Kapitel beschriebenen Prognosemodelle zum RTW.18 an. Die Prognosegruppen liefern dann die Basis für die Auswahl der Interviewpersonen und Fragebogenerhebungen.

Wir gehen innerhalb der Untergruppen wie folgt vor:

1. Ermittlung eines Trennwerts, ab wann die Prognose als negativ bzw. positiv zu werten ist. Dazu wählen wir den empirisch optimalen cut-off gemäß Youden-Index mit Bootstrap  $n=250$ .
2. Ermittlung der Kreuztabelle aus dem prognostizierten RTW mit dem tatsächlichen RTW (tp-fn-tn-fp) inklusive Kennzahlen (siehe Abbildung 27) und Deskription.

Abbildung 27: Vier Prognosegruppen je Untergruppe.

	Nicht-RTW	RTW		
<b>Prognose negativ</b>	tn	fn	Summe Prognose negativ	Negativer prädiktiver Wert: $tn / (tn+fn)$ „Anteil der tn von allen Menschen mit negativer Prognose.“
<b>Prognose positiv</b>	fp	tp	Summe Prognose positiv	Positiver prädiktiver Wert: $tp / (tp+fp)$ „Anteil der tp von allen Menschen mit positiver Prognose.“
	Summe Nicht-RTW	Summe RTW		

Spezifität: $tn / (tn+fp)$ „Anteil der tn von allen Menschen mit Nicht-RTW“	Sensitivität: $tp / (tp+fn)$ „Anteil der tp von allen Menschen mit RTW“
--	--

Hinweis: tp bzw. tn = true positive bzw. negative, fp bzw. fn = false positive bzw. negative

Sensitivität und Spezifität sind klassische Kennzahlen zur Beschreibung eines Prognosemodells mit einem dichotomen cut-off:

- Eine 80%-ige Sensitivität besagt, dass 80% der Personen mit tatsächlichem RTW vom Modell korrekt zugeordnet werden - aber 20% mit tatsächlichem RTW werden vom Modell der falschen Gruppe zugeordnet.
- Eine 80%-ige Spezifität besagt, dass 80% der Personen ohne tatsächlichem RTW vom Modell korrekt zugeordnet werden.

In der Regel gibt es einen Kompromiss zwischen beiden Werten. Dieser Kompromiss kann mit Hilfe einer Receiver-Operating-Characteristic-Kurve (ROC-Kurve) grafisch dargestellt werden, aus der sich wiederum Kennwerte insbesondere das area under curve (AUC).

Sensitivität und Spezifität berücksichtigen nicht die Verteilung der wahren Zielgröße, d.h. sie beziehen sich nur auf die Menschen mit RTW bzw. Nicht-RTW. In der Praxis, z.B. in einer individuellen Gesprächssituation, ist es bedeutsam, wie groß bei gegebener Sensitivität und Spezifität die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Mensch mit positiv prognostiziertem Ergebnis tatsächlich arbeitet – oder dass ein Mensch mit negativ prognostiziertem Ergebnis tatsächlich nicht arbeitet. Hier fließt dann die Verteilung der wahren Zielgröße mit ein. Weiterführend sei auf die gängige Methodenliteratur verwiesen.

Für die Gruppe „Erwerbsminderungsrente“ ist das RTW nur eine nachrangig Zielgröße. Zudem liegen bereits umfassende Erkenntnisse vor, sowohl auf Basis administrativer Daten der DRV (z.B. Bethge et al., 2011; Bethge et al., 2020; Martin & Zollmann, 2013), als auch eine

eigene qualitativ orientierte Studie (Projekt WEMRE<sup>8</sup>). Zudem gibt es zusammenfassende Überblicksarbeiten (Brussig et al., 2019) sowie Berichte der DRV (z.B. Schwerpunktkapitel im Versichertenbericht 2021 der DRV). Daher haben wir auf weitere Analysen zur Erwerbsminderungsrente verzichtet.

---

<sup>8</sup> 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)



## 5.2 Prognosegruppen LMR

### 5.2.1 Prognosegruppen für LMRpsych1\_ns-

Das Modell weist eine hohe Güte auf ( $R^2=0,442$ ,  $AUC=0,843$ ). Insgesamt wird das RTW von 78,2% der Personen vom Modell korrekt vorhergesagt. Die Wahl des optimalen cutpoints ist eindeutig. Die Häufigkeitsverteilungen der erwarteten Werte sind in der Gruppe „RTW ja“ (RTW=1) eingipfelig und in der Gruppe „RTW nein“ (RTW=0) annähernd eingipfelig.

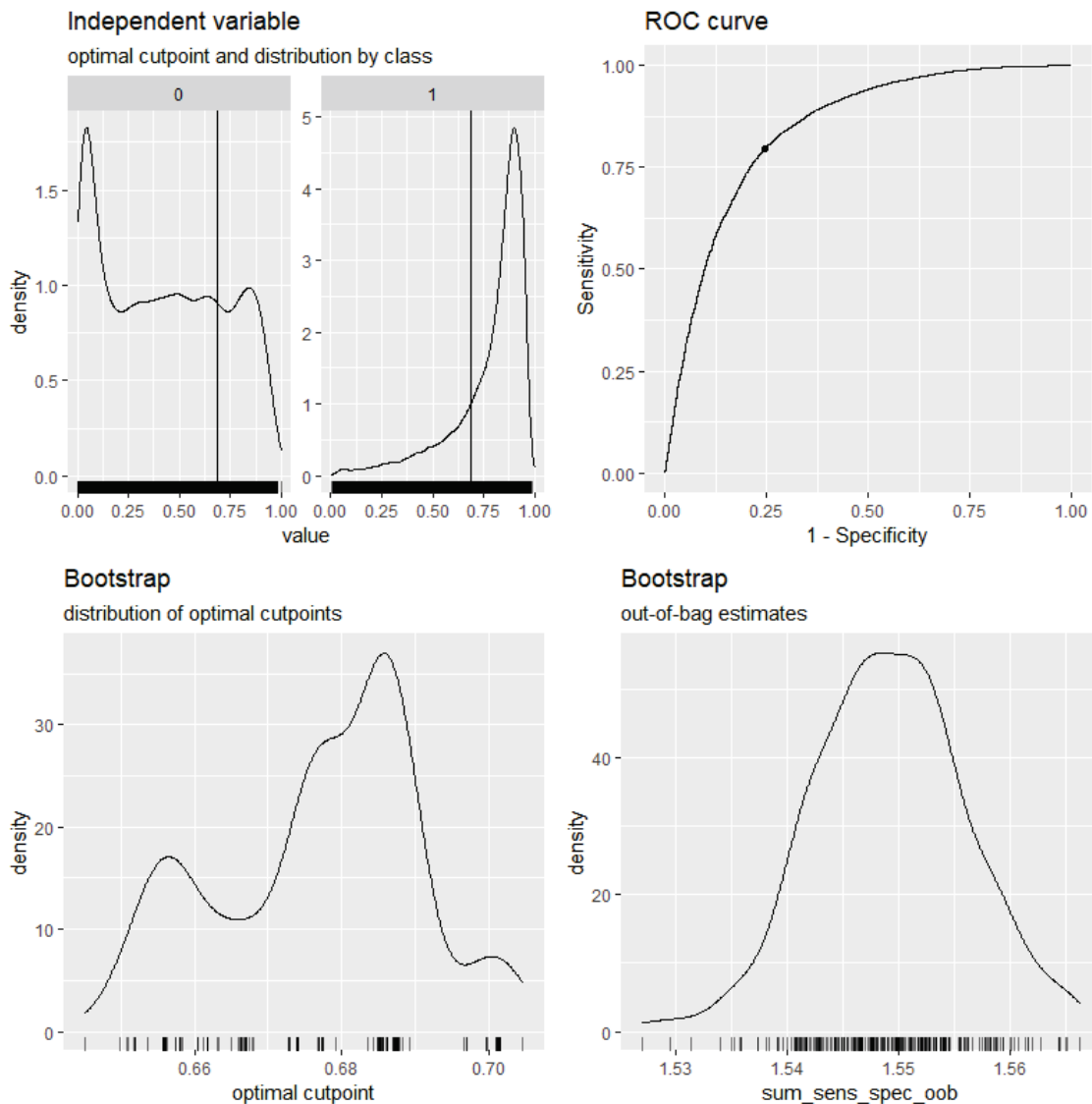
Tabelle 16: Prognose des RTW für die Untergruppe „LMRpsych1\_ns-“ – Kennziffern.

	Youden	AUC	CCR	sens	spec	PPV	NPV	tp	fn	fp	tn
LMRpsych1_ns-	0,686	0,843	0,782	0,796	0,755	0,865	0,652	16266	4165	2538	7812

Anmerkung:

bootstrap (n=250) für cut-off mittels Youden-Index, AUC = area under curve, CCR = correct classification rate, sens = sensitivity, spec = specificity, PPV = positive predictive value, NPV = negative predictive value, tp/tn = true positive/negative, fp/fn = false positive/negative

Abbildung 28: Prognose des RTW für die Untergruppe „LMRpsych1\_ns-“ – cutpoint inkl. Verteilung nach RTW (0=nein, 1=ja), ROC-curve und bootstrap.



### 5.2.2 Prognosegruppen für LMRpsych1\_ns+

Das Modell weist eine hohe Güte auf ( $R^2=0,371$ ,  $AUC=0,812$ ). Insgesamt wird das RTW von 74,4% der Personen vom Modell korrekt vorhergesagt. Die Wahl des optimalen cutpoints ist eindeutig. Die Häufigkeitsverteilungen der erwarteten Werte sind in der Gruppe „RTW ja“ einipfelig und in der Gruppe „RTW nein“ jedoch zweipfelig.

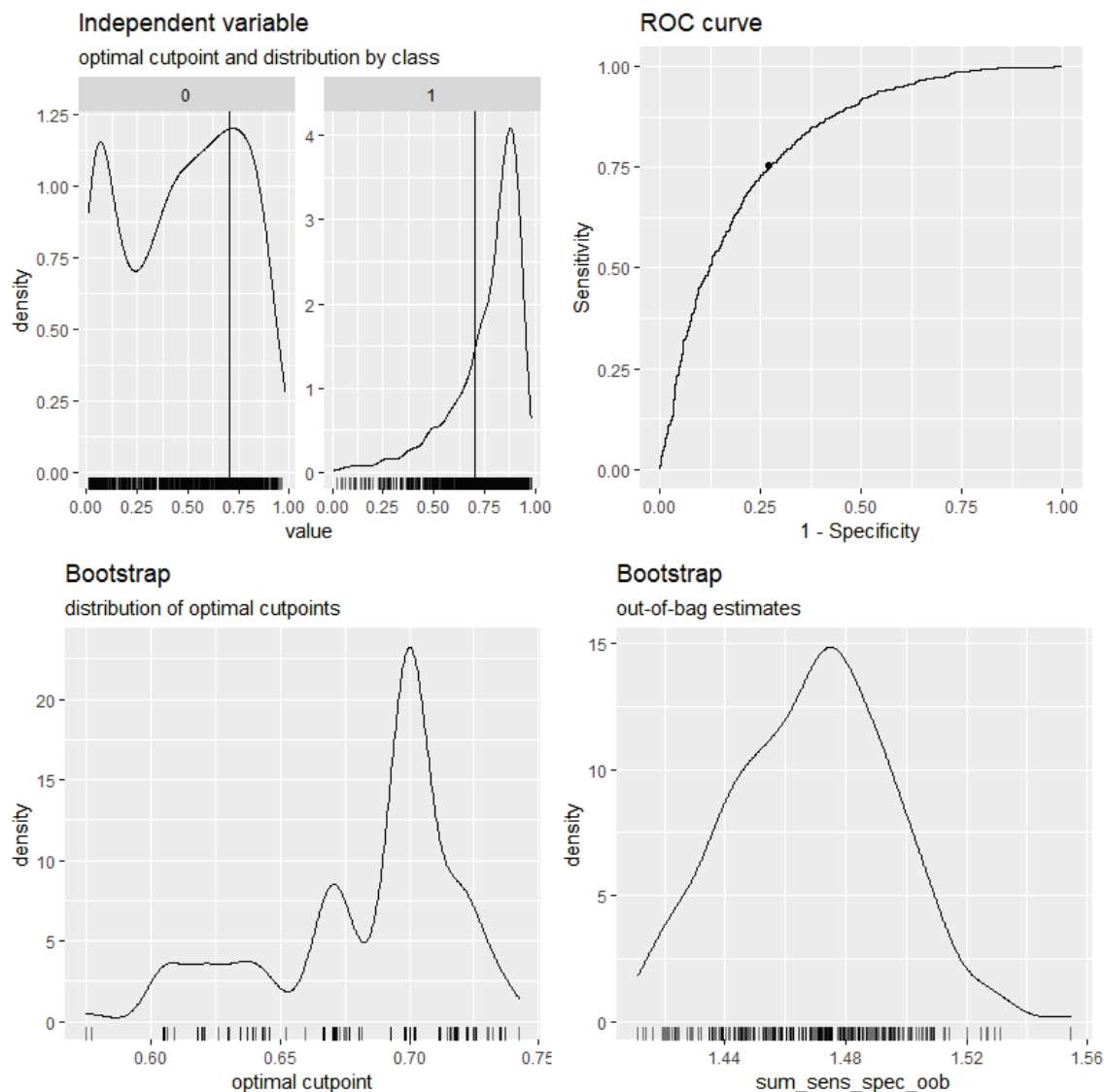
Tabelle 17: Prognose des RTW für die Untergruppe „LMRpsych1\_ns+“ – Kennziffern.

	Youden	AUC	CCR	sens	spec	PPV	NPV	tp	fn	fp	tn
LMRpsych1_ns+	0,702	0,812	0,747	0,754	0,731	0,85	0,596	1069	348	189	513

Anmerkung:

bootstrap (n=250) für cut-off mittels Youden-Index, AUC = area under curve, CCR = correct classification rate, sens = sensitivity, spec = specificity, PPV = positive predictive value, NPV = negative predictive value, tp/tn = true positive/negative, fp/fn = false positive/negative

Abbildung 29: Prognose des RTW für die Untergruppe „LMRpsych1\_ns+“ – cutpoint inkl. Verteilung nach RTW (0=nein, 1=ja), ROC-curve und bootstrap.



### 5.2.3 Prognosegruppen für LMRpsych1+

Das Modell weist eine hohe Güte auf ( $R^2=0,450$ ,  $AUC=0,844$ ). Insgesamt wird das RTW von 80,0% der Personen vom Modell korrekt vorhergesagt. Die Wahl des optimalen cutpoints ist nicht ganz klar, aber es gibt eine Optimalität. Die Häufigkeitsverteilungen der erwarteten Werte sind in den beiden Gruppen annähernd eingipfelig.

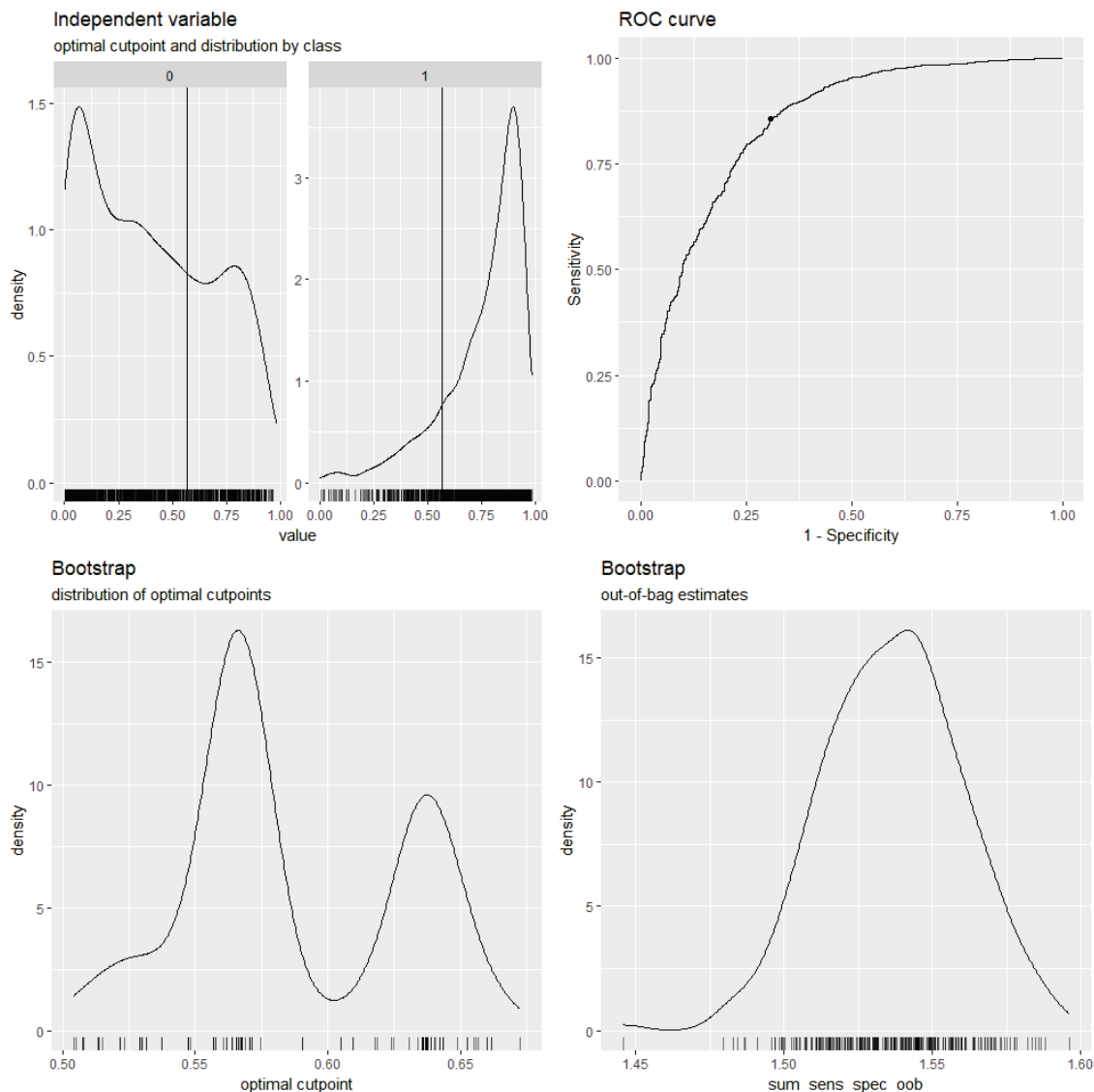
Tabelle 18: Prognose des RTW für die Untergruppe „LMRpsych1+“ – Kennziffern.

	Youden	AUC	CCR	sens	spec	PPV	NPV	tp	fn	fp	tn
lmrPsych1p	0,567	0,844	0,80	0,857	0,693	0,820	0,748	1200	200	264	595

Anmerkung:

bootstrap (n=250) für cut-off mittels Youden-Index, AUC = area under curve, CCR = correct classification rate, sens = sensitivity, spec = specificity, PPV = positive predictive value, NPV = negative predictive value, tp/tn = true positive/negative, fp/fn = false positive/negative

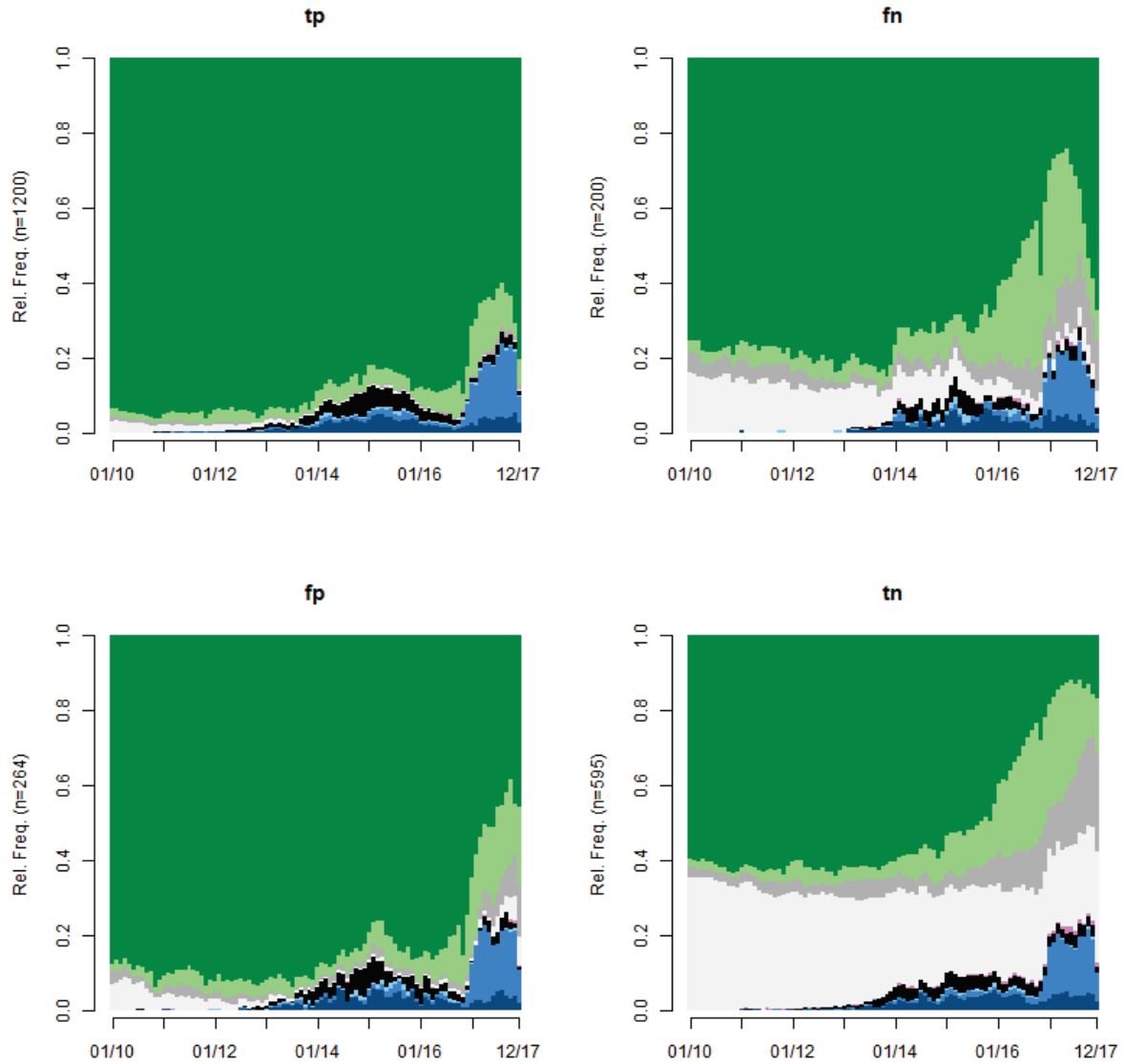
Abbildung 30: Prognose des RTW für die Untergruppe „LMRpsych1+“ – cutpoint inkl. Verteilung nach RTW (0=nein, 1=ja), ROC-curve und bootstrap.



Nachfolgend sind die Statuszustände zu den unterschiedlichen Monatszeitpunkte im Beobachtungszeitraum abgetragen. Die Verteilung der Leistungen ist in allen vier Gruppen ähnlich. Deutlich wird, dass für die Prognose vor allem die Erwerbsverläufe entscheiden sind.

Denn für die Prognose „kein RTW“ – das sind die Gruppen  $fn$  und  $tn$  – sind Zeiten der Nichtbeschäftigung, des ALG-Bezugs und des Sozialleistungsbezugs vergleichsweise häufiger.

Abbildung 31: Prognosegruppen für die Untergruppe „LMRpsych1+“ – Statuszustände im jeweiligen Querschnitt des Beobachtungszeitraums ( $tp$ ,  $fn$ ,  $fp$  bzw.  $tn$  für true positive, false negative, false positive bzw. true negative).



### 5.2.4 Prognosegruppen für LMRpsych2+

Das Modell weist eine hohe Güte auf ( $R^2=0,481$ ,  $AUC=0,858$ ). Insgesamt wird das RTW von 80,3% der Personen vom Modell korrekt vorhergesagt. Die Wahl des optimalen cutpoints ist eindeutig. Die Häufigkeitsverteilungen der erwarteten Werte sind in den beiden Gruppen eingipfelig.

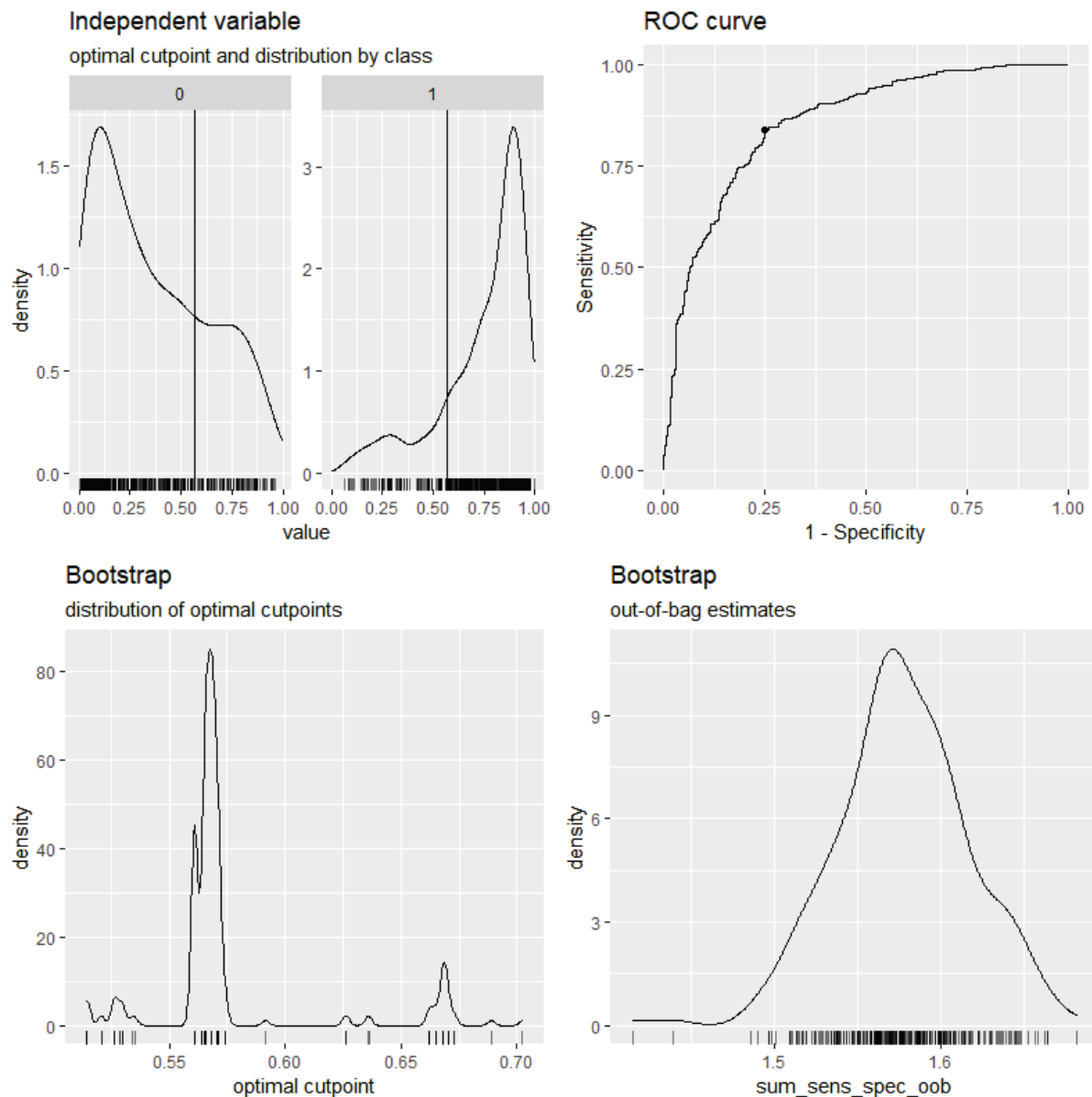
Tabelle 19: Prognose des RTW für die Untergruppe „LMRpsych2+“ – Kennziffern.

	Youden	AUC	CCR	sens	spec	PPV	NPV	tp	fn	fp	tn
LMRpsych2p	0,568	0,858	0,803	0,839	0,75	0,829	0,764	464	89	96	288

Anmerkung:

bootstrap (n=250) für cut-off mittels Youden-Index, AUC = area under curve, CCR = correct classification rate, sens = sensitivity, spec = specificity, PPV = positive predictive value, NPV = negative predictive value, tp/tn = true positive/negative, fp/fn = false positive/negative

Abbildung 32: Prognose des RTW für die Untergruppe „LMRpsych2+“ – cutpoint inkl. Verteilung nach RTW (0=nein, 1=ja), ROC-curve und bootstrap.



## 5.3 Prognosegruppen LTA

### 5.3.1 Prognosegruppen für Q

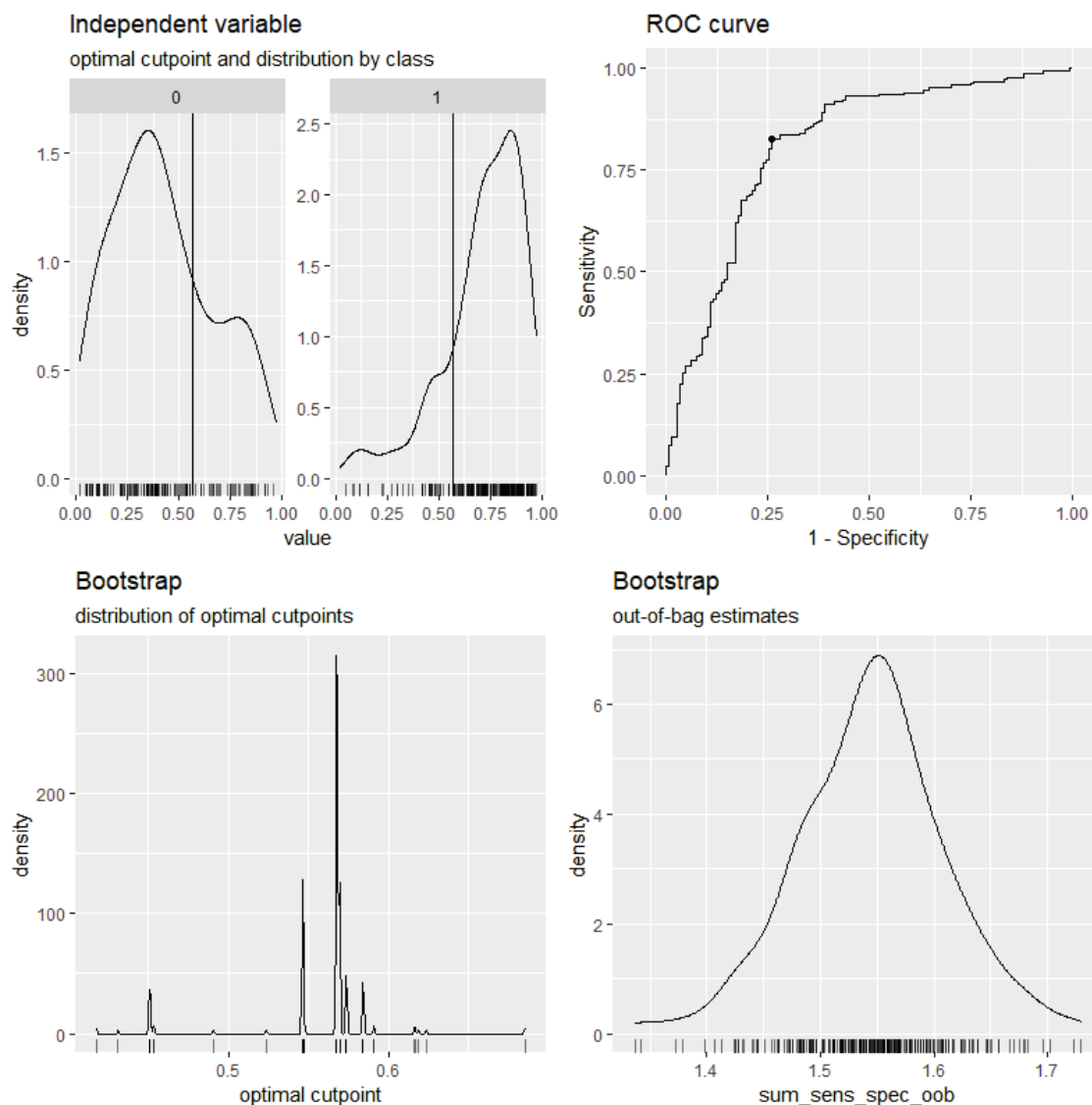
Die Modellgüte ist gut ( $R^2=0,353$ ,  $AUC=0,812$ ). 79,2% der Personen werden korrekt klassifiziert. Der optimale Trennwert ist eindeutig (siehe bootstrap) und trennt die Verteilungen der erwarteten RTW-Werte augenscheinlich gut und jeweils eingipflig.

Tabelle 20: Prognose des RTW für die Untergruppe „Q“ – Kennziffern.

	Youden	AUC	CCR	sens	spec	PPV	NPV	tp	fn	fp	tn
Q	0,568	0,812	0,792	0,826	0,741	0,826	0,741	181	38	38	109

Anmerkung: bootstrap (n=250) für cut-off mittels Youden-Index, AUC = area under curve, CCR = correct classification rate, sens = sensitivity, spec = specificity, PPV = positive predictive value, NPV = negative predictive value, tp/tn = true positive/negative, fp/fn = false positive/negative

Abbildung 33: Prognose des RTW für die Untergruppe „IN“ – cutpoint inkl. Verteilung nach RTW (0=nein, 1=ja), ROC-curve und bootstrap.



### 5.3.2 Prognosegruppen für IN

Das Modell weist eine akzeptable Güte auf ( $R^2=0,332$ ,  $AUC=0,793$ ). Insgesamt wird das RTW von 73,0% der Personen vom Modell korrekt vorhergesagt. Die Wahl des optimalen cutpoints ist eindeutig. Die Häufigkeitsverteilungen in den beiden RTW-Gruppen sind nahezu eingipflig.

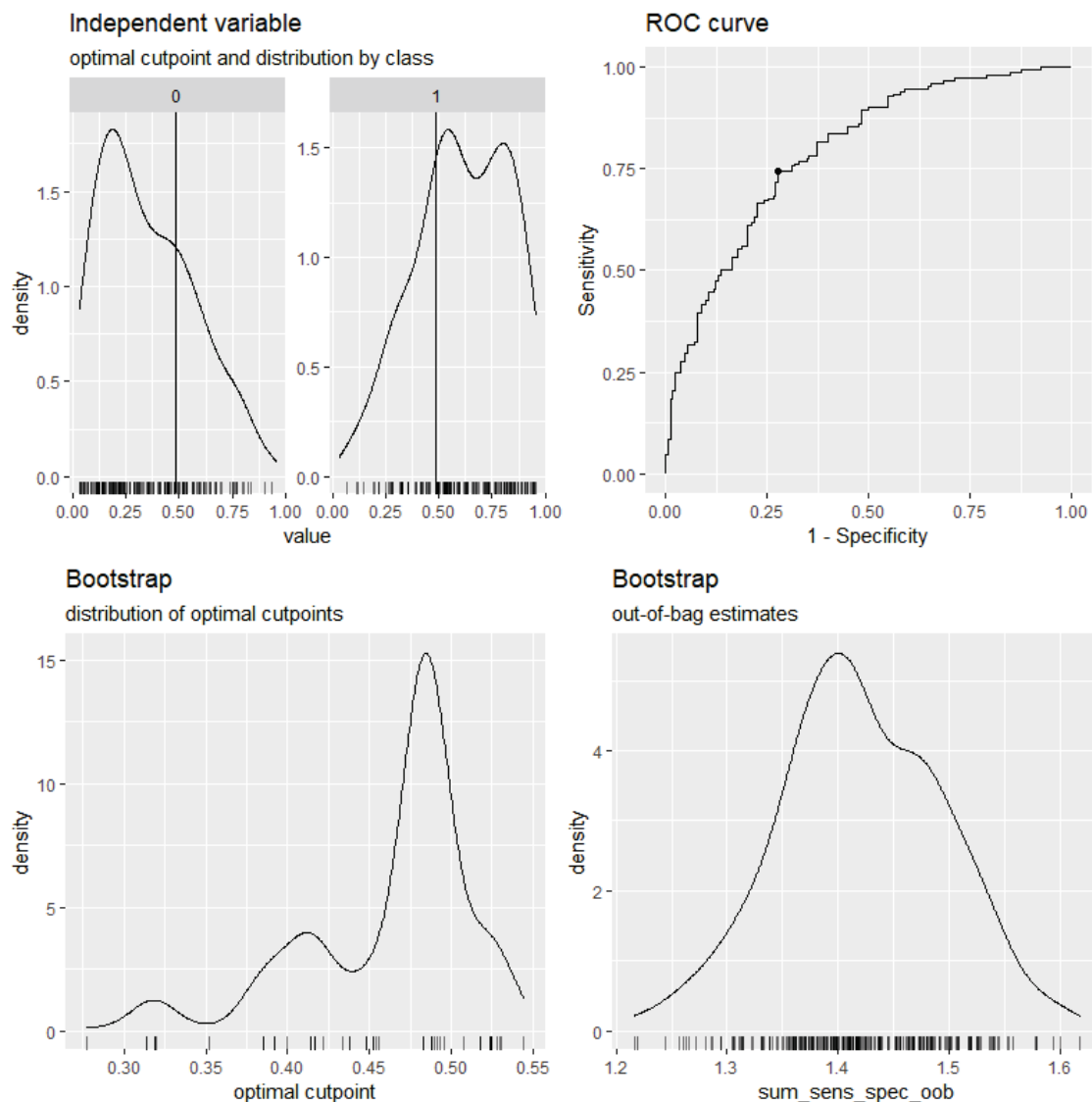
Tabelle 21: Prognose des RTW für die Untergruppe „IN“ – Kennziffern.

	Youden	AUC	CCR	sens	spec	PPV	NPV	tp	fn	fp	tn
IN	0,483	0,793	0,733	0,743	0,724	0,706	0,759	113	39	47	123

Anmerkung:

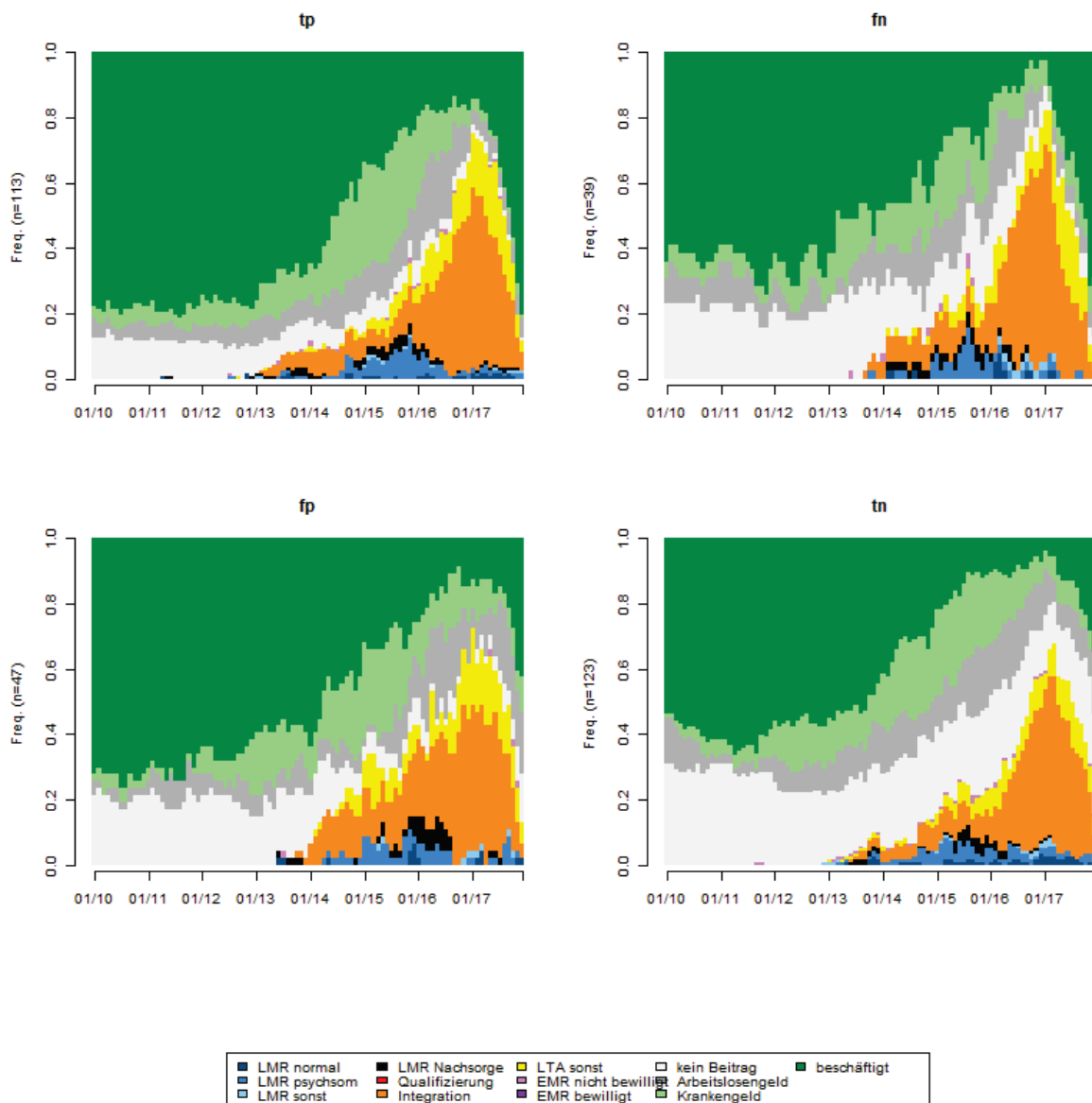
bootstrap (n=250) für cut-off mittels Youden-Index, AUC = area under curve, CCR = correct classification rate, sens = sensitivity, spec = specificity, PPV = positive predictive value, NPV = negative predictive value, tp/tn = true positive/negative, fp/fn = false positive/negative

Abbildung 34: Prognose des RTW für die Untergruppe „IN“ – cutpoint inkl. Verteilung nach RTW (0=nein, 1=ja), ROC-curve und bootstrap.



Fraglich ist, ob sich die Erwerbs- und Leistungsverläufe zwischen den vier Prognosegruppen unterscheiden. Dazu haben wir die querschnittlichen Verteilungen nach den vier Prognosegruppen geplottet. Auffällig ist, dass keine großen Unterschiede auszumachen sind. Vermutlich liegen die Unterschiede weniger in den beobachteten Erwerbs- und Leistungsverläufen, sondern in Merkmalen, die dann Gegenstand der Interviews und Fragebogenerhebungen sein werden.

Abbildung 35: Statuszustände im Querschnitt nach den Prognosegruppen für die Untergruppe „IN“.





### 5.3.3 Prognosegruppen für sLTA+LMR

Das Modell weist eine hohe Güte auf ( $R^2=0,493$ ,  $AUC=0,867$ ). Insgesamt wird das RTW von 84,1% der Personen vom Modell korrekt vorhergesagt. Die Wahl des optimalen cutpoints ist recht klar, wobei in einem engen Intervall auch alternative Trennwerte möglich wären. Die Häufigkeitsverteilungen des erwarteten RTW sind in der Gruppe „RTW ja“ eingipfelig, aber in der Gruppe „RTW nein“ zweigipfelig (jedoch mit dem höheren Gipfel in der richtigen Gruppe).

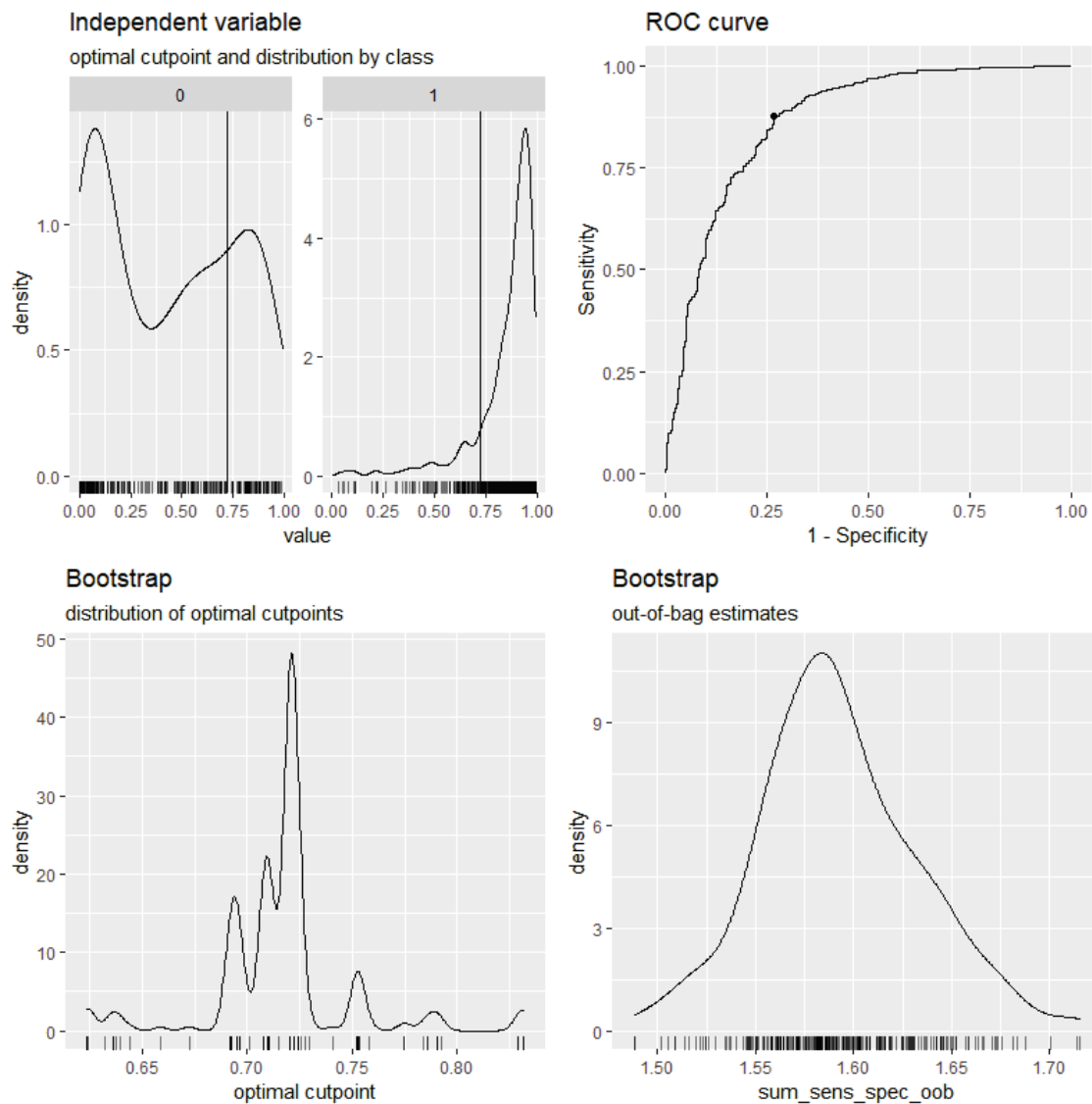
Tabelle 22: Prognose des RTW für die Untergruppe „sLTA+LMR“ – Kennziffern.

	Youden	AUC	CCR	sens	spec	PPV	NPV	tp	fn	fp	tn
sLTA+LMR	0,721	0,867	0,841	0,877	0,733	0,907	0,665	676	95	69	189

Anmerkung:

bootstrap (n=250) für cut-off mittels Youden-Index, AUC = area under curve, CCR = correct classification rate, sens = sensitivity, spec = specificity, PPV = positive predictive value, NPV = negative predictive value, tp/tn = true positive/negative, fp/fn = false positive/negative

Abbildung 36: Prognose des RTW für die Untergruppe „sLTA+LMR“ – cutpoint inkl. Verteilung nach RTW (0=nein, 1=ja), ROC-curve und bootstrap.



### 5.3.4 Prognosegruppen für sLTA+LMRpsych

Das Modell weist eine hohe Güte auf ( $R^2=0,442$ ,  $AUC=0,852$ ). Insgesamt wird das RTW von 76,9% der Personen vom Modell korrekt vorhergesagt. Die Wahl des optimalen cutpoints fällt zugunsten einer etwas besseren Alternative – beide Werte liegen aber recht nahe beieinander. Die Häufigkeitsverteilungen der erwarteten RTW-Werte sind in den beiden RTW-Gruppen nahezu eingipflig.

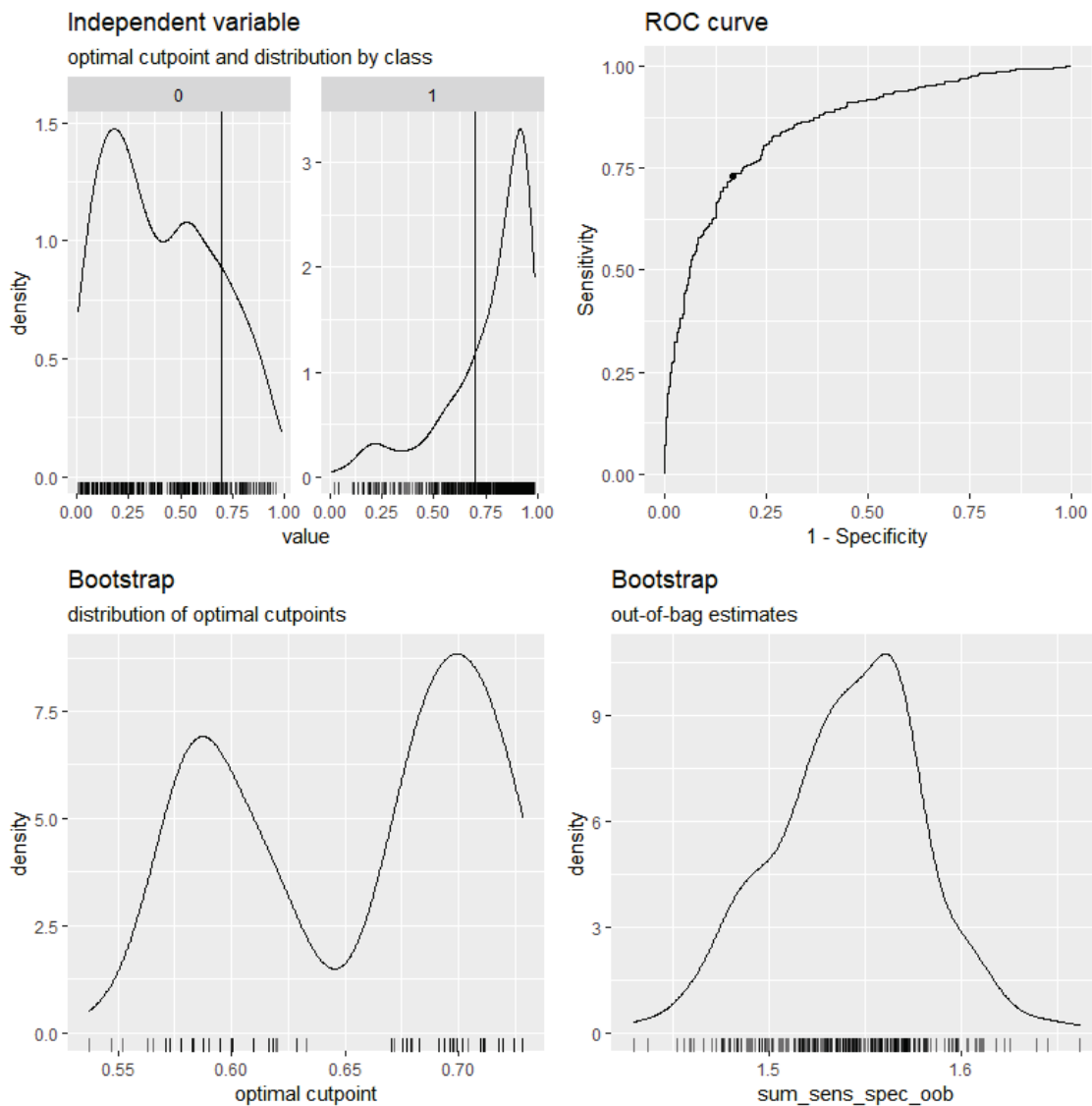
Tabelle 23: Prognose des RTW für die Untergruppe „sLTA+LMRpsych“ – Kennziffern.

	Youden	AUC	CCR	sens	spec	PPV	NPV	tp	fn	fp	tn
sLTAp+MRpsych	0,696	0,852	0,769	0,731	0,834	0,883	0,644	377	139	50	251

Anmerkung:

bootstrap (n=250) für cut-off mittels Youden-Index, AUC = area under curve, CCR = correct classification rate, sens = sensitivity, spec = specificity, PPV = positive predictive value, NPV = negative predictive value, tp/tn = true positive/negative, fp/fn = false positive/negative

Abbildung 37: Prognose des RTW für die Untergruppe „sLTApLMRps“ – cutpoint inkl. Verteilung nach RTW (0=nein, 1=ja), ROC-curve und bootstrap.



## 5.4 Diskussion zu den Prognosegruppen

Die Modelle, die für die Gruppenzuordnungen genutzt wurden, erwiesen sich als gut bis sehr gut, so dass bei den LTA- bzw. LMR-Untergruppen jeweils mindestens 73% der Personen korrekt klassifiziert werden konnten.

Bei den Prädiktoren sei herausgehoben, dass es für einzelne Untergruppen Hinweise auf systematische unbeobachtete Heterogenität gibt. Denn die entsprechenden Prädiktoren (Entropy, Dauer von erster Sozialleistung bis zur ersten DRV-Leistung, Dauer der Sozialleistungen außerhalb von DRV-Leistungen), die auf Leistungen anderer Träger hindeuten, sind bei einzelnen Modellen bedeutsam.

Neben dem Erkenntnisinteresse hatten die Prognosegruppen vor allem das Ziel, Entscheidungskriterien für die Stichprobenziehung sowohl für die qualitative Vorstudie als auch für die Fragebogenerhebung zu liefern.

Folgende Überlegungen waren für die Stichprobenziehung leitend.

- *LTA*: Sonstige LTA sind eher punktuelle oder ergänzende Leistungen. Qualifikationsleistungen sind gut beforscht (z.B. Bethge et al., 2020; Hetzel & Streibelt, 2016; Meschnig et al., 2019), Integrationsleistungen vergleichsweise wenig. Daher haben wir uns für die Vorstudie zunächst auf Integrationsleistungen fokussiert. Für die Fragebogenerhebung haben wir den Fokus dann erweitert und nur noch die „sonstige LTA ohne weitere Leistungen“ ausgelassen.
- *Medizinische Rehabilitation*: Die Gruppen mit psychosomatischer Rehabilitation sind umfangreich. Die Erwerbs- und Versorgungsverläufe der Gruppe LMRpsych1+, d.h. mindestens eine psychosomatische Rehabilitation und einer weitere medizinische Rehabilitation in den Jahren 2010 bis 2017, sind aus Sicht der Autoren und den ausgewählten Experten für weiterführende Analysen aus folgenden Gründen von besonderem Interesse. Es liegt eine Kette von mindestens zwei DRV-Leistungen vor. Angesichts der absolvierten psychosomatischen Rehabilitation liegen vermutlich ambulante und andere Leistungen vor. Zudem ist der Anteil von SMI relativ hoch. Die Gruppe ist groß. Im Modell zeigt sich ein schwacher Effekt, dass frühzeitigere DRV-Leistungen erfolgreicher sind. Für die Vorstudie haben wir uns daher auf diese Gruppe beschränkt, für die Fragebogenerhebung jedoch wieder erweitert. Lediglich die Gruppe „Entwöhnung“ und „1 normale med. Rehabilitation“ wurden ausgelassen.
- Die Auswahl von Personen, die für die erste Interviewwelle angeschrieben werden sollen, erfolgt aus Stichproben innerhalb der Prognosegruppen. Die vorgenommene Stratifizierung innerhalb der Prognosegruppen nach Bundesland, Alter und Bildung sollte aus unserer Sicht nur bedingt zu einem Bias führen. Die Regionalität ermöglicht Stadt-Land-Unterschiede zu untersuchen. Weitere Unterschiede, z.B. Ost-West, erscheinen uns zunächst nachrangig. Das Weglassen der beiden Altersrandgruppen erhöht die Homogenität, weil Kontamination durch altersbedingte Übergangsprozesse ausgeschlossen wird. Dies könnte aber in der zweiten Interviewwelle nachgeholt werden. Inwieweit die Missings bei der Bildung systematisch sind, ist unbekannt. Insofern gewinnen wir durch den Ausschluss der unbekannteren Bildung an Klarheit. Alternativ hätten wir auf Basis der Repräsentanten stratifizieren können. Dies erschien uns zunächst zu speziell. Je nach Rücklauf der angeschriebenen Personen könnte dies jedoch noch als Selektionskriterium ergänzt werden.
- Alternativen zu den Prognosegruppen – z.B. RTW ja/nein, Binnenheterogenität (gemessen an Streumaßen oder Repräsentanten), einfache Zufallsstichprobe – haben wir verworfen, weil die Informationen aus den Prognosemodellen nicht vollumfänglich in die Stichprobenziehung eingeflossen wären.

Zur Frage, inwieweit sich die Sequenzmuster innerhalb der Untergruppen (also jeweils zwischen den vier Prognosegruppen in Bezug auf das RTW) unterscheiden, hatten wir einzelne

Analysen angestellt. Augenscheinlich waren in dem dargestellten Beispiel jedoch keine substantiellen Unterschiede auszumachen, so dass wir auf die anschließenden Primärerhebungen verweisen.

Nachfolgend sollen wesentliche methodische Limitationen herausgehoben werden.

Mit dem Youden-Index inklusive bootstrapping (n=250) haben wir uns für ein bewährtes und robustes Instrument zur Bestimmung von cut-off-Werten entschieden – ohne die Optimalität gegenüber Alternativen zu prüfen. Zu alternativen, empirisch gewonnenen Cut-off-Werten gibt es eine breite Methodendiskussion. Auf theoretisch gebildete Cut-off Werte, z.B. auf Basis der Priorisierung von Spezifität und Sensitivität, haben wir zunächst verzichtet.

Nicht zuletzt seien einige eher allgemeine Limitationen von Prognosemodellen benannt. (1) Angesichts der unbeobachteten Heterogenität sind Verzerrungen sehr wahrscheinlich. Diese Limitation werden wir über die weiteren Datenerhebungen und -verknüpfungen minimieren. (2) Auf interne Modellvalidierungen, etwa Kreuzvalidierung oder bootstrapping, haben wir an dieser Stelle verzichtet. Ebenso auf alternative Selektionskriterien der Prädiktoren. Da für den vorliegenden Zweck (die weiterführende Stichprobenselektion) vor allem die vier Gruppen (jeweils die beiden true und false-Gruppen) zentral sind und weniger der einzelne individuelle Prognosewert, halten wir das Vorgehen für belastbar.

## 6 Resümee für das Sample der Fragebogenerhebung

Die Prognosegruppen lieferten die Basis für die Auswahl der Interviewpersonen der Vorstudie sowie für die Fragebogenerhebung. Das Stichprobenkonzept für die Fragebogenerhebung ist in Tabelle 24 dargestellt. Links ist die Anzahl der Personen in den einzelnen Untergruppen der Grundgesamtheit dargestellt und rechts das Stichprobenkonzept. Handlungsleitend dabei war:

- Sehr kleine Gruppen werden ausgeschlossen (Entwöhn, sLTA ohne LMR).
- Gruppen, die wenig komplexe Leistungsketten vermuten lassen, werden ausgeschlossen (sLTA ohne LMR, LMR1)
- Die kleineren interessierten Gruppen werden vollumfänglich adressiert.
- Bei größeren Gruppen werden Zufallsziehungen innerhalb der Prognosegruppen vorgenommen. Dabei werden Fallzahlreduktionen vor allem bei den true positive und true negative Gruppen vorgenommen, weil dort die Modelle bereits gut funktionieren. Zwischen den beiden Gruppen ist aus unserer Sicht die deutlichste Reduktion bei den true positive Personen zu verkraften.
- Bei der zahlenmäßig größten Gruppe (LMRpsych1\_ns-) werden in allen vier Prognosegruppen Zufallsziehungen realisiert und wie zuvor deutlichere Reduktionen bei den true positive und true negative Gruppen vorgenommen.
- In Summe wurden etwa 6.500 Personen ausgewählt. Abzüglich nicht adressierbarer Personen und Puffer bei den Gruppen mit Zufallsziehungen wurden netto 6.000 Fragebögen versendet.

Tabelle 24: Stichprobenkonzept für die Fragebogenerhebung.

Gruppe	RSD					Sample brutto					Sample netto
	tp	fn	fp	tn		tp	fn	fp	tn		
LTA											
Q	366	181	38	38	109	366	181	38	38	109	338
IN	322	113	39	47	123	322	113	39	47	123	289
sLTA ohne LMR	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
sLTA plus LMR	1.029	676	95	69	189	500	147	95	69	189	469
sLTA plus LMRpsych	817	377	139	50	251	818	377	139	50	251	744
LMR											
Entwöhn	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LMRpsych1_ns-	30.781	16.266	4.165	2.538	7.812	1.500	200	500	500	300	1.301
LMRpsych1_ns+	2119	1.069	348	189	513	1.000	206	348	189	257	949
LMRpsych1+	2.259	1.200	200	264	595	1.000	238	200	264	298	922
LMRpsych2+	937	464	89	96	288	937	464	89	96	288	861
LMR1	1.103	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LMR2+	136	-	-	-	-	136	-	-	-	-	127
Summe	39.975					6.579					6.000

Anmerkung:

LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LMR = Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Q = Qualifizierung, IN = Integration, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe), LMRpsych = psychosomatische Rehabilitation, LMR1 bzw. LMR2+ = normale medizinische Rehabilitation, ns = Nachsorge (z.B. Psy-RENA); tp/tn = true positive/negative, fp/fn = false positive/negative; grau hinterlegt sind Zufallsziehungen.

Unbeobachtet sind die Leistungen anderer Träger und der Selbstsorge, subjektive Bewertungen des Krankheitsverlaufs und kontextuelle Einflüsse im Zeitverlauf wie Arbeitsbedingungen, Sozialgefüge oder biographische Ereignisse. Diese Leerstellen der RSD sollen über die

Fragebogenerhebung und Interviews gefüllt werden, insbesondere mit folgenden Fragen: Welche charakteristischen Krankheits- und Versorgungsverläufe finden sich bei den interviewten Versicherten? Welche Ursachenattributionen für die Entstehung und Chronifizierung der psychischen Erkrankungen lassen sich finden und wie stehen sie im Zusammenhang mit beruflichen bzw. privaten Entwicklungswegen oder biografischen Brüchen? Welchen Einfluss haben finanzielle oder soziale Lagen auf Krankheitsverläufe und die Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer bzw. rehabilitativer Angebote? Welche Alternativstrategien werden von den befragten Personen ggf. präferiert, z.B. aufgrund (zu) langer Wartezeiten? Welche Unterschiede lassen sich zwischen den Subgruppen finden, bei denen das statistische Modell funktioniert und bei denen es nicht korrekt vorhersagt? Was steckt hinter der unbeobachteten Heterogenität?

## 7 Literaturverzeichnis

- Bethge, M., Egner, U., Streibelt, M., Radoschewski, F. M. & Spyra, K. (2011). Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR). Eine prozessdatenbasierte Fall-Kontroll-Studie mit 8500 Männern und 8405 Frauen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54(11), 1221–1228. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1366-2>
- Bethge, M., Spanier, K. & Streibelt, M. (2020). Using Administrative Data to Assess the Risk of Permanent Work Disability: A Cohort Study. *Journal of occupational rehabilitation*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09926-7>
- Brünger, M., Bernert, S. & Spyra, K. (2020). Berufstätigkeit als Proxy für Arbeitsbelastungen? Routinedatenanalyse am Beispiel der Rehabilitation [Occupation as a Proxy for Job Exposures? Routine Data Analysis Using the Example of Rehabilitation]. *Das Gesundheitswesen*, 82(S 01), S41-S51. <https://doi.org/10.1055/a-0965-6777>
- Brussig, M., Drescher, S. E. & Kalina, T. (2019). Aktivierende Erwerbsminderungsrente? Zur Rückkehr auf den Arbeitsmarkt nach Erwerbsminderung. *Berliner Journal für Soziologie*, 29(3-4), 237–271. <https://doi.org/10.1007/s11609-020-00400-y>
- Bülau, N. I., Kessemeier, F., Petermann, F., Bassler, M. & Kobelt, A. (2016). Evaluation von Kontextfaktoren in der psychosomatischen Rehabilitation [Evaluation of Contextual Factors in Psychosomatic Rehabilitation]. *Die Rehabilitation*, 55(6), 381–387. <https://doi.org/10.1055/s-0042-119897>
- Burgess, S., Junne, F., Rothermund, E., Zipfel, S., Gündel, H., Rieger, M. A. & Michaelis, M. (2019). Common mental disorders through the eyes of German employees: attributed relevance of work-related causes and prevention measures assessed by a standardised survey. *International archives of occupational and environmental health*, 92(6), 795–811. <https://doi.org/10.1007/s00420-019-01414-7>
- Collins, G. S., Reitsma, J. B., Altman, D. G. & Moons, K. G. M. (2015). Transparent reporting of a multivariable prediction model for individual prognosis or diagnosis (TRIPOD): the TRIPOD Statement. *BMC medicine*, 13, 1. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0241-z>
- Deutsche Gesellschaft Für Psychiatrie, Psychotherapie Und Nervenheilkunde & Ärztliches Zentrum Für Qualität In Der Medizin. (2015). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage*. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000364>
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2014a). *Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung*. Berlin. Deutsche Rentenversicherung Bund. [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/konzepte\\_systemfragen/positionspapiere/pospap\\_psych\\_Erkrankung.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/positionspapiere/pospap_psych_Erkrankung.html)
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2014b). *Psychische Komorbidität - Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin. Deutsche Rentenversicherung Bund. [file:///C:/Users/Hetzel/Downloads/psychische\\_komorbiditaet.pdf](file:///C:/Users/Hetzel/Downloads/psychische_komorbiditaet.pdf)
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2019). *Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, Reha-Bericht 2019*. Berlin. Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Doran, C. M. & Kinchin, I. (2019). A review of the economic impact of mental illness. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*, 43(1), 43–48. <https://doi.org/10.1071/AH16115>
- Follmer, K. B. & Jones, K. S. (2018). Mental Illness in the Workplace: An Interdisciplinary Review and Organizational Research Agenda. *Journal of Management*, 44(1), 325–351. <https://doi.org/10.1177/0149206317741194>
- Gabardinho, A., Ritschard, G., Müller, N. S. & Studer, M. (2011). Analyzing and Visualizing State Sequences in R with TraMineR. *Journal of Statistical Software*, 40(4). <https://doi.org/10.18637/jss.v040.i04>
- Gühne, U., Becker, T., Salize, H.-J. & Riedel-Heller, S. G. (2015). Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank?. *Psychiatrische Praxis*, 42(8), 415–423. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552715>

- Henn, J., Kessemeier, F., Kobelt-Pönicke, A., Bassler, M., Schmidt, J. & Nübling, R. (2021). Psychosomatische Rehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit Rentenüberlegungen: Reha-Erfolg und therapeutische Beziehung [Rehabilitation Outcome and Therapeutic Alliance of Inpatients of Psychosomatic Rehabilitation with Pension Request]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1055/a-1303-4861>
- Hesse, B., Hessel, A., Ågren, C., Falk, J., Nebe, A. & Weinbrenner, S. (2019). Psychische Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung – zentrale Handlungsfelder. *RVaktuell*, 8, 194–199.
- Hetzel, C. (2015). Mehrebenenanalysen zu Arbeitsmarkt und Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. *Die Rehabilitation*, 54(1), 16–21. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1394446>
- Hetzel, C. & Streibelt, M. (2016). Hängt die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen vom Arbeitsmarkt ab?. *Die Rehabilitation*, 55(5), 290–298. <https://doi.org/10.1055/s-0042-113932>
- Kaluscha, R. & Krischak, G. (2017). *Abschlussbericht im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“*. Im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund. Ulm. Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm. file:///C:/Users/Hetzel/Downloads/abschlussbericht\_fallmanagement\_2017.pdf
- Klaus, S., Meschnig, A. & Kardorff, E. von (2017). Verlaufskurven der Wiedereingliederung beruflicher Rehabilitanden: (berufs-)biografische Ressourcen, Risikokonstellationen und externe Barrieren. *Berufliche Rehabilitation: Zeitschrift zur beruflichen und sozialen Teilhabe*, 31(2), 90–105.
- Klaus, S., Meschnig, A. & Kardorff, E. von (2018). Verlaufskarrieren und biografische Konstellationen beruflicher Rehabilitanden und deren Einflüsse auf Rückkehr und nachhaltigen Verbleib in Arbeit. *Die Rehabilitation*, 57(3), 165–174. <https://doi.org/10.1055/s-0044-101819>
- Köllner, V. & Bassler, M. (Hrsg.). (2021). *Praxishandbuch psychosomatische Medizin in der Rehabilitation* (1. Auflage). Elsevier.
- Leeper, T. (2021). *Marginal Effects for Model Objects. Package 'margins'. Version 0.3.26*. <https://cran.r-project.org/web/packages/margins/margins.pdf>
- Markus, M., Gabriel, N., Bassler, M. & Bethge, M. (2021). Work-related medical rehabilitation in patients with mental disorders: the protocol of a randomized controlled trial (WMR-P, DRKS00023175). *BMC psychiatry*, 21(1), 225. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03181-7>
- Märting, S. & Zollmann, P. (2013). *Erwerbsminderung - ein erhebliches Armutsrisiko: empirische Befunde zur sozioökonomischen Situation von Personen mit Erwerbsminderung*. <https://doi.org/10.15464/ISI.49.2013.1-5>
- Meschnig, A., Kardorff, E. von & Klaus, S. (2019). Von der beruflichen Vollqualifizierungsmaßnahme zurück in Arbeit. Eine Langzeitanalyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen. *Die Rehabilitation*, 58(3), 153–162. <https://doi.org/10.1055/s-0044-101814>
- Muschalla, B., Bengel, J., Morfeld, M. & Worringer, U. (2018). Perspektiven einer Teilhabeorientierten Psychotherapie in Anlehnung an Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). *Die Rehabilitation*, 57(4), 233–238. <https://doi.org/10.1055/s-0043-102553>
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U. & Faber, B. (2020). Interventions to improve return to work in depressed people. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10, CD006237. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub4>
- Nivison, M. D., Vandell, D. L., Booth-LaForce, C. & Roisman, G. I. (2021). Convergent and Discriminant Validity of Retrospective Assessments of the Quality of Childhood Parenting: Prospective Evidence From Infancy to Age 26 Years. *Psychological science*. <https://doi.org/10.1177/0956797620975775>



- Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Kaiser, U. & Toepler, E. (2017). Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zum Zusammenhang zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen. *Die Rehabilitation*, 56(1), 22–30.  
<https://doi.org/10.1055/s-0042-118580>
- Nübling, R., Schmidt, J., Reichelt, W. & Kriz, D. (2013). Behandlungsergebnisse 1 Jahr nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Prävention und Rehabilitation*, 25(10), 150–165. <https://doi.org/10.5414/PRX00449>
- Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, A. & Schmidt, J. (2004). Strategien der Ergebnismessung am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 65, 35–44.
- Pörksen, N. (Hrsg.). (2004). *Individuelle Wege ins Arbeitsleben - Abschlussbericht zum Projekt "Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker"*. Psychiatrie-Verlag.
- Radoschewski, F. M., Lay, W. & Mohnberg, I. (2014). *Leistungsketten und Leistungsallokation in der Rehabilitation der Rentenversicherung*. Berlin. Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft.
- Ripley, B. (2021). *Support Functions and Datasets for Venables and Ripley's MASS. Package 'MASS'. Version 7.3-54*. <https://cran.r-project.org/web/packages/MASS/MASS.pdf>
- Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L. E., Prütz, F. & Thom, J. (2017). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring*, 2(4), 3–23.  
<https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-111.2>
- Schury, K., Beutel, M. E., Gerzymisch, K., Schattenburg, L., Siepman, M., Schmädeke, S. & Zwerenz, R. (2019). Erwartungen und Informationsbedarf von Rehabilitanden bezüglich stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 58(5), 304–311.  
<https://doi.org/10.1055/a-0645-9142>
- Steffanowski, A. (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Meta-Studie. Rehabilitation: Bd. 48*. Huber.
- Stegmann, R., Schulz, I. L. & Schröder, U. B. (2021). *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Betriebliche Wiedereingliederung aus der Perspektive der Zurückkehrenden*. [https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/F2386.pdf?\\_\\_blob=publication-file&v=6](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/F2386.pdf?__blob=publication-file&v=6) <https://doi.org/10.21934/baua:bericht20210127>
- Stengler, K., Becker, T. & Riedel-Heller, S. G. (2014). Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 82(1), 43-51; quiz 52-3. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1356142>
- Streibert, M. & Egner, U. (2013). Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. *Die Rehabilitation*, 52(2), 111–118. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1323670>
- Svärd, V., Friberg, E. & Azad, A. (2021). How People with Multimorbidity and Psychosocial Difficulties Experience Support by Rehabilitation Coordinators During Sickness Absence. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, Volume 14*, 1245–1257.  
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S308840>
- Thiele, C. (2021). *Determine and Evaluate Optimal Cutpoints in Binary Classification Tasks. Package 'cutpointr'*. <https://cran.r-project.org/web/packages/cutpointr/cutpointr.pdf>
- Vries, H. de, Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A. & Wegewitz, U. (2018). Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(3), 393–417.  
<https://doi.org/10.1007/s10926-017-9730-1>
- Zumstein, N. & Riese, F. (2020). Defining Severe and Persistent Mental Illness-A Pragmatic Utility Concept Analysis. *Frontiers in psychiatry*, 11, 648.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00648>

## 8 Anhang

### 8.1 Operationalisierung der Variablen im Einzelnen

#### 8.1.1 Zielgröße RTW

Als Erfolgskriterium verwenden wir stabile Beschäftigung im Jahr 2018 mit einem Einkommen oberhalb der Armutsschwelle.

RTW muss folgende drei Bedingungen in 2018 erfüllen

- Armutsgrenze >19.000 Euro / 365 Tage
- Mindestens 6 Monate Beitrag
- Mindestens Nov und Dez Beitrag

Bei der Armutgefährdungsschwelle orientieren wir uns am jährlichen Nettoverdienst für Alleinlebende im Jahr 2018 gemäß den Daten des Statistischen Bundesamtes<sup>9</sup>. Dies betrug Netto 13.628 EUR. Beispielhaft für Wohnort Bayern, 45 Jahre, Steuerklasse 1, kein Freibetrag, keine Kinder, Kirchensteuer und gesetzliche Krankenversicherung 14,6%+1,3% resultiert daraus ein Arbeitnehmer-Jahresbrutto von 18.041 EUR<sup>10</sup>. Wir nehmen für unsere Berechnungen ein Arbeitnehmer-Jahresbrutto von 19.000 EUR bzw. ein Arbeitnehmer-Tagesbrutto (365 Tage) von 52,05 EUR an.

Limitierend ist die Tatsache, dass in der RSD weder das Haushaltseinkommen noch die Anzahl der Kinder bekannt ist. Das bedeutet, dass für in der Familie zuverdienende Personen individuell die Armutsschwelle erreicht sein kann, aber gleichzeitig das Haushaltseinkommen im Normalbereich liegt. Umgekehrt kann sich eine einzelne Person knapp über der Armutsschwelle befinden, aber angesichts eines größeren Haushalts (Partnerschaft, Kinder) liegt das Gehalt deutlich unter der Armutsschwelle. Trotz dieser Limitation scheint uns die Referenz einer allein verdienenden Person sinnvoll. Eine hohe Korrelation zu patient reported outcomes ist anzunehmen (Nübling et al., 2017).

---

<sup>9</sup> <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Lebensbedingungen-Armutsgefaehrdung/Tabellen/armutsschwelle-gefaehrdung-silc.html>

<sup>10</sup> <https://www.nettolohn.de/rechner/netto-brutto-ergebnis>

## 8.1.2 Leistungen und Beiträge

### 8.1.2.1 Arten

Die Leistungs- und Beitragsarten sind in der RSD in sehr feiner Granularität dokumentiert. Für die vorliegende Fragestellung ist dies teils zu fein. Nach Explorationen erschien uns die in Tabelle 25 dargestellte Granularität als bestmöglicher Kompromiss zwischen zu fein und zu grob.

Tabelle 25: Leistungs- und Beitragsarten.

Art	Kurzname	Langname
LMR	LMR	normale Leistung zur medizinischen Rehabilitation
	LMR-Psych	Psychosomatische Rehabilitation
	LMR-ns	Nachsorgeleistung (z.B. Psy-RENA), Funktionstraining, Rehasport
	RPK(LMR)	Rehabilitation psychisch Kranker
	LMR-sonstige	Sonstige Leistung zur medizinischen Rehabilitation, z.B. Entwöhnung, Ca-Reha
LTA	Q	Qualifizierungsmaßnahmen
	IN	Integrationsmaßnahmen
	RPK(LTA)	Rehabilitation psychisch Kranker
	LTA-sonst	Sonstige Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Berufsvorbereitung, Kfz-Hilfen)
RT	EMR-abgelehnt	Erwerbsminderungsrente abgelehnt
	EMR-bewilligt	Erwerbsminderungsrente bewilligt
	Alter	Altersrente
BT	bes <sup>^</sup>	Beschäftigt <sup>^</sup>
	KG <sup>°</sup>	Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld <sup>°</sup>
	ALG <sup>*</sup>	Arbeitslosengeld I <sup>*</sup>
	nbes <sup>#</sup>	Nicht beschäftigt (alle anderen)

Hinweis: Personen mit mindestens einer Leistung für Werkstatt für behinderte Menschen sind separat codiert.

<sup>^</sup> für bes folgende codes: 15 = Kindererziehung und versicherungspflichtige Beschäftigung, 20,25 = versicherungspflichtige Beschäftigung (West/Ost), 63 = Existenzgründer, 65 = versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit, 68 = versicherungspflichtige handwerkliche Tätigkeit

<sup>°</sup> für KG folgende codes: 75 = Pflichtbeitragszeit wegen sonstigem Leistungsempfang (dies ist insbesondere Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld)

<sup>\*</sup> für ALG folgende codes: 71 = Arbeitslosengeld, 72 = Arbeitslosengeld II bis 2010 (danach geänderte Rechtslage und ALG II ist unter „nbes“ subsumiert)

<sup>#</sup> für nbes verbleiben die übrigen codes: 00 = Keine freiwilligen oder Pflichtbeiträge, 10 = Freiwillige Beitragszeit, 30 = Ausschließlich Kindererziehung, 85, 38 = Geringfügig Beschäftigte, Gleitzone, 40 = Wehr/Zivildienst, 50 = Vorruhestand, 80 = Pflege, 90 = Sonstige Pflichtbeitragszeiten

Pflichtbeitragszeit Pflege (80) ist zwar im Codeplan, im Datensatz sind aber keine Personen mit dieser Ausprägung vorhanden. Daher können wir „häusliche Pflege“ als kritische Lebensphase nicht operationalisieren.

Für die Interpretation der Zeiten mit „nbes“ ist bedeutsam, dass im Datensatz nur aktiv Versicherte enthalten sind bzw. passiv Versicherte ausgeschlossen sind<sup>11</sup>. Zur Gruppe der passiv Versicherten gehören beispielsweise Selbstständige oder Beamte, die aus einer vorherigen versicherungspflichtigen Beschäftigung Rentenanwartschaften erworben haben oder auch ausländische Arbeitnehmer, die vor Erreichen der Altersgrenze in ihre Heimatländer zurückgekehrt sind.

<sup>11</sup> Zur Systematik der Versicherten siehe z.B. die Versichertenberichte der DRV.

### 8.1.2.2 Stufenweise Wiedereingliederung

Verwendet wird das Merkmal SW, d.h. ob eine stufenweise Wiedereingliederung im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt wurde oder nicht.

## 8.1.3 Soziodemografie

### 8.1.3.1 Alter

Das Alter ist als Geburtsjahr seitens der DRV in 5 Jahresklassen umkodiert. Wir verwenden das Altersklassenmittel im Jahr 2018.

### 8.1.3.2 Bildung

Die Bildung ist über die Merkmale Schulbildung und Berufsbildung operationalisiert. Wir kombinieren die beiden Merkmale gemäß folgender Kreuztabelle, insbesondere um die hohe Anzahl an Missings zu minimieren. Im Ergebnis verwenden wir ein dreistufiges Merkmal zuzüglich Missing.

Tabelle 26: Operationalisierung der Bildung.

Schulbildung \ Berufsbildung	Berufsbildung			Hochschule
	na	ohne Berufsausbildung	mit Berufsausbildung	
na	na	a	b	c
Ohne Schulabschluss	a	a	b	c
Volks-, Haupt-, Realschulabschluss	a	a	b	c
Hochschulreife	c	c	c	c

### 8.1.3.3 Familienstand (nur LMR und LTA)

Der Familienstand (FMSD) wird nur bei LMR und LTA dokumentiert. Allerdings wird das Merkmal nicht immer beschickt. Für den Familienstand in 2017 wird wie folgt vorgegangen:

1. LMR: Familienstand bei der jüngsten Episode (nach Endjahr ab 2015)
2. LTA: analog
3. Da der Familienstand nach der jüngsten LTA und LMR teils nicht identisch ist (wegen tatsächlicher Veränderung über die Zeit oder Dokumentationsbias) und die Missings bei LMR auch bei LTA bestehen (aber nicht umgekehrt): final ist der Familienstand bei der jüngsten LMR, es sei denn es gibt einen gültigen Wert bei LTA der zudem nicht ledig ist (anders: maßgeblich sind dann aus LTA die Ausprägungen verheiratet, geschieden oder verwitwet).

### 8.1.3.4 Zuzahlung (nur LMR)

Bei LMR (nicht bei LTA) wird die „Zuzahlung dem Grunde nach (ZCGD)“ erfasst. Eine Zuzahlungsbefreiung interpretieren wir als einen Hinweis auf geringes Einkommen. Allerdings gibt es weitere Gründe, die zu einer Zuzahlungsbefreiung führen (z.B. Bezug von Übergangsgeld ohne Erwerbseinkommen, Bezug von Arbeitslosengeld II/Bürgergeld<sup>12</sup>).

ZCGD wird dichotomisiert:

- 1: Volle Zuzahlung mit täglicher Höchstbetrag (5, 10, 32, 52)
- 0: verminderte oder keine Zuzahlung (restl. Ausprägungen)

<sup>12</sup> Siehe G0162 („Informationen zum Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung“ der DRV)

Je Reha-Maßnahme werden die Zuzahlungsbefreiungen in 2016 und 2017 erhoben. Die jüngste Reha-Maßnahme ist für das finale Merkmal maßgeblich. Wenn diese keinen gültigen Wert aufweist, dann ist die zweitjüngste Reha-Maßnahme maßgeblich.

#### **8.1.3.5 Stellung im Beruf und Arbeitsstatus bei Antragsstellung (nur LMR und LTA)**

Bei LMR und LTA werden im Zeitpunkt der Antragsstellung folgende Merkmale erfasst: Stellung im Beruf (STBF) und Arbeitsstatus (AIVOAQ).

Die Merkmalsausprägungen werden teilweise zusammengefasst. Maßgeblich ist für LMR bzw. für LTA jeweils die jüngste Reha-Maßnahme in 2017. Wenn diese keinen gültigen Wert aufweist, dann ist die jeweils die zweitjüngste Reha-Maßnahme in 2017 maßgeblich.

### **8.1.4 Diagnosen**

In den Daten sind bis zu fünf ICD-kodierte Diagnosen je Rehaleistung und zwei ICD-kodierte Diagnosen bei Erwerbsminderungsrente enthalten. Dies ist einerseits eine Chance, weil diese Diagnosen fremdbeurteilt sind und nicht aufgrund von Selbstangaben verzerrt sind. Allerdings ist der Schluss von Diagnose auf Erkrankungsdauer, Chronifizierung, subjektive Gesundheit, Aktivitäts- und Teilhabestörung nur eingeschränkt bis gar nicht möglich. Insofern gibt es auch keinen einheitlichen Standard, ob und wie solche Gruppierungen vorzunehmen sind.

#### **8.1.4.1 SMI und zugrunde liegende Diagnosen**

In der internationalen Forschung werden u.a. Any Mental Illness (AMI) and Serious Mental Illness (SMI) – teils auch als „severe mental illness“ oder „severe and persistent mental illness“ (SPMI) bezeichnet – unterschieden (Gühne et al., 2015; Zumstein & Riese, 2020). AMI umfassen alle bekannten psychischen Erkrankungen. SMI ist eine Teilmenge von AMI, die relativ klein ist und die durch eine hohe Intensität gekennzeichnet ist. Die WHO definiert „People with severe mental disorders – moderate to severe depression, bipolar disorder, and schizophrenia and other psychotic disorders.“

Alle psychischen Erkrankungen, die nicht SMI sind, werden nachfolgend als common mental illness (CMI) bezeichnet.

In der vorliegenden Arbeit werden innerhalb der F3/F4-Gruppe folgende Diagnosen als SMI gewertet:

- Schwere Bipolare affektive Störung
  - F31.4 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome oder
  - F31.5 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- Schwere Depression
  - F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome oder
  - F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen oder
  - F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome oder
  - F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
- Posttraumatische Belastungsstörung F43.1

Ist für eine Person im Untersuchungszeitraum mindestens eine SMI-Diagnose als Haupt- oder Nebendiagnose kodiert, wird diese Person der Kategorie SMI zugeordnet. Zudem sind die drei zugrunde liegenden Diagnosegruppen separat ausgewiesen.

Einige Autoren setzen neben der Nennung der Diagnose auch eine Mindesterkrankungsdauer voraus. Dies halten wir für die vorliegenden Daten für limitiert, weil Vorbehandlungen durch andere Träger nicht dokumentiert sind und daher die Dauer für einen Großteil der Personen unterschätzt wäre. Ähnlich würde es sich verhalten, wenn man ein mindestens zweimaliges Auftreten voraussetzen würde.

#### **8.1.4.2 Angst**

Irgendwann F41.\* als Haupt- oder Nebendiagnose

#### **8.1.4.3 Somatoforme Schmerzen**

Irgendwann F45.4\* als Haupt- oder Nebendiagnose

Bei Personen mit Depression und Komorbidität somatoforme Schmerzen sind geringere Behandlungseffekte zu erwarten.

#### **8.1.4.4 Sucht**

Irgendwann mindestens eine Entwöhnungsbehandlung

Alternativ könnten auch Diagnosen F1\* kodiert werden. Wir haben darauf zunächst verzichtet, weil Bagatelldiagnosen (z.B. Tabak) abzugrenzen sind und Schweregrade nur bedingt abzuleiten sind.

#### **8.1.5 Negatives Leistungsvermögen (nur LMR)**

Da Diagnosen nur bedingt auf Leistungsfähigkeit und Partizipation rückschließen lassen, wird folgendes Merkmal aus dem Entlassungsbericht zum negativen Leistungsvermögen (NQL) entnommen: Einschränkungen bezüglich der geistig/psychischen Belastbarkeit. Maßgeblich ist die jüngste Rehamassnahme in 2017, es sei denn es gab eine dokumentierte Einschränkung bei der zweitjüngsten Maßnahme in 2017.

#### **8.1.6 Kennzahlen zur Homogenität eines individuellen Erwerbs- und Versorgungsverlaufs**

Aus den individuellen Sequenzen können einige technische Kennzahlen je Person abgeleitet werden (Gabadinho et al., 2011):

- Transitions: Anzahl der Übergänge in einem definierten Zeitraum
- Gesamtzeit (=Anzahl der Monate) je Statuszustand
- Within-Entropy: Anteilige Verrechnung der Gesamtzeiten je Statuszustand
- Seqvardur: Varianz der Dauern der Statuszustände.

Bei den vorgenannten Kennzahlen wird nur die Dauer oder nur die Abfolge berücksichtigt. Nachfolgende Kennzahlen integrieren beiden Größen, zur Berechnung im Einzelnen siehe Gabadinho et al. (2011):

- Turbulence: verrechnet die Anzahl der Subsequenzen und die Varianz der Zeiten je Statuszustand
- Complexity: verrechnet Transitions und Entropy

Alle Größen werden so berechnet, dass höhere Werte auf eine höhere Heterogenität hinweisen.

### 8.1.7 Regionaldaten

Einflüsse des regionalen Kontextes, etwa die Arbeitslosigkeit am Wohnort, auf den Erfolg von Rehabilitationsleistungen werden zunehmend untersucht (Hetzel, 2015; Hetzel & Streibelt, 2016). In der RSD ist die Kreisnummer vorhanden<sup>13</sup>. In 2017 gibt es 401 kreisfreie Städte und Landkreise. Das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung hat diese 401 Kreise kreisscharf zu 257 Arbeitsmarktregionen aggregiert. Maßgeblich dabei waren die Pendlerverflechtungen, d.h. innerhalb von Arbeitsmarktregionen sind die Pendlerbewegungen maximal und zwischen Arbeitsmarktregionen sind sie minimal. Für die Zielgröße „in Arbeit“ sind die Arbeitsmarktregionen angemessener als Kreisregionen, weil sonst die Pendlerverflechtungen modelliert werden müssten. Sämtliche Daten und Definitionen sind der Datenbank <https://www.inkar.de> des Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entnommen.

Auf Ebene der Arbeitsmarktregionen verwenden wir folgende Merkmale:

Indikator	Langname	Quelle
Arbeitslosenquote	Anteil der Arbeitslosen an den zivilen Erwerbspersonen in %	Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Eurostat Regio Datenbank
Entwicklung Arbeitslose	Entwicklung der Zahl der Arbeitslosen in %	Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Eurostat Regio Datenbank
Anteil Arbeitslose mit Anforderungsniveau Fachkraft	Anteil Arbeitslose Anforderungsniveau Fachkraft an den Arbeitslosen in %	Statistik der Bundesagentur für Arbeit
Erwerbstätige Tertiärer Sektor	Anteil der Erwerbstätigen im Tertiären Sektor an den Erwerbstätigen in %	Arbeitskreis Erwerbstätigenrechnung der Länder; Eurostat Regio Datenbank
Bruttoinlandsprodukt je Einwohner	Bruttoinlandsprodukt in 1.000 € je Einwohner	Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder, Eurostat Regio Datenbank
Ärzte je Einwohner	Ärzte je 10.000 Einwohner	Kassenärztliche Bundesvereinigung

Quelle: Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Ausgabe 2020. Hrsg.: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) - Bonn 2020.

---

<sup>13</sup> Einige Kreisnummern waren historisch und wurden manuell auf den Gebietsstand 2017 geändert. Bei nicht eindeutig zuordenbaren Kreisen erfolgte die Zuordnung nach dem Hauptanteil.

## 8.2 Average marginal means (AME) der Modelle

Tabelle 27: AME für die LMR-Untergruppe „LMRpsych2+“.

predictor	AME	SE
age18kfr39-48	-0,0182	0,0566
age18kfr49-58	-0,0280	0,0522
age18kfr59-63	-0,1789	0,0549
AIVOAQ_fr2nicht erwerbstätig	-0,0368	0,0578
AIVOAQ_fr2Teilzeit weniger als Hälfte	-0,2731	0,0918
ALOd	0,0032	0,0021
bes.2	0,0092	0,0028
bes3m_fbes	0,2046	0,0342
bildfHochschule	0,0836	0,0752
bildfmit B-Ausbildung	0,0260	0,0717
bildfunbekannt	-0,0724	0,0805
EMRnb_df1	-0,1745	0,1073
Entropy.1	-0,2005	0,1050
Entropy.2	-0,2556	0,1511
gr_depf1	0,0849	0,0470
LMR	0,0716	0,0298
LMRns	0,0129	0,0043
NQLE_fgeistig psychisch eingeschränkt	-0,0400	0,0266
OWWestdeutschland	-0,1209	0,0527
SW_fim Anschluss	0,0914	0,0378
TEG.1416	0,0013	0,0003



Tabelle 28: AME für die LTA-Untergruppen.

predictor	IN		Q		sLTA+LMR		sLTA+LMRpsych	
	AME	SE	AME	SE	AME	SE	AME	SE
age18kfr39-48			-0,0963	0,0646	0,0063	0,0439	0,0089	0,0528
age18kfr49-58			-0,1891	0,0699	0,0191	0,0421	0,0396	0,0509
age18kfr59-63			-0,3118	0,1252	-0,0693	0,0493	-0,1468	0,0586
AIVOAQ fr [nicht erwerbstätig]	0,1335	0,0617			-0,2339	0,0796	-0,1459	0,0529
AIVOAQ fr [Teilzeit weniger als Hälfte]	0,1108	0,2367			-0,1385	0,0889	-0,0854	0,1069
ALOd					0,0044	0,0017		
bes 1			0,0051	0,0023	0,0048	0,0010	0,0027	0,0016
bes 2					0,0027	0,0019		
bes3m f [bes]	0,2576	0,0721	0,1067	0,0647	0,0603	0,0336	0,2316	0,0403
bildf [Hochschule]			0,1343	0,1523			-0,0059	0,0859
bildf [mit B-Ausbildung]			0,1373	0,1479			0,0568	0,0821
bildf [unbekannt]			-0,0417	0,1587			-0,0687	0,0891
BIP					-0,0022	0,0012		
dau							-0,0013	0,0006
Entropy 1			-0,6507	0,2327			0,3133	0,1745
Entropy 2							-0,2982	0,0981
FK ALO			0,0094	0,0060				
FMSD fin fr [geschieden/verwitwet]			0,3061	0,0887				
FMSD fin fr [keine Angabe]			0,0882	0,0955				
FMSD fin fr [verheiratet]			0,1144	0,0800				
gr entw			-0,3292	0,1563				
gr ptbsf [1]					0,1347	0,0658		
IN	0,0151	0,0061	0,0295	0,0089				
LTAsont	0,0221	0,0065	0,0098	0,0064			0,0239	0,0068
NQLEall f [psychisch eingeschränkt]	0,0687	0,0573			-0,0521	0,0336	-0,0681	0,0293
NQLEall f [unbekannt]	-0,0756	0,0687						
OW [Westdeutschland]					-0,0944	0,0384		
Q			0,0133	0,0029				
SA [andere]			0,1817	0,0971	0,0809	0,0384		
sext [Mann]					-0,1055	0,0326	-0,1153	0,0344
SOZ 1sum			0,0113	0,0036	0,0065	0,0020		
SOZ 2sum			-0,0068	0,0038	-0,0065	0,0031		
TEG 1416	0,0066	0,0007	0,0030	0,0009	0,0023	0,0003	0,0021	0,0004
TEGd	-0,0023	0,0007	-0,0013	0,0009			0,0012	0,0008
YTGd	-0,0003	0,0002			0,0003	0,0001	-0,0002	0,0001



INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG  
IN PRÄVENTION & REHABILITATION GMBH  
AN DER DEUTSCHEN SPORHOCHSCHULE KÖLN



## **Inanspruchnahme und Versorgungsverläufe von Reha-Leistungen bei psychischen Beeinträchtigungen**

### **InVerPsych**

#### **- Bericht über die Auswertung der Linkage-Daten -**

Gefördert aus Mitteln der Deutschen Rentenversicherung Bund

Aktenzeichen: 8011 106 31/31.108.5

Projektbearbeitung:

Dr. Christian Hetzel (iqpr)

Prof. Dr. Ernst von Kardorff (bws)

Dr. Alexander Meschnig (bws)

Dr. Sebastian Klaus (bws), teilweise im Projekt

Yvonne Rafalzik (bws)

Infolge der Arbeitsteilung zwischen iqpr und bws wurde der vorliegende Teilbericht federführend von iqpr erstellt

Korrespondenz: Dr. Christian Hetzel, [hetzel@iqpr.de](mailto:hetzel@iqpr.de), Stand November 2023

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Zielsetzung und Überblick über die drei Datenquellen.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Rückschau: RSD-Gruppen und Fragebogen-Sample .....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Fragebogen-Daten und Linkage .....</b>	<b>7</b>
3.1	Zielsetzung und Datenqualität .....	7
3.2	Rücklauf und selection bias.....	10
3.3	Gewichtung der Fragebogendaten .....	13
3.4	Deskription der RSD-Gruppen.....	14
3.5	Ende und Beginn der Leistungskette .....	17
3.6	War das RTW in 2018 (auf Basis der RSD) stabil bis 2021 (Fragebogen)? .....	19
3.7	Was haben die Personen jenseits der DRV-Leistungen genutzt? .....	20
3.8	Wie viele Leistungen der Sozialversicherung haben die Personen erhalten? .....	22
3.9	Welche Leistungen gehen EMR in 2021 voraus? .....	23
<b>4</b>	<b>RTW-Prognose mit ergänzenden Daten aus den Fragebogen .....</b>	<b>24</b>
4.1	Ziel und Vorgehen .....	24
4.2	Exkurs: zur Validität der Bildungsmerkmale .....	26
4.3	Mehrere medizinische Rehabilitationen, davon mindestens eine psychosomatische Rehabilitation .....	27
4.4	Mindestens eine Qualifizierungs- oder Integrationsleistung .....	29
4.5	Eine psychosomatische Rehabilitation .....	31
<b>5</b>	<b>Interview-Daten und Linkage.....</b>	<b>34</b>
5.1	Synopse der Gruppen auf Basis der Interviews mit den RSD-Gruppen (bis 2017) ..	34
5.2	Identifikation der Verlaufgruppen aus den Interviews in den Fragebogen-Daten ..	35
5.2.1	Vorgehen .....	35
5.2.2	Haupttypen und RSD-Gruppen .....	36
5.2.3	Haupttypen und Ende der Leistungskette.....	38
5.2.4	Haupttypen und weitere Leistungen .....	38
5.3	Attributionsgruppen .....	40
5.3.1	Vorüberlegungen zu den Attributionsgruppen.....	40
5.3.2	Deskription der Attributionsgruppen .....	40
5.3.3	Prädiktion der Attributionsgruppen .....	42
5.3.4	Anwendung der Modellgleichung auf neue Daten .....	43
5.3.5	Bezug der Attributionsgruppen zu den anderen Gruppen.....	43
5.3.6	Resümee zu den Attributionsgruppen .....	44
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>45</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>48</b>
<b>8</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>49</b>
8.1	Abkürzungen der RSD-Gruppen.....	49
8.2	Abkürzungen der Merkmale .....	49

## 1 Zielsetzung und Überblick über die drei Datenquellen

Psychische Erkrankungen sind von herausragender Bedeutung für Rehabilitation und Erwerbsminderungsrente. Bedarfe und Empfehlungen sind zumindest in Teilen beschrieben (Baumann et al., 2023; Hesse et al., 2019). Das vorliegende Projekt will mit einem multimedialen Zugang daran anknüpfen. Über drei verschiedene Datenquellen wurde die Inanspruchnahme von Leistungen und Leistungsketten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen untersucht. Grundgesamtheit sind Menschen, die in 2017 eine DRV-Leistung mit der Diagnose F3 oder F4 erhalten haben und in 2018 keine DRV-Leistungen – damit liegt zumindest ein temporäres Ende einer Leistungskette vor – erhalten haben. In diesem Teilbericht werden Analysen mit Linkage-Daten dargestellt.

Das Ziel der Analysen in diesem Teilbericht ist

- von Ergebnissen aus den Fragebögen – teils in Verbindung mit der RSD - auf die Grundgesamtheit zu schließen und
- von Ergebnissen aus den Interviews auf das Fragebogen-Sample zu schließen.

Das Mengengerüst der drei Datenquellen inklusive der Linkage-Potenziale<sup>1</sup> ist folgendes:

- RSD: Insgesamt liegen Daten von 97.833 Personen vor, davon sind 60.581 Personen in weiteren Analysen berücksichtigt, aus dieser Teilmenge wird das Sample für die Interviews der Vorstudie und die Fragebogenerhebung gezogen.
- Fragebogen: 1176 Personen haben sich Ende 2021 bis Anfang 2022 beteiligt, davon haben 56 Personen zusätzlich am Interview teilgenommen und weitere 1106 (in Summe 1162 Personen) ist ein Linkage mit den RSD-Daten möglich, 14 Personen haben dem Linkage nicht zugestimmt.
- Interviews: 70 Interviews wurden geführt und haben dem RSD-Linkage zugestimmt, davon haben 56 Personen zusätzlich den Fragebogen ausgefüllt.

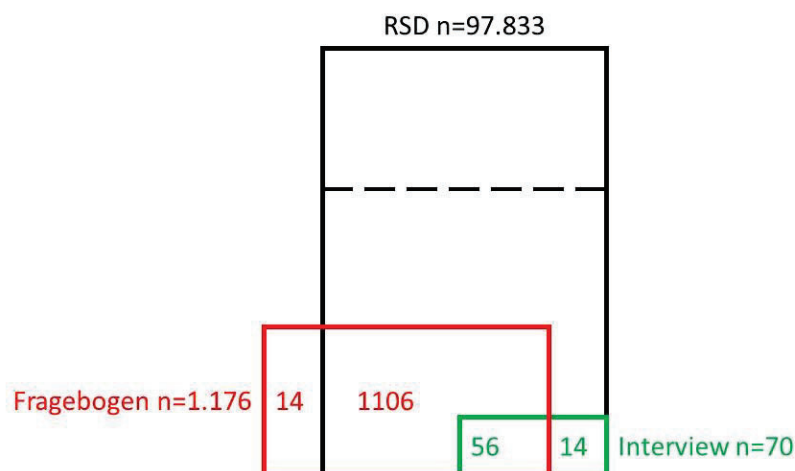


Abbildung 1: Mengengerüst der Linkage-Daten.

---

<sup>1</sup> Die technischen und datenschutzrechtlichen Vorbereitungen für das hier möglich gemachte Linkage waren aufwändig. Herzlicher Dank gilt allen DRV-Mitarbeitenden, die uns dies ermöglicht haben!

Daten-Linkage stellt besondere Anforderungen an den Datenschutz, herausgehoben sei:

- Das jeweilige Linkage erfolgte nach informierter Einwilligung.
- Die Fragebogenversendung erfolgt durch die DRV, der Rücklauf an die Forschenden-  
gruppe und das Linkage der Fragebögen anhand des aufgedruckten Pseudonyms  
aus der RSD.
- Die Einwilligung zur Kontaktaufnahme für ein mögliches Interview erfolgte mit der  
Fragebogenerhebung. Vor dem eigentlichen Interview wurde noch die Einwilligung  
zum Linkage mit den Fragebogen und der RSD erhoben.

Das Vorgehen wurde vom Datenschutz der DRV freigegeben und von einer Ethikkommission positiv beschieden.

## 2 Rückschau: RSD-Gruppen und Fragebogen-Sample

In der ersten Projektphase wurde die RSD analysiert (siehe Teilbericht „Auswertung der RSD“). Im Ergebnis wurden acht Hauptgruppen theoretisch gruppiert und daraus drei Hauptgruppen ausgewählt, die dann im Weiteren in Untergruppen binnendifferenziert wurden (siehe Abbildung 2). Gegenstand der Analysen in diesem Bericht sind die beiden Hauptgruppen LMR und LTA.

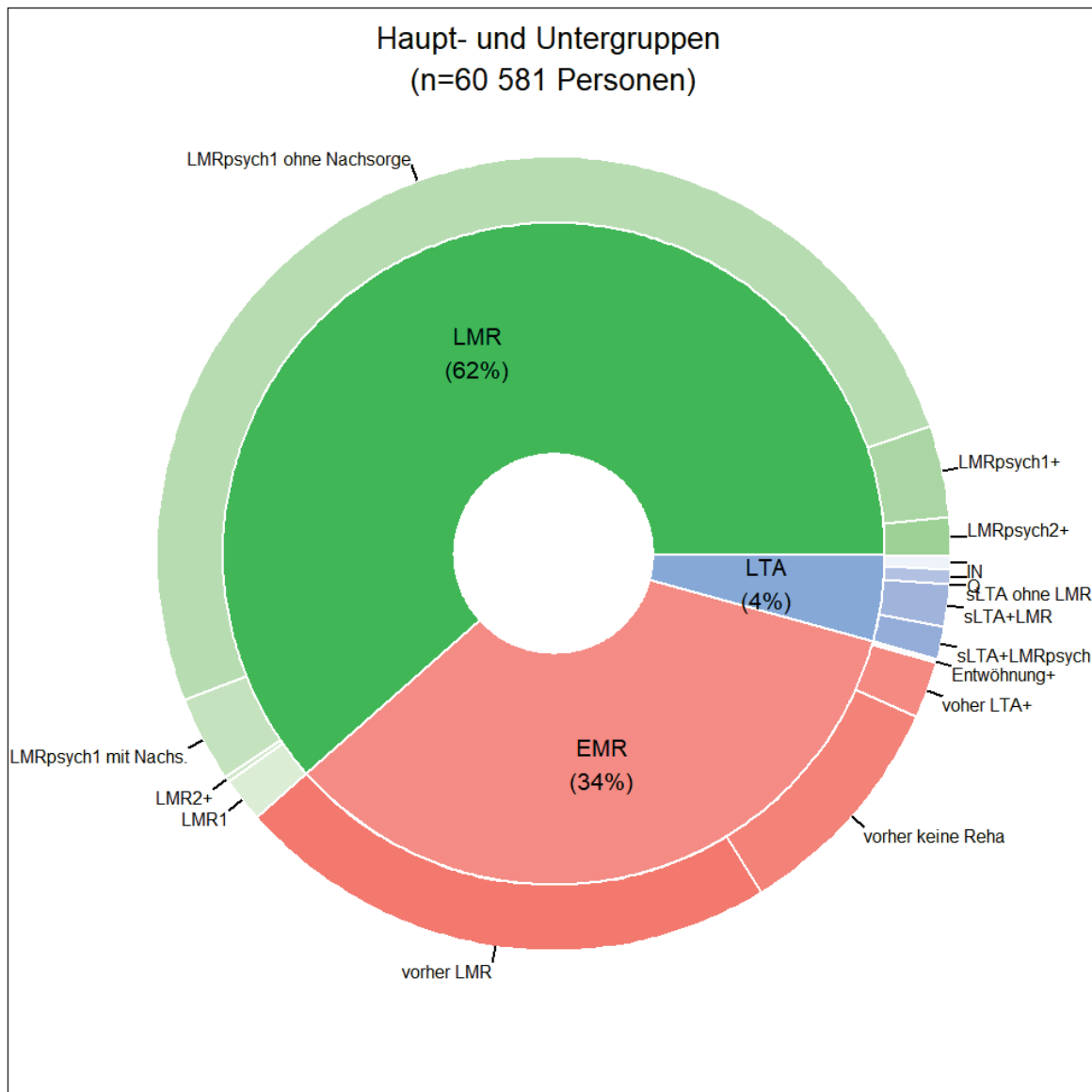


Abbildung 2: Mengengerüst der Haupt- und Untergruppen, im Einzelnen

**Hauptgruppe LMR („medizinische Rehabilitation“)**

- |               |  |
|---------------|--|
| Entwöhn       | 1 Entwöhnung plus weitere LMR                    |
| LMRpsych1_ns- | 1 psychosomatische Rehabilitation ohne Nachsorge |
| LMRpsych1_ns+ | 1 LMRpsych mit Nachsorge                         |
| LMRpsych1+    | 1 LMRpsych plus „normale“ med. Rehabilitation    |
| LMRpsych2+    | mind. 2 LMRpsych                                 |
| LMR1          | 1 „normale“ med. Rehabilitation                  |
| LMR2+         | mind. 2 „normale“ med. Rehabilitationen          |

**Hauptgruppe LTA („mindestens eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“)**

- |                    |  |
|--------------------|--|
| Q                  | Qualifizierungsleistungen optional zusätzlich IN oder sLTA     |
| IN                 | Integrationsleistungen optional zusätzlich sLTA (aber keine Q) |
| sLTA ohne LMR      | sonstige LTA (keine Q/IN) und keine LMR/LMRpsych               |
| sLTA plus LMR      | sLTA plus LMR (ohne LMRpsych)                                  |
| sLTA plus LMRpsych | sLTA plus LMRpsych   |

Die Hauptgruppe „LMR“ enthält Personen mit folgenden Eigenschaften:

- mind. eine „normale“ medizinische Rehabilitation oder eine psychosomatische Rehabilitation in 2017 und ggf. weitere im Vorfeld, sowie
- irgendwann im Beobachtungszeitraum eine F3/F4-Hauptdiagnose und
- im Untersuchungszeitraum keine LTA und keine bewilligte EMR und
- keine DRV-Leistungen in 2018.

Die Hauptgruppe „LTA“ enthält Personen mit folgenden Eigenschaften:

- mind. eine LTA beendet in 2017 oder früher (dann aber zusätzlich eine LMR in 2017 beendet),
- irgendwann im Beobachtungszeitraum eine Haupt- oder Nebendiagnose F3/F4 und
- keine bewilligte Erwerbsminderungsrente im Beobachtungszeitraum und
- keine DRV-Leistungen in 2018.

Innerhalb der beiden Hauptgruppen „LMR“ und „LTA“ wurden Prognosemodelle für den RTW ermittelt. Daraus resultierte folgendes Stichprobenkonzept für die Fragebogenerhebung (siehe Tabelle 1). Abzüglich nicht adressierbarer Personen und Puffer bei den Gruppen mit Zufallsziehungen wurden netto 6.000 Personen angeschrieben. Die Fragebogenerhebung war so angelegt, dass nach Einwilligung ein Linkage mit der RSD über eine individuelle Identifikationsnummer möglich ist. Optional konnten die Ausfüllenden zusätzlich ihre Kontaktdaten angeben, wenn Sie für ein mögliches Interview zur Verfügung stehen würden.

Tabelle 1: Stichprobenkonzept für die Fragebogenerhebung.

Gruppe	RSD					Sample brutto					Sample netto
	tp	fn	fp	tn		tp	fn	fp	tn		
LTA											
Q	366	181	38	38	109	366	181	38	38	109	338
IN	322	113	39	47	123	322	113	39	47	123	289
sLTA ohne LMR	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
sLTA plus LMR	1.029	676	95	69	189	500	147	95	69	189	469
sLTA plus LMRpsych	817	377	139	50	251	818	377	139	50	251	744
LMR											
Entwöhn	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LMRpsych1_ns-	30.781	16.266	4.165	2.538	7.812	1.500	200	500	500	300	1.301
LMRpsych1_ns+	2119	1.069	348	189	513	1.000	206	348	189	257	949
LMRpsych1+	2.259	1.200	200	264	595	1.000	238	200	264	298	922
LMRpsych2+	937	464	89	96	288	937	464	89	96	288	861
LMR1	1.103	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LMR2+	136	-	-	-	-	136	-	-	-	-	127
Summe	39.975					6.579					6.000

Anmerkung: LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LMR = Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Q = Qualifizierung, IN = Integration, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe), LMRpsych = psychosomatische Rehabilitation, LMR1 bzw. LMR2+ = normale medizinische Rehabilitation, ns = Nachsorge (z.B. Psy-RENA); tp/tn = true positive/negative, fp/fn = false positive/negative; grau hinterlegt sind Zufallsziehungen.

In Tabelle 1 ist ersichtlich, dass in einzelnen Prognosegruppen Zufallsziehungen vorgenommen wurden und damit das Sample teils disproportional geschichtet ist. Damit sind rohe Auswertungen auf Basis der Fragebogenangaben insbesondere für diese Teilgruppen nicht ohne Weiteres auf die Grundgesamtheit zu generalisieren. Das statistische Vorgehen dazu wird in Kap. 3.3 beschrieben.

### 3 Fragebogen-Daten und Linkage

#### 3.1 Zielsetzung und Datenqualität

Die Fragebogenerhebung (zur Methode siehe Hauptbericht) wurde mit mehreren Zielsetzungen durchgeführt:

- (1) Erhebung von Kriterien zur Auswahl der Personen für die Interviews
- (2) Beantwortung von Fragestellungen unabhängig vom Linkage mit der RSD
- (3) Linkage mit der RSD zur weiteren Charakterisierung der dort ermittelten Gruppierungen insbesondere durch Zuspänschieben von Leistungen anderer Träger sowie Leistungen in Zeiträumen außerhalb der RSD.
- (4) Linkage mit den Interviews, um Erkenntnisse aus den Interviews auf das Fragebogen-Sample (dazu siehe Kap. 5) zu übertragen.

Der Schwerpunkt der nachfolgenden Ausführungen ist Ziel (3).

Vorab seien die wesentlichen Charakteristika der RSD und des Fragebogens herausgestellt:

- Der Fragebogen umfasst einen längeren Zeitraum, d.h. die Angaben reichen sowohl nach links („vor 2010“) als auch nach rechts („nach 2018“) aus der RSD heraus.
- Die Angaben zu genutzten Leistungen wurden zeitlich deutlich gröber als in der RSD erhoben. Das bedeutet, dass die Angaben im Fragebogen nicht jährlich oder sogar monatsgenau wie in der RSD vorliegen, sondern in zeitlichen Blöcken (vor 2010, 2010-13, 2014-17, 2018 und später).

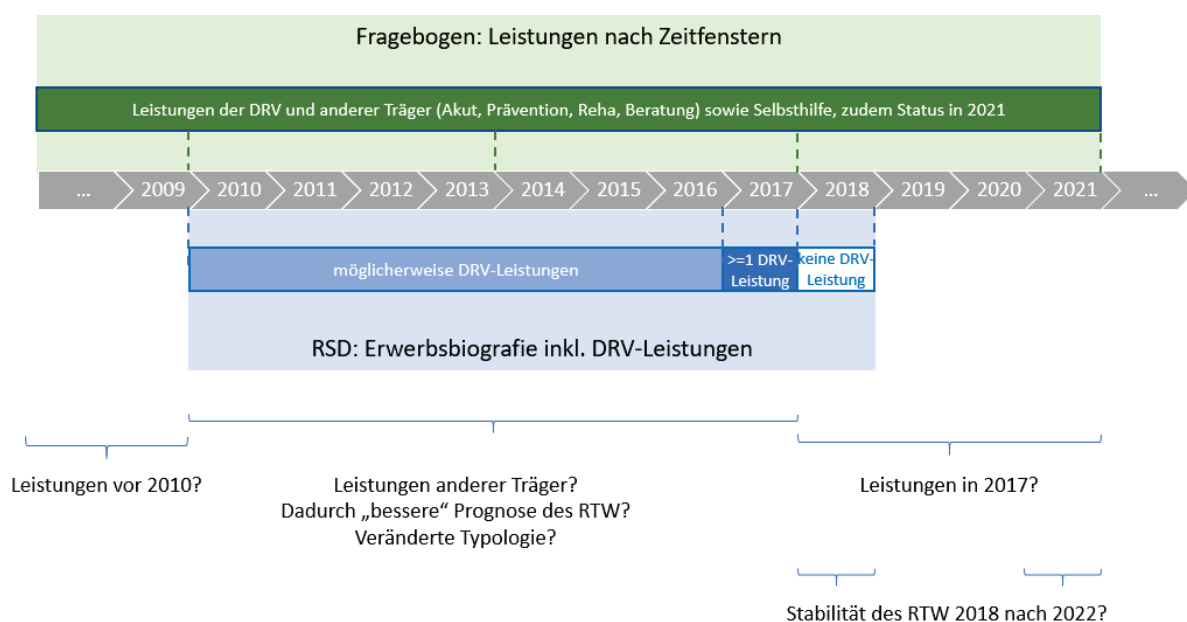


Abbildung 3: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Fragebogen und RSD sowie Fragestellungen.

Die in Abbildung 3 skizzierten Fragestellungen sind Gegenstand der weiteren Ausführungen. Zentral sind die Angaben aus dem sog. „Kalender“ (Frage 23 im Fragebogen), d.h. einzelne Leistungen in den jeweiligen zeitlichen Blöcken.



**Jetzt geht es um Ihren gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf**

23. Wir haben hier eine Art Kalender abgebildet. In der Tabelle stehen Leistungen, die Sie genutzt haben könnten. Bitte gehen Sie die Liste durch und kreuzen Sie alle Zeiträume an, in denen Sie zum Beispiel eine psychosomatische Rehabilitation, Selbsthilfeangebote usw. genutzt haben.

- ☞ Die Gliederung in Zeiträume soll uns dabei helfen, Vergleiche mit den statistischen Erhebungen der Rentenversicherung zu ziehen.
- ☞ Wenn Sie Leistungen erhalten haben, die die Grenzen des jeweiligen Zeitraums überragen, dann ordnen Sie diese bitte dem Hauptzeitraum zu.
- ☞ Sie können je Zeile bis zu vier Kreuze vergeben.

	bis 2009	2010- 2013	2014- 2017	2018 bis heute
Psychiatrische / Neurologische Beratung und Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Klinik / Tagesklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpsychiatrischer Dienst (z.B. beim Gesundheitsamt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Psycho-)somatische Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <u>der Rentenversicherung</u> (z.B. Qualifizierung, Integrationsmaßnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <u>der Bundesagentur für Arbeit oder Berufsgenossenschaft</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen an meinem Arbeitsplatz (z.B. Hamburger Modell, Hilfsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsärztliche Beratung und Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innerbetriebliche Veränderungen (z.B. anderer Arbeitsplatz, Arbeitszeitanpassung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachsorgeangebote der Rentenversicherung (z.B. IRENA, PsyRENA, Nachsorge Apps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfeangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Sicherung der Datenqualität wurden einzelne Korrekturen der Angaben im Fragebogen mittels der Informationen aus der RSD vorgenommen:

- In Frage 15 wurde die Jahreszahl der ersten medizinischen Rehabilitation erhoben, ob es sich um eine psychosomatische Rehabilitation handelte und ob dieser Leistung ambulante Psychotherapie oder Tagesklinik vorangegangen war. Das Jahr der Psychosomatischen Rehabilitation wurde immer den Kalenderzeiträumen zugeordnet. Bei rein somatischer Rehabilitation wurde das Jahr nur dann übertragen, wenn das Jahr mit 2005 oder später angegeben wurde, weil dann eher von einem Bezug zur späteren Leistungskette auszugehen ist. Bei früheren Jahren ist der Bezug uneindeutig, so dass wir diese Jahre nicht übertragen.
- Aus der RSD sind die Leistungen der DRV zu medizinischer Rehabilitation, zu LTA und zu Nachsorge bekannt. Auch diese Leistungen wurden auf die Frage 23 übertragen.
- Bestehende Markierungen im Kalender wurden nicht gelöscht. Lag für eine Person beim Kalender keine einzige Markierung vor, haben wir auf sämtliche Korrekturen verzichtet, da dann von einer Untererfassung der übrigen Leistungen auszugehen ist.

Die einzelnen Kalenderfragen wurden zu übergeordneten Kategorien zusammengefasst (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Zuordnung der Einzelfragen zu übergeordneten Kategorien.

Nr	Einzelfrage im Fragebogen	Kategorie
1	Psychiatrische / Neurologische Beratung und Behandlung	
2	Ambulante Psychotherapie	
3	Psychiatrische Klinik / Tagesklinik	
4	Sozialpsychiatrischer Dienst (z.B. beim Gesundheitsamt)	
5	(Psycho-)somatische Rehabilitation	
6	LTA der DRV (z.B. Qualifizierung, Integrationsmaßnahme)	
7	LTA der Bundesagentur für Arbeit oder Berufsgenossenschaft	
8	Leistungen an meinem Arbeitsplatz (z.B. Hamburger Modell, Hilfsmittel)	
9	Betriebsärztliche Beratung und Behandlung	verhältnis- bezogene Leistungen
10	Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	
11	Innerbetriebl. Veränderungen (z.B. anderer Arbeitsplatz, Arbeitszeitanpassung)	
12	Nachsorgeangebote der DRV (z.B. IRENA, PsyRENA, Nachsorge Apps)	
13	Selbsthilfeangebote	

Grau markiert sind „Leistungen der Sozialversicherung“, die für einzelne Auswertungen aggregiert werden.

## 3.2 Rücklauf und selection bias

Dieses Kapitel wurde auf dem DRV-Rehakolloquium präsentiert<sup>2</sup>.

Das Vorgehen der Fragebogenerhebung ist im Hauptbericht beschrieben. Für die Einordnung des Rücklaufs sei der Rahmen skizziert. Die Adressaten erhielten Ende 2021 postalisch folgende Informationen:

- Anschreiben der DRV Bund,
- Studieninfo (4 Seiten) inklusive Erklärung der Stichprobenselektion und Erklärung zum Linkage mit der RSD,
- Fragebogen (6 Seiten plus Titelseite) inkl. Erklärung zum Linkage,
- Zudem eine Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme für ein mögliches weiterführendes Interview (die Einwilligung zum eigentlichen Interview erfolgte dann im Rahmen des Erstkontaktes).

### Rücklauf

Der Rücklauf betrug 19,6 % (1.176 von 6.000 versendeten Fragebögen), davon 98,8% (1.162 von 1.176) mit Einwilligung zum Linkage mit der RSD.

Wie ist der Rücklauf einzuordnen?

Die Bereitschaft zum Daten-Linkage ist nahezu 100%. Dies lässt vermuten, dass die Antwortenden nicht zwischen Teilnahme an der Befragung und Einwilligung zum Daten-Linkage unterscheiden.

Spanier et al. (2015) führten eine Studie mit ähnlichem Erhebungsdesign durch: 10.000 Versicherte der DRV Bund, mit Krankengeldbezug in 2012, 40-54 Jahre alt und keine Rentenleistung sowie keine Rehabilitationsleistungen 2009-2012. Das Thema betraf aktuelle subjektive Gesundheit, Gesundheitsleistungen sowie Antragsintention. Es erfolgte ein Anschreiben plus einmalige Erinnerung. Der dortige Rücklauf betrug 32,9% (Selektion: mehr Frauen, älter), davon 82,8% mit Einwilligung zum Daten-Linkage.

Der Rücklauf ist angesichts der vergleichsweise schwierigeren Bedingungen (u.a. das eingangs beschriebene umfangreiche Informationspaket, Bezug zur RSD wenn auch anonym, Angaben zu längeren Versorgungsverläufen, Ausblick auf ein mögliches Interview, keine Erinnerung, kein incentive) in etwa im Rahmen der genannten Studie und als akzeptabel zu werten.

### Selection bias

Aufgrund der Erhebungsmethodik kann der selection bias ermittelt werden, und zwar mit folgenden Fragestellungen:

- Welche Personengruppen haben sich an der Fragebogenerhebung vorrangig beteiligt?
- Wenn ja, inwieweit wirkt sich dies auf die Repräsentativität aus?

Zunächst wurden Merkmale ausgewählt, die für das RTW und die Zugehörigkeit zu den Untergruppen relevant sein könnten. Die Auswahl folgte theoretischen Überlegungen und den

---

<sup>2</sup> Hetzel, C.; Klaus, S.; Meschnig, A. & Kardorff, E. (2023). Selection bias: Teilnahme an einer Fragebogenstudie und Einwilligung zum Daten-Linkage mit Routinedaten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. DRV-Schriften Band 128, 123–125.

bisherigen Befunden zu den Untergruppen. In Tabelle 3 ist die Deskription dieser Merkmale dargestellt. Dabei ist nach Rücklauf ja bzw. nein unterschieden.

Tabelle 3: Deskription ausgewählter Merkmale aus der RSD zum selection bias.

		Antwortende ja (n=1162) %	nein (n=4838) %
Geschlecht (Ref.=Frauen)	Mann	23,7	25,2
Alter (Ref.=unter 39 Jahre)	39-48	18,1	22,5
	49-58	49,5	43,6
	59-63	24,6	22,9
Bildung (Ref.=keine Berufsausbildung)	mit B-Ausbildung	57,7	57,0
	Hochschule	27,2	22,5
	unbekannt	11,9	16,2
Staatsang. (Ref.=Deutsch)	andere	2,2	3,9
Somatoformer Schmerz (Ref.=nein)	ja	11,5	13,8
Depression (Ref.=nein)	ja	3,9	4,5
PTBS (Ref.=nein)	ja	4,1	4,4
Angststörung (Ref.=nein)	ja	12,1	13,2
RSD-Gruppe (Ref.= sLTA)	LMR2+	2,1	2,1
	LMRpsych1 ns-	20,7	21,9
	LMRpsych1 ns+	19,2	15,0
	LMRpsych1+	15,2	15,4
	LMRpsych2+	15,7	14,0
	IN	3,3	5,2
	Q	4,7	5,9
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Tage mit Arbeitslosengeld im Mittel 2014-17 (*10)	1,39 (3,06)	2,06 (3,63)	
Tage mit Arbeitslosengeld 2018 (*10)	3,62 (9,05)	4,14 (9,36)	
Entgelt aus Beschäftigung im Mittel 2014-17 (*10.000)	0,29 (0,19)	0,24 (0,17)	
Entgelt aus Beschäftigung 2018 (*10.000)	0,28 (0,21)	0,23 (0,20)	

Um wechselseitige Abhängigkeiten zu erfassen, haben wir ein logistisches Regressionsmodell geschätzt. Zielgröße ist Rücklauf ja bzw. nein. Die Prädiktoren wurden empirisch selektiert anhand des AIC-Kriteriums (Rückwärtsselektion). Das finale Modell ist in Abbildung 4 dargestellt.

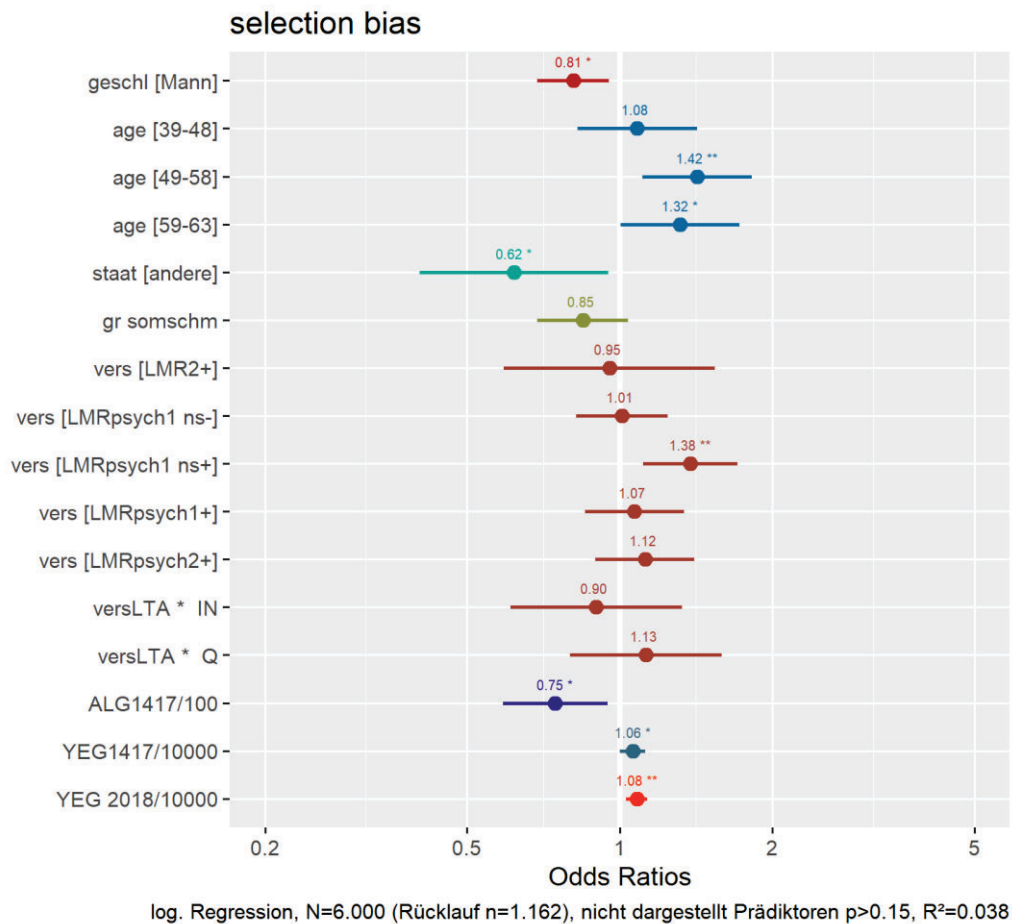


Abbildung 4: Selection bias der Fragebogenerhebung.

Antwortende Personen sind

- weniger Männer
- älter
- weniger andere Staatsangehörigkeit
- weniger Personen mit somatoformem Schmerz (statistisch knapp nicht signifikant)
- mehr Personen mit einer psychosomatischen Rehabilitation plus Nachsorge
- weniger Tage mit Arbeitslosengeld 2014-17
- höheres Entgelt 2014-17
- höheres Entgelt 2018

Nicht dargestellt, aber geprüft (selektiert weil p>0.15), sind folgende Merkmale: Wohnort Ost-West, Bildung, Arbeitslosengeld 2018, Diagnose schwere Depression, Diagnose PTBS, Diagnose Angststörung.

Die Befunde zum selection bias zeigen, dass Frauen, Ältere, Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit und Menschen mit „positiveren“ Erwerbsverläufen etwas vermehrt antworten. Unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle sind die Effektstärken jedoch nicht sonderlich deutlich ausgeprägt. Unauffällig scheinen Diagnosen, Versorgungsverläufe sowie Bildung. Die sehr geringe Modellgüte deutet darauf hin, dass eher unbeobachtete Merkmale (z.B. Krankheitsverarbeitung, Zufriedenheit mit Leistungen) für die Teilnahme ausschlaggebend sein könnten.

Die Ausfallsystematik führt zu der Frage, inwieweit die Befunde auf Basis des Fragebogenrücklaufs generalisierbar sind.

### 3.3 Gewichtung der Fragebogendaten

Designbedingt wurde das Fragebogensample teils disproportional geschichtet (siehe Kap. 2). Die designbedingte Verzerrung ist für einzelne RSD-Gruppen massiv, so dass eine Generalisierung auf die Grundgesamtheit ohne eine statistische Korrektur verzerrt ist.

Zudem kam es beim Rücklauf zu Ausfällen. Wir haben gezeigt, dass die Ausfallsystematik anhand der beobachteten Merkmale relativ gering ist (siehe vorheriges Kapitel) und dass aber unbeobachtete Heterogenität zugrunde liegen könnte.

Sollen nun auf Basis der Angaben aus den Fragebogen Aussagen für die Grundgesamtheit getroffen werden, sind die aus diesen beiden Mechanismen resultierenden Verzerrungen zu berücksichtigen.

Daher gewichten wir den Datensatz aus den Fragebögen so, dass durch die Gewichtung wieder die Verteilung der RSD-Gruppen inklusive der zugehörigen Prognosegruppen gemäß der Grundgesamtheit vorliegt<sup>3</sup>. Je nach Fragestellung verwenden wir im Weiteren teils den gewichteten Datensatz und teils den ungewichteten Datensatz. Wir weisen bei den Ergebnisdarstellungen explizit darauf hin.

Tabelle 4: Grundgesamtheit und ungewichtete Daten aus den Fragebögen

	Grundgesamtheit (RSD)					Daten aus Fragebogen ungewichtet				
	tp	fn	fp	tn	Total	tp	fn	fp	tn	Total
<b>LTA</b>										
Q	181	38	38	109	366	31	4	6	13	54
	49%	10%	10%	30%		57%	7%	11%	24%	
IN	113	39	47	123	322	15	4	5	14	38
	35%	12%	15%	38%		39%	11%	13%	37%	
sLTA plus LMR	676	95	69	189	1.029	31	22	6	17	76
	66%	9%	7%	18%		41%	29%	8%	22%	
sLTA plus LMRpsych	377	139	50	251	817	87	24	7	30	148
	46%	17%	6%	31%		59%	16%	5%	20%	
<b>LMR</b>										
LMRpsych1_ns-	16.266	4.165	2.538	7.812	30.781	41	69	96	34	240
	53%	14%	8%	25%		17%	29%	40%	14%	
LMRpsych1_ns+	1.069	348	189	513	2.119	60	72	35	56	223
	50%	16%	9%	24%		27%	32%	16%	25%	
LMRpsych1+	1.200	200	264	595	2.259	62	23	55	37	177
	53%	9%	12%	26%		35%	13%	31%	21%	
LMRpsych2+	464	89	96	288	937	123	13	13	33	182
	50%	9%	10%	31%		68%	7%	7%	18%	
Summe					38630					1138

Hinweis: dargestellt sind Anzahl und Zeilen-%. Es sind nur die RSD-Gruppen aufgeführt, für die weitere Analysen erfolgen. Die Gruppe LMR2+ (Fragebogen n=24) ist sehr klein, so dass diese Gruppe nicht gewichtet wird.

LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LMR = Leistungen zur „normalen“ medizinischen Rehabilitation, Q = Qualifizierung, IN = Integration, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe), LMRpsych = psychosomatische Rehabilitation, ns = Nachsorge (z.B. Psy-RENA).

<sup>3</sup> Bei der Ermittlung der Gewichtungen war Dr. Mathis Elling (iqpr) maßgeblich beteiligt.

Bei der Gewichtung wurde folgendes Vorgehen gewählt.

Die gemeinsame Verteilung der Variablen, auf die angepasst wird, ist bekannt (siehe Tabelle 4 „Grundgesamtheit (RSD)“). Alle Kreuzkombinationen der Variablen sowohl in der Grundgesamtheit als auch in der Stichprobe liegen hinreichend vor und insbesondere existieren keine Nullzellen. Daher wenden wir die Poststratifikation (nachträgliche Schichtung) an. Die Kalibrierungsgewichte werden durch eine einfache Soll-/Ist-Anpassung ermittelt. Im Ergebnis resultieren daraus für die Daten aus den Fragebögen die Verteilungen aus der Grundgesamtheit. Das bedeutet: durch die Kalibrierungsgewichte wird die rechte Seite in Tabelle 4 so verändert, dass sie der linken Seite entspricht.

Wie ist die Gewichtungsmethode einzuordnen?

In der Methodenliteratur (Copas et al., 2020; Enzenbach et al., 2019; Gabler & Ganninger, 2010; Hanley, 2017) werden mehr oder weniger komplexe Gewichtungsalternativen einschließlich Vor- und Nachteile diskutiert. Folgende speziellen Aspekte seien herausgehoben. Die Angemessenheit der Gewichtung hängt insbesondere von den Variablen ab, die für die Ermittlung des Gewichts herangezogen werden. Im vorliegenden Fall sind dies Gruppierungen, die auf den vorgelagerten Analysen beruhen, und zwar die DRV-Leistungsketten gemäß der RSD-Gruppierung sowie deren Bezug zum RTW operationalisiert über die jeweiligen Prognosegruppen. Damit fließen die Modelle aus den RSD-Analysen ein und damit implizit die Variablen (Alter, Geschlecht, Erwerbsbiografie etc.), die für den RTW entscheidend sind. Wie halten dies für angemessen, insbesondere weil die Modelle in der Grundgesamtheit akzeptable bis gute Modellgüten aufwiesen.

Problematisch könnte sein, dass in einzelnen Subgruppen sehr hohe Gewichte verwendet werden. Insbesondere bei LMRpsych1\_ns- wird von sehr wenigen Personen der „true positive Gruppe“ auf sehr viele Personen hochgerechnet. Hier würden Personen mit Ausreißerwerten besonders stark durchschlagen. Aussagen für diese Gruppen sollten mit Vorsicht interpretiert werden.

Eine Alternative wäre eine zweistufige Gewichtung, zunächst die Korrektur der unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten aufgrund der disproportionalen Schichtung und dann die Korrektur der Ausfallsystematik über z.B. soziodemographische Merkmale. Da die Ausfallsystematik wie oben beschrieben anhand der beobachteten Merkmale relativ gering ist, haben wir auf einen Vergleich der Gewichtungsmethoden verzichtet.

In der Schlussfolgerung halten wir die gewichteten Ergebnisse methodisch für weniger verzerrt als die ungewichteten Ergebnisse. Im Vorgriff auf die Ergebnisse bestätigt sich dies, weil sich die Ergebnisse auf Basis der gewichteten Daten als inhaltlich konsistenter als auf Basis der ungewichteten Daten erweisen. Bei allen Analysen, die eine Generalisierung auf die Grundgesamtheit zum Ziel haben, berichten wir sowohl die gewichteten als auch die ungewichteten Fragebogendaten.

### **3.4 Deskription der RSD-Gruppen**

Aus Gründen der Konsistenz zu den folgenden Kapiteln werden Personen ausgeschlossen, die beim „Kalender“ (siehe Kap. 3.1) keine Angaben getätigt haben. Das waren nur 12 Personen, so dass keine substanzielle Ausfallsystematik vorliegen dürfte. Nachfolgend werden ausgewählte Merkmale berichtet. Weiterführende Unterschiede zwischen den RSD-Gruppen sind Gegenstand der folgenden Kapitel.

Da im Wesentlichen Strukturmerkmale berichtet werden, halten wir die ungewichteten Daten für angemessen.

Tabelle 5: Deskription ausgewählter Merkmale der RSD-Gruppen.

Merkmalskategorie	LMR2+	LMRpsych1+	LMRpsych1 <sub>ns+</sub>	LMRpsych1 <sub>ns-</sub>	LMRpsych2+	IN	Q	sLTA plus LMR	sLTA plus LMRpsych
<b>Geschlecht</b>									
Frau	17 (71%)	130 (75%)	171 (77%)	187 (79%)	131 (73%)	34 (89%)	39 (72%)	59 (80%)	110 (74%)
Mann	7 (29%)	44 (25%)	51 (23%)	49 (21%)	49 (27%)	4 (11%)	15 (28%)	15 (20%)	38 (26%)
<b>Altersgruppe in 2018 (RSD)</b>									
29-38	2 (8.3%)	10 (5.7%)	26 (12%)	25 (11%)	5 (2.8%)	5 (13%)	6 (11%)	3 (4.1%)	8 (5.4%)
39-48	2 (8.3%)	17 (9.8%)	45 (20%)	40 (17%)	22 (12%)	5 (13%)	20 (37%)	24 (32%)	34 (23%)
49-58	11 (46%)	85 (49%)	101 (45%)	114 (48%)	102 (57%)	25 (66%)	25 (46%)	34 (46%)	73 (49%)
59-63	9 (38%)	62 (36%)	50 (23%)	57 (24%)	51 (28%)	3 (7.9%)	3 (5.6%)	13 (18%)	33 (22%)
<b>höchster Abschluss</b>									
Lehre	10 (43%)	72 (42%)	98 (44%)	107 (46%)	84 (47%)	22 (59%)	35 (65%)	33 (46%)	74 (50%)
Fachschule	3 (13%)	45 (26%)	56 (25%)	55 (24%)	45 (25%)	4 (11%)	6 (11%)	19 (26%)	27 (18%)
Fachhochschule	5 (22%)	22 (13%)	35 (16%)	33 (14%)	29 (16%)	6 (16%)	5 (9.3%)	10 (14%)	27 (18%)
Universität	4 (17%)	28 (16%)	30 (14%)	31 (13%)	18 (10%)	3 (8.1%)	7 (13%)	9 (13%)	14 (9.5%)
Keine Berufsausb.	1 (4.3%)	5 (2.9%)	3 (1.4%)	5 (2.2%)	1 (0.6%)	2 (5.4%)	1 (1.9%)	1 (1.4%)	6 (4.1%)
Unknown	1	2	0	5	3	1	0	2	0
<b>aktuelle Lebenssituation</b>									
allein lebend	3 (13%)	44 (25%)	48 (22%)	67 (29%)	52 (29%)	20 (53%)	16 (30%)	12 (17%)	45 (31%)
mit Partner + Kindern	5 (22%)	24 (14%)	46 (21%)	43 (18%)	21 (12%)	5 (13%)	13 (24%)	12 (17%)	26 (18%)
allein mit Kindern	1 (4.3%)	7 (4.0%)	12 (5.4%)	15 (6.4%)	6 (3.4%)	2 (5.3%)	2 (3.7%)	4 (5.6%)	7 (4.8%)
bei (Groß-)Eltern	0 (0%)	1 (0.6%)	2 (0.9%)	1 (0.4%)	2 (1.1%)	2 (5.3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1.4%)
mit Partner	13 (57%)	96 (55%)	105 (47%)	104 (45%)	93 (52%)	8 (21%)	21 (39%)	43 (60%)	65 (44%)
Sonstiges	1 (4.3%)	1 (0.6%)	9 (4.1%)	3 (1.3%)	4 (2.2%)	1 (2.6%)	2 (3.7%)	1 (1.4%)	2 (1.4%)
Unknown	1	1	0	3	2	0	0	2	1
<b>aktueller Status Beruf</b>									
Vollzeit	11 (46%)	48 (28%)	78 (35%)	73 (31%)	67 (37%)	16 (42%)	22 (41%)	27 (36%)	64 (43%)
Teilzeit	3 (13%)	43 (25%)	78 (35%)	75 (32%)	40 (22%)	13 (34%)	20 (37%)	28 (38%)	40 (27%)
Selbstständig	1 (4.2%)	2 (1.1%)	11 (5.0%)	11 (4.7%)	1 (0.6%)	1 (2.6%)	2 (3.7%)	3 (4.1%)	2 (1.4%)
Minijob/midijob	0 (0%)	10 (5.7%)	7 (3.2%)	11 (4.7%)	13 (7.2%)	2 (5.3%)	2 (3.7%)	3 (4.1%)	6 (4.1%)
Altersteilzeit	1 (4.2%)	8 (4.6%)	5 (2.3%)	13 (5.5%)	11 (6.1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2.7%)	5 (3.4%)
nichts davon	8 (33%)	69 (40%)	51 (23%)	61 (26%)	55 (31%)	8 (21%)	12 (22%)	15 (20%)	30 (20%)
<b>aktueller Status Einkommen</b>									
volle EMR	0 (0%)	14 (8.0%)	7 (3.2%)	12 (5.1%)	9 (5.0%)	2 (5.3%)	2 (3.7%)	3 (4.1%)	9 (6.1%)
teilweise EMR	0 (0%)	1 (0.6%)	2 (0.9%)	0 (0%)	2 (1.1%)	0 (0%)	3 (5.6%)	1 (1.4%)	6 (4.1%)
ALG I	0 (0%)	11 (6.3%)	9 (4.1%)	6 (2.5%)	11 (6.1%)	0 (0%)	4 (7.4%)	3 (4.1%)	5 (3.4%)
Transferleistung	0 (0%)	6 (3.4%)	5 (2.3%)	6 (2.5%)	2 (1.1%)	3 (7.9%)	1 (1.9%)	1 (1.4%)	3 (2.0%)
Altersrente	7 (29%)	29 (17%)	25 (11%)	28 (12%)	34 (19%)	0 (0%)	1 (1.9%)	8 (11%)	10 (6.8%)
Übergangsgeld	0 (0%)	1 (0.6%)	3 (1.4%)	2 (0.8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.9%)	1 (1.4%)	0 (0%)
Krankengeld	1 (4.2%)	16 (9.2%)	13 (5.9%)	17 (7.2%)	6 (3.3%)	5 (13%)	5 (9.3%)	5 (6.8%)	10 (6.8%)
nichts davon	15 (63%)	99 (57%)	157 (71%)	161 (68%)	114 (63%)	27 (71%)	37 (69%)	47 (64%)	102 (69%)
<b>Alter bei erster ärztlicher o- der psychotherap. Hilfe</b>	46 (10)	45 (11)	42 (12)	44 (11)	42 (11)	39 (10)	37 (12)	42 (10)	42 (11)
Unknown	1	3	2	7	4	0	1	3	0
<b>Alter bei erster schwerer psych. Krise</b>	41 (15)	43 (12)	40 (13)	41 (12)	41 (12)	36 (12)	37 (11)	39 (13)	40 (12)
Unknown	6	29	39	43	27	4	8	21	25
<b>Alter bei der letzten berufl. Veränderung</b>	53 (6)	53 (9)	48 (10)	49 (8)	50 (9)	48 (7)	44 (8)	47 (8)	50 (8)
Unknown	11	104	117	136	103	11	10	44	75
<b>Alter bei der ersten med./psychosom. Reha</b>	45 (12)	46 (10)	47 (10)	47 (10)	46 (9)	42 (8)	38 (10)	44 (9)	45 (10)
Unknown	1	3	3	5	4	2	4	4	1
<b>Alter bei der letzten LTA</b>	44 (15)	47 (11)	46 (9)	45 (11)	45 (11)	47 (7)	43 (8)	43 (8)	46 (9)
Unknown	20	135	180	188	152	1	2	52	100
<b>Monate von erster Sozial- /Transferleistung zu DRV- Leistung (RSD 2010-17)</b>	16 (28)	13 (21)	21 (29)	18 (28)	9 (18)	31 (26)	27 (21)	21 (26)	25 (31)

Anmerkung: Daten sind ungewichtet; LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LMR = Leistungen zur „normalen“ medizinischen Rehabilitation, Q = Qualifizierung, IN = Integration, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe), LMRpsych = psychosomatische Rehabilitation, ns = Nachsorge (z.B. Psy-RENA).



Herausgehoben sei

- der hohe Frauenanteil in allen Gruppen,
- der sehr geringe Anteil von Menschen 59-63 Jahre bei den Gruppen mit Q oder IN,
- alleinleben dominiert bei IN,
- Alter bei erster ärztlicher oder psychotherapeutischer Hilfe ist bei IN und Q am jüngsten,
- Längste Dauer von erster Sozial-/Transferleistung zu DRV-Leistung (RSD 2010-17) bei IN und Q.

Die Befunde führen die bereits im Teilbericht „Auswertung der RSD“ aufgeführten Charakteristika der einzelnen RSD-Gruppen fort. Demnach scheinen die Gruppen mit LTA besonders vulnerabel zu sein.

### 3.5 Ende und Beginn der Leistungskette

Definitionsgemäß war im Datensatz der RSD die letzte DRV-Leistung in 2017 und in 2018 war keine DRV-Leistung. Auf diese Weise sollte zumindest ein temporäres Ende einer Leistungskette definiert sein. Zudem sind in der vorliegenden RSD Leistungen erst ab 2010 beobachtbar.

Im Fragebogen stehen nun umfassendere Angaben zur Verfügung:

- der Beobachtungszeitraum beginnt vor 2010 und geht bis 2021
- Leistungen anderer Träger werden aus Sicht der Befragten berichtet und Zeiträumen zugeordnet

War das Ende in 2017 auf Basis der RSD nur temporär oder war es final?

Wenn im erhobenen Zeitraum ab 2018 mindestens eine der folgenden Leistungen genutzt wurde, dann liegt nach unserer Definition „nur“ ein temporäres Ende der Leistungskette vor („Akut- oder Rehabilitationsleistungen“):

- Psychiatrische Klinik / Tagesklinik oder
- (Psycho-)somatische Rehabilitation oder
- LTA der DRV oder
- LTA der BA bzw. BG

Analog werten wir für den Zeitraum bis 2009 aus.

Personen, die beim Kalender keine Angaben getätigt haben, werden aus den Analysen ausgeschlossen. Das waren nur 12 Personen, so dass keine substanzielle Ausfallsystematik vorliegen dürfte.

Tabelle 6: Beginn und Ende der Leistungskette für die RSD-Gruppen.

	Akut-/Rehaleistung ab 2018		... bis 2009		... nur 2010 bis 17	
LMRpsych1+, N = 2259 <sup>1</sup>	[53 (30%)]	738 (33%)	[44 (25%)]	595 (26%)	[96 (55%)]	1198 (53%)
LMRpsych1_ns+, N = 2119 <sup>1</sup>	[59 (27%)]	581 (27%)	[36 (16%)]	335 (16%)	[138 (62%)]	1300 (61%)
LMRpsych1_ns-, N = 30781 <sup>1</sup>	[62 (26%)]	6225 (20%)	[49 (21%)]	7650 (25%)	[139 (59%)]	18370 (60%)
LMRpsych2+, N = 937 <sup>1</sup>	[55 (31%)]	271 (29%)	[63 (35%)]	313 (33%)	[89 (49%)]	484 (52%)
LTA: IN, N = 322 <sup>1</sup>	[9 (24%)]	80 (25%)	[9 (24%)]	79 (25%)	[24 (63%)]	197 (61%)
LTA: Q, N = 366 <sup>1</sup>	[16 (30%)]	108 (29%)	[18 (33%)]	123 (34%)	[27 (50%)]	181 (49%)
LTA: sLTA plus LMR, N = 1029 <sup>1</sup>	[22 (30%)]	306 (30%)	[19 (26%)]	261 (25%)	[40 (54%)]	578 (56%)
LTA: sLTA plus LMRpsych, N = 817 <sup>1</sup>	[49 (33%)]	279 (34%)	[47 (32%)]	263 (32%)	[69 (47%)]	368 (45%)
Overall, N = 38630 <sup>1</sup>	[325 (29%)]	8588 (22%)	[285 (25%)]	9619 (25%)	[622 (55%)]	22677 (59%)

<sup>1</sup> [n (unweighted) (% (unweighted))] n (%)

Grau markiert sind die Extremwerte der Spalte; Filter siehe Text;

LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LMR = Leistungen zur „normalen“ medizinischen Rehabilitation, Q = Qualifizierung, IN = Integration, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe), LMRpsych = psychosomatische Rehabilitation, ns = Nachsorge (z.B. Psy-RENA).

Vorab sei darauf hingewiesen, dass die Abweichungen zwischen gewichteten und ungewichteten Daten mehrheitlich bei 0 bis 3 %-Punkte liegen. Lediglich in der Gruppe LMRpsych1\_ns- (eine psychosomatische Rehabilitation ohne Nachsorge) ist eine deutlichere Abweichung bei „Leistungen ab 2018“ zu beobachten, weil dort 6%-Punkte weniger Personen ab 2018 Leistungen beziehen. Inhaltlich ist dies konsistent, da in dieser Gruppe vor allem „true positive Personen“ (prognostiziertes und tatsächliches RTW) unterdurchschnittlich ausgewählt wurden.

### **„Akut-/Rehabilitationsleistungen ab 2018“ bzw. Ende der Leistungskette:**

22% der Personen hatten in 2017 nur ein temporäres Ende der Leistungskette, weil danach Akut- oder Rehabilitationsleistungen erfolgt sind. Dieser niedrige Wert resultiert vor allem aus der am stärksten besetzten Gruppe LMRpsych1\_ns-. Alle anderen Gruppen liegen mehr oder weniger deutlich darüber, haben also ab 2018 häufiger weitere Reha- oder Akutleistungen genutzt. Spitzenreiter mit 34% ist die Gruppe „LTA: sLTA plus LMRpsych“ (mindestens eine psychosomatische Rehabilitation kombiniert mit sonstigen LTA). Am anderen Ende ist die Gruppe mit Integrationsleistungen (25%) - allerdings ist die Gruppe recht klein, so dass hier Unsicherheit besteht.

Die in der RSD verwendete Definition für ein Ende der DRV-Leistungen (1 Kalenderjahr leistungsfrei nach der letzten DRV-Leistung mit F3/F4 Diagnose) bedeutet, dass im Mittel bei rund 78% der Personen tatsächlich eine Leistungskette beendet ist und dass dann allenfalls stabilisierende Leistungen (z.B. Psychotherapie, Selbsthilfe) genutzt werden. Je nach Art der bis 2017 genutzten DRV-Leistungen liegt der Anteil mit stabilem Ende bei 66-80%.

### **„Akut-/Rehabilitationsleistungen bis 2009 bzw. Beginn der Leistungskette:**

75% der Personen haben ihre Leistungskette erst im Untersuchungszeitraum ab 2010 begonnen. Die Spannweite zwischen den Gruppen reicht von 66% bis 84% (mit Maximum bei den Personen mit genau einer psychosomatischen Rehabilitation mit Nachsorge). Umgekehrt: 25% der Personen haben schon vor dem RSD-Untersuchungszeitraum Akut- oder Rehabilitationsleistungen genutzt, insbesondere Personen aus den Gruppen „mindestens eine Qualifizierungsleistung“ oder „mehrere psychosomatische Rehas“.

Bei 25% der Personen begann die Leistungskette schon vor dem RSD-Untersuchungszeitraum. Die Gruppenunterschiede sind in ähnlicher Spanne wie beim Ende der Leistungskette.

### **Wie oft ragt die Leistungskette über das RSD-Fenster hinaus?**

59% der Personen lagen mit ihren Akut- und Rehabilitationsleistungen innerhalb des 8-Jahres-Fensters der RSD. Die Spanne zwischen den Gruppen reicht von 45% bis 61%. Überdurchschnittlich sind dies Personen der Gruppen „Integrationsleistungen“ sowie „eine psychosomatische Reha“. Umgekehrt ragen die Gruppen „mehrere psychosomatische Rehas“ insbesondere in Verbindung mit einer sonstigen LTA sowie die Gruppe „Qualifizierungsleistungen“ über das Fenster hinaus.

### **Resümee zu Beginn und Ende der Leistungskette**

Methodisch ist mit der RSD ein 8-jähriger Leistungszeitraum zu beobachten. Über die Fragebogenerhebung konnten der Zeitraum erweitert werden und relevante Leistungen anderer Träger ergänzt werden. Für Personen mit F3/F4-Diagnosen ist festzuhalten:

- 59% sind mit ihrer Leistungskette innerhalb dieses Fensters – 78% ragen nicht nach „rechts“ aus dem Zeitraum heraus und 75% nicht nach „links“.
- Das bedeutet, dass unter der Bedingung des 8-Jahres-Fensters nur bei 59% der Personen keine Verzerrungen des Leistungsverlaufs durch Rechts- oder Links-Zensierung auftreten. Zwischen den hier untersuchten RSD-Gruppen gibt es um diese Werte eine Schwankung von 14%-Punkte bis 18%-Punkte. Wer innerhalb des 8-Jahres-Fenster zwei oder mehr psychosomatische Rehabilitation erhält oder eine Qualifizierungsmaßnahme erhält, ist häufig mit weiteren Leistungen außerhalb des Fensters assoziiert.
- Rechtszensierung betrifft mindestens 22% der Personen. Unter methodischen Gesichtspunkten hat dies zur Folge, dass nur ein temporäres Ende vorliegt und dass Erfolgsanalysen zum RTW keinen Leistungsendpunkt abbilden.

### 3.6 War das RTW in 2018 (auf Basis der RSD) stabil bis 2021 (Fragebogen)?

Das RTW in 2018 auf Basis der RSD war definiert anhand der Beiträge aus Beschäftigung. Dabei wurde eine zeitraumbezogene Betrachtung in Verbindung einer bestimmten Einkommenshöhe zugrunde gelegt (siehe Teilbericht „Auswertungen der RSD“).

Das RTW in 2021 ist auf Basis der Selbstangaben wie folgt definiert: Erwerbssituation Vollzeit, Teilzeit oder selbständig zum Zeitpunkt der Befragung.

Auch wenn beide Operationalisierungen nicht identisch sind, vergleichen wir für die einzelnen Leistungsgruppen. Deutliche Abweichungen vom Durchschnitt gelten als bedeutsam.

Im Zentrum steht der RTW. Eingeschlossen wurden Personen mit Einwilligung zum Linkage mit der RSD, mindestens einer Kalenderangabe und gültigen Werten bei RTW.18 und RTW.21 Ausgeschlossen wurden Personen aus, die in 2021 EMR oder Altersrente beziehen.

Tabelle 7 zeigt, dass sich der RTW vergleichsweise deutlich stabilisiert (grau markiert) bei Personen mit Integrations- oder Qualifizierungsleistungen. Allerdings starten Personen mit Integrationsleistungen von einem vergleichsweise geringen RTW-Niveau.

Tabelle 7: Vergleich des RTW im Zeitverlauf für die RSD-Gruppen.

	RTW in 2018		RTW in 2021		% in 2021 - % in 2018	
LMRpsych1+, N = 2259 <sup>1</sup>	[67 (52%)]	1400 (62%)	[91 (70%)]	1587 (70%)	[18]	8
LMRpsych1_ns+, N = 2119 <sup>1</sup>	[119 (63%)]	1417 (67%)	[158 (84%)]	1757 (83%)	[21]	16
LMRpsych1_ns-, N = 30781 <sup>1</sup>	[99 (51%)]	20431 (66%)	[151 (77%)]	24432 (79%)	[26]	13
LMRpsych2+, N = 937 <sup>1</sup>	[108 (80%)]	553 (59%)	[105 (78%)]	671 (72%)	[-2]	13
LTA: IN, N = 322 <sup>1</sup>	[19 (53%)]	152 (47%)	[30 (83%)]	263 (82%)	[30]	35
LTA: Q, N = 366 <sup>1</sup>	[31 (65%)]	219 (60%)	[39 (81%)]	297 (81%)	[16]	21
LTA: sLTA plus LMR, N = 1029 <sup>1</sup>	[44 (71%)]	771 (75%)	[52 (84%)]	913 (89%)	[13]	14
LTA: sLTA plus LMRpsych, N = 817 <sup>1</sup>	[95 (77%)]	516 (63%)	[101 (82%)]	627 (77%)	[5]	14
Overall, N = 38630 <sup>1</sup>	[582 (63%)]	25459 (66%)	[727 (79%)]	30546 (79%)	[16]	13

<sup>1</sup> [n (unweighted) (% (unweighted))] n (%)

Grau markiert sind deutliche zeilenweise Abweichungen von Durchschnitt nach oben; Filter siehe Text.

LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LMR = Leistungen zur „normalen“ medizinischen Rehabilitation, Q = Qualifizierung, IN = Integration, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe), LMRpsych = psychosomatische Rehabilitation, ns = Nachsorge (z.B. Psy-RENA).

Methodisch zeigen alle RSD-Gruppen, die bei den true-positive Personen im Sample unterdurchschnittlich besetzt sind (LMRpsych1+, LMRpsych1\_ns+, LMRpsych1\_ns-, LTA: sLTA plus LMR) nach der Gewichtung höhere Werte beim RTW in 2018. Dies ist ein deutliches Argument für die Angemessenheit der Gewichtung.

#### Resümee zur Stabilität des RTW im Zeitverlauf:

- Aufgrund der unterschiedlichen RTW-Operationalisierungen sind zeitliche Entwicklungen nur mit Unsicherheit zu analysieren. Methodisch wären RSD-Analysen mit längeren Zeiträumen geeigneter.
- Die Gruppe mit den deutlichsten Steigerungen sind Personen mit Integrations- oder Qualifizierungsleistungen.

### 3.7 Was haben die Personen jenseits der DRV-Leistungen genutzt?

In der RSD sind zwangsläufig nur DRV-Leistungen dokumentiert. Im Fragebogen wurden weitere Leistungen erhoben und zeitlich gegliedert (zu den Kategorien siehe Kap. 3.1). Nachfolgend sind diese Leistungen (dichotomisiert) bis inklusive 2017 sowie ab 2018 dargestellt. Wir betrachten die Personen, die dem Linkage mit der RSD zugestimmt haben und mindestens eine Kalenderangabe getätigt haben. Wir berichten die gewichteten und die ungewichteten Werte, aus Gründen der Übersichtlichkeit nur die relativen Häufigkeiten.

Bis zum Jahr 2017 (siehe Tabelle 21):

- 73% der Personen haben ambulante Psychotherapie genutzt, am häufigsten die Personen mit „Integrationsleistungen“ (87%).
- 59% der Personen haben psychiatrische / neurologische Beratung und Behandlung, am häufigsten die Personen mit „Qualifizierungsleistungen“ (83%).
- 45% haben am Arbeitsplatz verhältnisbezogene Anpassungen umgesetzt.
- 31% waren mindestens einmal in einer Psychiatrischen Klinik / Tagesklinik.
- Personen mit IN sind bei fast allen Leistungen vergleichsweise häufiger vertreten (Sozialpsychiatrischer Dienst, Tagesklinik, LTA von anderen Trägern) – nur bei arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen sind sie deutlich unterdurchschnittlich. Dies deutet darauf hin, dass diese Gruppe eine hohe Vulnerabilität aufweist. Da die Gruppe ab 2018 meist unterdurchschnittliche Inanspruchnahmen aufweist, scheint die Gruppe bezüglich der erfragten Leistungskategorien weitestgehend austherapiert.

Ab dem Jahr 2018 und bis 2021, also nach dem RSD-Zeitraum (siehe Tabelle 21):

- 47% der Personen nutzen ambulante Psychotherapie. Mehrheitlich sind dies Personen aus den Gruppen mit einer psychosomatischer Reha, die evtl. noch mit sonstigen LTA kombiniert sind.
- 44% der Personen haben psychiatrische / neurologische Beratung und Behandlung,
- Personen mit IN oder Q nutzen mehrheitlich unterdurchschnittlich die erfragten Leistungen. Dies passt zu der Verlaufskurve (siehe Hauptbericht) und der Grundidee von LTA, dass sie eher am Ende der Leistungskette verortet sind.

Die ergänzenden Leistungen wurden hier einzeln untersucht. Weitere potenzielle könnten in der Kombination von Leistungen liegen, z.B. durch die Kombination mit arbeitsplatzbezogenen Interventionen (Nieuwenhuijsen et al., 2020).

Tabelle 8: Weitere Leistungen der Personen der RSD-Gruppen.

	Ambulante Psychotherapie	psychiatrische / neurologische Beratung und Behandlung	Sozialpsychiatrischer Dienst	Psychiatr. Klinik / Tagesklinik	Verhältnisse Arbeitsplatz	Verhalten (Selbsthilfe)	LTA der BA oder BG	Nachsorge DRV
<b>bis 2017</b>								
LMRpsych1+, N = 2259 <sup>1</sup>	[66%] 67%	[64%] 67%	[3.4%] 3.1%	[26%] 23%	[47%] 48%	[9.2%] 9.3%	[9.2%] 9.4%	[42%] 44%
LMRpsych1_ns+, N = 2119 <sup>1</sup>	[81%] 83%	[61%] 57%	[7.2%] 6.4%	[32%] 32%	[43%] 46%	[7.7%] 8.3%	[7.7%] 6.2%	[100%] 100%
LMRpsych1_ns-, N = 30781 <sup>1</sup>	[77%] 72%	[60%] 57%	[2.5%] 2.2%	[30%] 32%	[46%] 43%	[9.7%] 9.2%	[7.2%] 5.7%	[9.7%] 13%
LMRpsych2+, N = 937 <sup>1</sup>	[81%] 80%	[75%] 75%	[3.3%] 3.7%	[34%] 34%	[54%] 52%	[17%] 17%	[4.4%] 4.9%	[33%] 34%
LTA: IN, N = 322 <sup>1</sup>	[87%] 87%	[76%] 77%	[18%] 19%	[66%] 65%	[34%] 34%	[16%] 16%	[18%] 19%	[34%] 33%
LTA: Q, N = 366 <sup>1</sup>	[80%] 79%	[81%] 83%	[13%] 13%	[46%] 44%	[41%] 41%	[15%] 14%	[11%] 11%	[37%] 38%
LTA: sLTA plus LMR, N = 1029 <sup>1</sup>	[55%] 53%	[49%] 46%	[4.1%] 3.0%	[23%] 17%	[57%] 57%	[16%] 16%	[8.1%] 8.4%	[58%] 54%
LTA: sLTA plus LMRpsych, N = 817 <sup>1</sup>	[82%] 84%	[68%] 71%	[5.4%] 6.4%	[32%] 36%	[65%] 63%	[16%] 15%	[2.7%] 3.0%	[32%] 32%
Overall, N = 38,630 <sup>1</sup>	[76%] 73%	[65%] 59%	[5.2%] 2.9%	[32%] 31%	[50%] 45%	[12%] 9.7%	[7.2%] 6.1%	[44%] 22%
<b>2018-21</b>								
LMRpsych1+, N = 2259 <sup>1</sup>	[43%] 41%	[51%] 53%	[2.3%] 2.2%	[9.2%] 8.5%	[22%] 22%	[9.8%] 11%	[4.0%] 5.1%	[6.9%] 8.3%
LMRpsych1_ns+, N = 2119 <sup>1</sup>	[50%] 54%	[46%] 46%	[2.7%] 2.4%	[12%] 12%	[28%] 32%	[11%] 13%	[4.1%] 3.1%	[29%] 31%
LMRpsych1_ns-, N = 30781 <sup>1</sup>	[47%] 47%	[40%] 43%	[0.8%] 0.2%	[12%] 7.9%	[25%] 26%	[11%] 9.2%	[6.4%] 3.6%	[3.4%] 3.2%
LMRpsych2+, N = 937 <sup>1</sup>	[42%] 41%	[56%] 52%	[0.6%] 0.4%	[5.6%] 5.4%	[28%] 25%	[8.9%] 9.7%	[2.8%] 3.1%	[7.2%] 7.5%
LTA: IN, N = 322 <sup>1</sup>	[34%] 34%	[39%] 40%	[2.6%] 2.7%	[11%] 11%	[13%] 13%	[7.9%] 7.7%	[2.6%] 2.7%	[5.3%] 5.1%
LTA: Q, N = 366 <sup>1</sup>	[33%] 31%	[43%] 43%	[1.9%] 2.6%	[17%] 15%	[19%] 18%	[15%] 15%	[3.7%] 4.9%	[11%] 11%
LTA: sLTA plus LMR, N = 1029 <sup>1</sup>	[41%] 41%	[36%] 30%	[0%] 0%	[8.1%] 4.9%	[42%] 48%	[6.8%] 7.7%	[2.7%] 1.6%	[15%] 16%
LTA: sLTA plus LMRpsych, N = 817 <sup>1</sup>	[55%] 55%	[55%] 56%	[1.4%] 1.6%	[14%] 15%	[41%] 38%	[14%] 13%	[0.7%] 0.9%	[6.8%] 6.7%
Overall, N = 38630 <sup>1</sup>	[46%] 47%	[47%] 44%	[1.5%] 0.5%	[11%] 8.2%	[28%] 27%	[11%] 9.5%	[3.7%] 3.5%	[11%] 5.7%

<sup>1</sup> [ % (unweighted) ]  
%

auf n wurde aus Platzgründen verzichtet; grau markiert sind jeweils die Extremwerte; Filter siehe Text;  
LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LMR = Leistungen zur „normalen“ medizinischen Rehabilitation, Q = Qualifizierung, IN = Integration, sLTA = sonstige LTA (z.B. Leistungen an Arbeitgeber, Leistung zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfe), LMRpsych = psychosomatische Rehabilitation, ns = Nachsorge (z.B. Psy-RENA).

### 3.8 Wie viele Leistungen der Sozialversicherung haben die Personen erhalten?

In der RSD sind zwangsläufig nur DRV-Leistungen dokumentiert. Im Fragebogen wurden weitere Leistungen erhoben und zeitlich gegliedert. Nachfolgend sind die Anzahl der Leistungen (soweit von der Sozialversicherung getragen, siehe Kap. 3.1) in den Zeitfenstern bis inkl. 2017 dargestellt – im Weiteren dann bis 2021. Eingeschlossen sind alle Personen, die dem Linkage mit der RSD zugestimmt und mindestens eine Kalenderangabe getätigt haben. Wir berichten ausschließlich auf Basis der gewichteten Werte, da die ungewichteten Werte tendenziell ähnlich sind.

Vergleichsweise mehr Leistungen der Sozialversicherung haben die Gruppen mit Qualifizierungs- oder Integrationsleistungen sowie mit mindestens zwei psychosomatischen Rehabilitationen erhalten – sowohl bis 2017 als auch bis zum Ende des Beobachtungszeitraums.

Auffällig ist, dass Personen mit einer psychosomatischen Rehabilitation mit Nachsorge ebenfalls sehr viele Leistungen der Sozialversicherung nutzen. Dies muss der Erhebungslogik folgend vor allem in Leistungen begründet sein, die nicht DRV-Leistungen sind.

Tabelle 9: Anzahl der Leistungen der Sozialversicherung nach RSD-Gruppen.

	Anzahl der Leistungen der Sozialversicherung	
	bis 2017	... bis 2021
LMRpsych1+, N = 2259 <sup>1</sup>	4.84 (2.35)	6.31 (2.95)
LMRpsych1_ns+, N = 2119 <sup>1</sup>	5.26 (2.19)	7.05 (2.93)
LMRpsych1_ns-, N = 30781 <sup>1</sup>	4.31 (2.47)	5.53 (2.86)
LMRpsych2+, N = 937 <sup>1</sup>	5.82 (2.49)	7.21 (2.98)
LTA: IN, N = 322 <sup>1</sup>	6.74 (2.18)	7.94 (2.98)
LTA: Q, N = 366 <sup>1</sup>	7.00 (2.77)	8.36 (3.35)
LTA: sLTA plus LMR, N = 1029 <sup>1</sup>	4.41 (2.64)	5.79 (3.04)
LTA: sLTA plus LMRpsych, N = 817 <sup>1</sup>	5.68 (2.87)	7.44 (3.58)
Overall, N = 38630 <sup>1</sup>	4.51 (2.51)	5.79 (2.95)

<sup>1</sup> Mean (SD)

grau markiert sind Abweichung >=1

Die Angaben sind eine Näherung, weil die einzelnen Leistungen dichotom in 4-Jahres-Fenstern erhoben werden und zudem subjektive Angaben vorliegen (Erinnerungsverzerrung). Für den Vergleich der Gruppen ist dies jedoch nachrangig, da davon alle Gruppen gleich betroffen sind.

### 3.9 Welche Leistungen gehen EMR in 2021 voraus?

Im Fragebogen wurde der aktuelle Erwerbsstatus erhoben. Nachfolgend interessieren die Leistungen, die der Erwerbsminderungsrente vorausgingen. Dieses Thema ist vielfältig relevant (Henn et al., 2021). Eingeschlossen sind wiederum Personen, die dem Linkage mit der RSD zugestimmt und mindestens eine Kalenderangabe getätigt haben. Ausgeschlossen sind Personen, die zum Erhebungszeitpunkt in Altersrente sind.

Personen mit Erwerbsminderungsrente in 2021, die definitionsgemäß in 2017 noch ohne Rentenbezug waren, haben im Zeitraum 2018-2021 häufiger genutzt:

- Ambulante Psychotherapie
- Psychiatrische / neurologische Beratung und Behandlung
- Psychiatrische Klinik / Tagesklinik
- Verhalten (Selbsthilfe)

Wir berichten nur für die ungewichteten Daten, da die Gewichtungen insbesondere auf den RTW ausgerichtet sind und damit für diese Fragestellung wenig zielführend erscheinen.

Tabelle 10: Leistungen 2017-2021 bei Status Erwerbsminderungsrente 2021 (und in 2017 ohne Erwerbsminderungsrente).

Merkmal	nein, N = 936 <sup>1</sup>	ja, N = 72 <sup>1</sup>	p-value <sup>2</sup>
Ambulante Psychotherapie	431 (46%)	45 (63%)	<b>0.007</b>
Psychiatrische / neurologische Beratung und Behandlung	430 (46%)	55 (76%)	<b>&lt;0.001</b>
Sozialpsychiatrischer Dienst	17 (1.8%)	2 (2.8%)	0.6
Psychiatrische Klinik / Tagesklinik	99 (11%)	16 (22%)	<b>0.003</b>
Verhältnisse Arbeitsplatz	292 (31%)	20 (28%)	0.5
Verhalten (Selbsthilfe)	107 (11%)	14 (19%)	<b>0.044</b>
LTA der BA oder BG	37 (4.0%)	1 (1.4%)	0.5
Nachsorge DRV	108 (12%)	10 (14%)	0.5

<sup>1</sup>n (%) von insgesamt 1008 Personen

<sup>2</sup>Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

Datensatz ungewichtet



## 4 RTW-Prognose mit ergänzenden Daten aus den Fragebogen

### 4.1 Ziel und Vorgehen

Ziel der nachfolgenden Ausführungen ist es, zu prüfen inwieweit die RSD ergänzende Fragebogendaten zu verbesserten Prognosen des RTW führen. Insbesondere interessieren dabei die Leistungen anderer Träger.

Der erwartete Nutzen liegt darin,

- a) dass die unbeobachtete Heterogenität in den bisherigen Analysen (also allein auf Basis der RSD, siehe Prognosemodelle im Teilbericht „Auswertung der RSD“) weiter aufgeklärt und damit das Potenzial für Linkage-Daten deutlich wird;
- b) dass Kennzeichen erfolgreicher Leistungsketten ermittelt werden, die handlungsleitend für die Planung und Steuerung von Leistungsketten sein könnten.

Das Vorgehen ist folgendes. Zunächst aggregieren wir fallzahlbedingt und nach inhaltlichen Kriterien einzelne RSD-Gruppen (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Aggregierte Gruppen für die weiteren Analysen.

Nr.	RSD-Gruppe	N	%	Aggregierte Gruppe für die weiteren Analysen
(1)	LMRpsych1+	180	15,31	Mehrere med. Reha, davon mind. 1 psychosomatische Reha
(1)	LMRpsych2+	184	15,65	
(1)	LTA: sLTA plus LMRpsych	150	12,76	
(2)	LTA: IN	39	3,32	Mindestens eine Qualifizierungs- oder Integrationsleistung
(2)	LTA: Q	54	4,59	
(3)	LMRpsych1_ns-	240	20,41	1 psychosomatische Rehabilitation ohne Nachsorge
(4)	LMRpsych1_ns+	224	19,05	1 psychosomatische Rehabilitation mit Nachsorge
-	LTA: sLTA plus LMR	79	6,72	Keine Analyse, weil bei „normaler“ med. Rehabilitation unklar ist inwieweit die psychische Erkrankung im Vordergrund steht. Zudem ist die Fallzahl gering.
-	LMR2+	26	2,21	

Anmerkungen: Personen mit Einwilligung zum RSD-Linkage, mit mind. einer Kalenderangaben und mit gültigen Werten bei Bildung und Alter bei erster Inanspruchnahme psychologischer oder ärztlicher Hilfe.

Für jede dieser aggregierten Gruppen ermitteln wir hierarchisch aufbauende Prognosemodelle für das RTW in 2018.

Im Basismodell werden für die jeweilige aggregierte Gruppe wesentliche RSD-Merkmale aufgenommen. Das Prädiktorenset für das Basismodell musste folgenden Anforderungen genügen:

- Mindestens ein Merkmal aus den Merkmalsgruppen, die auch bereits im Teilbericht „Auswertungen der RSD“ die Grundlage waren oder als evident gelten (z.B. Hetzel et al., 2023; Streibelt & Egner, 2013): Soziodemografie, Erwerbsbiografie, Rehabilitationsbiografie und Arbeitsmarkt.
- In den Prognosemodellen der Grundgesamtheit bereits bedeutsam.
- Der Prädiktor ist statistisch signifikant oder theoretisch bedeutsam (z.B. Alter weil im Weiteren auch das Alter bei der ersten Inanspruchnahme psychologischer oder ärztlicher Hilfe aufgenommen wird).

Gegenüber den Modellen aus der ersten Projektphase verwenden wir hier weniger Prädiktoren. Dies gründet vor allem in der deutlich reduzierten Fallzahl im Fragebogendatensatz, so dass jetzt nur noch vergleichsweise deutliche Effekte statistisch signifikant sind.

Das Basismodell soll blockweise um neue Merkmale erweitert werden. Dabei soll das Prognosepotenzial folgender Merkmalsgruppen überprüft werden:

- Block 1: Akut- oder Rehabilitationsleistungen vor dem RSD-Beobachtungszeitraum (also bis 2009), um das Thema Linkszensierung global abzubilden.
- Block 2: Leistungen anderer Träger und sonstige Inanspruchnahmen vor und parallel zum RSD-Beobachtungszeitraum.
- Block 3: Biografische Daten (Bildung, Alter beim psychisch bedingten Eintritt in das Versorgungssystem) sowie die Attribuierung der psychischen Erkrankung. Zur Bildung siehe nachfolgendes Kapitel.
- Final: Zuletzt werden die wichtigsten Prädiktoren aus jedem Block (hier  $p < 0.2$ ) in einem finalen Modell überprüft.
- Wir vergleichen die Modelle anhand des Pseudo- $R^2$  nach Nagelkerke.

Wir haben in allen Analysegruppen Modelle mit gewichteten und ungewichteten Daten verwendet. Die Schätzer der Basismodelle mit den gewichteten Daten waren jeweils dichter an den Modellen, die wir für die Grundgesamtheit ermittelt haben (exemplarische siehe Tabelle 12). Dies traf insbesondere auf die Gruppen zu, bei denen das Fragebogensample disproportional gezogen wurde<sup>4</sup>. Zudem waren die Modellgüten mit den gewichteten Daten höher und näher an den Modellen für die Grundgesamtheit. Daher ermitteln wir alle Modelle mit den gewichteten Daten<sup>5</sup>.

Tabelle 12: Modellvergleich von Fragebogendaten ungewichtet und gewichtet mit der Grundgesamtheit.

Predictors	Fragebogen ungewichtet		Fragebogen gewichtet		Grundgesamtheit (RSD)	
	OR	$p$	OR	$p$	OR	$p$
(Intercept)	0.12	<0.001	0.07	<0.001	0.17	<0.001
sex [Mann]	0.44	0.005	0.34	0.001	0.51	<0.001
age18kf39-48	1.82	0.268	1.35	0.613	1.20	0.311
age18kf49-58	1.40	0.497	1.21	0.727	1.17	0.358
age18kf59-63	0.50	0.175	0.31	0.037	0.46	<0.001
ALO	1.14	0.013	1.18	0.006	1.04	0.023
TEG 1416	1.02	<0.001	1.02	<0.001	1.02	<0.001
bes3m	3.17	<0.001	3.84	<0.001	4.94	<0.001
dau	0.99	0.093	0.99	0.020	1.00	0.006
Observations	497		497		4013	

Anmerkung: Zielgröße RTW.2018 für die aggregierte Gruppe aus "LMRpsych1+", "LMRpsych2+", "LTA: sLTA plus LMRpsych"

<sup>4</sup> LMRpsych1\_ns- und LMRpsych1\_ns+: bei diesen beiden Gruppen hatte der Schätzer für den Beschäftigungsstatus 3 Monate vor der Reha bei den ungewichteten Daten das entgegengesetzte Vorzeichen. Dies dürfte darin gründen, dass die „true positive Gruppe“ (also das tatsächliche positive RTW wird vom Modell korrekt vorhergesagt) im Sample deutlich unterrepräsentiert war. Weniger deutlich waren die Artefakte bei sLTA plus LMR und LMRpsych1+.

<sup>5</sup> Wir verwenden für die Modelle den Befehl svyglm aus dem R-Paket survey.

## 4.2 Exkurs: zur Validität der Bildungsmerkmale

Das Daten-Linkage ermöglicht eine Gegenüberstellung von gleichen Informationen aus zwei Datenquellen. Aus der RSD wurde ein Bildungsmerkmal aus der Schulbildung und Berufsbildung abgeleitet. Basis sind Selbstangaben der Versicherten. Trotz der Merkmalskombination verblieben einige Missings. Im Fragebogen wurden vergleichbare Informationen erhoben. Diese beiden Datenquellen sind in Tabelle 13 kreuztabelliert.

Festzuhalten bleibt, dass die sich entsprechenden Kategorien mehrheitlich korrekt besetzt sind und auch die Randverteilungen sehr ähnlich sind. Allerdings verbleiben auch deutliche Abweichungen in einzelnen Zellen. Berufsausbildung bei der RSD ist im Fragebogen recht häufig Fachhochschule oder Uni. Umgekehrt ist bei der RSD Hochschule häufig Lehre/Fachschule im Fragebogen. Bei der RSD „unbekannt“ verteilt sich recht ähnlich auf alle Niveaus beim Fragebogen, so dass eine Zuordnung zu einer einzelnen Bildungskategorie nicht sinnvoll erscheint.

Tabelle 13: Bildung in der RSD und im Fragebogen.

		ohne B- Ausbildung	Lehre	Fragebogen Fachschule	Fachhoch- schule	Universität	Total
	ohne B-Ausbildung	14 (52%)	14 (3%)	6 (2%)	3 (2%)	1 (1%)	38 (3%)
	mit B-Ausbildung	9 (33%)	397 (73%)	174 (67%)	62 (36%)	20 (14%)	662 (58%)
RSD	Hochschule	0 (0%)	60 (11%)	51 (20%)	90 (52%)	109 (75%)	310 (27%)
	unbekannt	4 (15%)	70 (13%)	29 (11%)	18 (10%)	16 (11%)	137 (12%)
	Total	27 (2%)	541 (47%)	260 (23%)	173 (15%)	146 (13%)	1147 (100%)

Die Bildungsmerkmale der RSD werden mit den Angaben aus der letzten vorliegenden DEÜV von Arbeitgebern beschickt. Die Güte liegt in Verantwortung der Arbeitgeber. Zudem fließen im Bewilligungsprozess von Rehabilitationsleistungen dazu Informationen ein, siehe dazu die Codepläne zur RSD sowie die Überblicksarbeit von Bestmann (2008). Alles in allem ist die Validität unsicher. Allerdings sind Selbstangaben im Fragebogen möglicherweise auch verzerrt und nicht überprüfbar.

In den weiteren Analysen soll Bildung als Prädiktor für den RTW verwendet werden. Wir entscheiden uns für die Operationalisierung im Fragebogen.

### **4.3 Mehrere medizinische Rehabilitationen, davon mindestens eine psychosomatische Rehabilitation**

Die aggregierte Gruppe „Mehrere med. Reha, davon mindestens eine psychosomatische Reha“ ist ein Zusammenschluss der RSD-Gruppen LMRpsych1+, LMRpsych2+ und sLTA plus LMRpsych.

Einige Befunde seien herausgestellt:

- Das Basismodell erklärt  $R^2=41,75\%$ . Die ergänzenden Fragebogendaten verbessern im finalen Modell die Prognosen auf  $R^2=47,05\%$ . Das ist eine relative Steigerung von 12,69%.
- Im Basismodell zeigen sich die wesentlichen Prädiktoren aus den Modellen der Grundgesamtheit. Herausgehoben sei das Merkmal „dau“ für das RTW: je kürzer die Dauer von erster Sozial- oder Transferleistung bis zur ersten DRV-Reha, desto höher das RTW. Dieses Merkmal bleibt auch bei ergänzenden Daten bedeutsam.
- Sehr lang zurückliegende (also bis 2009) Reha- oder Akutleistungen haben keinen Einfluss auf das RTW.
- Von den Nicht-DRV-Leistungen hemmen den RTW die Akutleistungen (Psychiatrie/Tagesklinik) und fördern den RTW die arbeitsplatzbezogenen Anpassungen.
- Ohne zusätzliche prädiktive Bedeutung für den RTW scheinen ambulante Psychotherapie, Psychiatrische / Neurologische Beratung und Behandlung, LTA anderer Träger sowie verhaltensbezogene Aktivitäten (allerdings ist hier nur „Selbsthilfe“ operationalisiert) zu sein.
- Bei den personenbezogenen Merkmalen ist für den RTW förderlich jüngeres Alter bei erster ärztlicher/psychologischer Hilfe und eine Fachschulbildung gegenüber Lehre.
- Der vergleichsweise stärkste Prädiktor ist aber nach wie vor der Beschäftigungsstatus 3 Monate vor der letzten Leistung (RSD-Merkmal) sowie die Bildung.

Tabelle 14: Prognose des RTW in 2021 mit Linkage-Daten für die Gruppe „Mehrere medizinische Rehabilitationen, davon mindestens eine psychosomatische Rehabilitation“.

Predictors	Basismodell		Block 1		Block 2		Block 3		final	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
(Intercept)	0.07	<0.001	0.07	<0.001	0.08	0.001	0.13	0.012	0.23	0.057
sex [Mann]	0.34	0.001	0.35	0.001	0.38	0.003	0.37	0.004	0.39	0.007
age18kf39-48	1.35	0.613	1.28	0.687	1.53	0.499	1.72	0.419	2.05	0.296
age18kf49-58	1.21	0.727	1.12	0.832	1.13	0.831	1.54	0.498	1.60	0.482
age18kf59-63	0.31	0.037	0.28	0.027	0.29	0.040	0.46	0.258	0.48	0.296
ALO	1.18	0.006	1.17	0.008	1.17	0.009	1.18	0.004	1.18	0.005
TEG 1416	1.02	<0.001	1.02	<0.001	1.02	<0.001	1.02	<0.001	1.02	<0.001
bes3m	3.84	<0.001	3.79	<0.001	4.04	<0.001	3.72	<0.001	3.74	<0.001
dau	0.99	0.020	0.99	0.013	0.99	0.019	0.99	0.006	0.99	0.006
lei bis2009			1.32	0.310						
f23d akut b17					0.46	0.004			0.45	0.004
f23d berat psyneur b17					0.88	0.640				
f23d psyther b17					1.09	0.744				
f23d verhaelt arb b17					1.80	0.015			1.86	0.008
f23d verhalten b17					1.31	0.454				
f23d lta andere b17					1.08	0.889				
age psy hilfe							0.98	0.051	0.97	0.011
gru chron							1.35	0.246		
bild5 [Fachschule]							2.15	0.014	2.07	0.025
bild5 [Fachhochschule]							1.67	0.178	1.60	0.216
bild5 [Uni]							1.44	0.395	1.51	0.327
bild5 [keine Berufsausb]							0.43	0.236	0.53	0.371
Observations	497		497		497		497		497	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.4175		0.4197		0.4471		0.4447		0.4705	
delta zu RSD (rel.)	0.0000		0.0053		0.0709		0.0651		0.1269	

Anmerkung: logistische Regression für den RTW in 2021, gewichtete Daten.

Die Leistungen in Block 2 und final werden dichotomisiert verwendet. Die Verwendung als Zählvariable durch Auszählen der Markierungen war ohne empirischen Mehrwert. Angesichts der Limitation durch die blockweisen Zeitfenster und Erinnerungsverzerrungen (siehe Kap. 3.1) erscheint die dichotomisierte Variante belastbarer.

## 4.4 Mindestens eine Qualifizierungs- oder Integrationsleistung

Die aggregierte Gruppe „Mindestens eine Qualifizierungs- oder Integrationsleistung“ ist ein Zusammenschluss der RSD-Gruppen Q und IN.

Die Bildungsvariable ist in der Ausprägung „keine Berufsausbildung“ nur mit 3 Personen besetzt. Wir aggregieren Lehre, Fachschule und keine Berufsausbildung zu einer Kategorie (n=69) und belassen die übrigen Kategorien Fachhochschule (n=11) und Uni (n=10).

Tabelle 15: Prognose des RTW in 2021 mit Linkage-Daten für die Gruppe „Mindestens eine Qualifizierungs- oder Integrationsleistung“.

Predictors	Basismodell		Block 1		Block 2		Block 3		final	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
(Intercept)	0.00	<0.001	0.00	<0.001	0.00	<0.001	0.00	0.003	0.00	<0.001
TEG 1416	1.02	0.001	1.03	<0.001	1.02	0.004	1.02	0.001	1.03	0.001
bes 1	1.04	0.015	1.04	0.025	1.05	0.004	1.06	0.026	1.06	0.019
SOZ 1sum	1.10	0.005	1.09	0.021	1.12	0.002	1.11	0.014	1.10	0.027
IN	1.26	<0.001	1.30	<0.001	1.20	0.005	1.26	0.001	1.31	0.001
Q	1.17	<0.001	1.19	<0.001	1.14	0.001	1.17	<0.001	1.19	<0.001
lei bis2009			3.00	0.056					4.03	0.036
f23d akut b17					1.34	0.540				
f23d berat psyneur b17					0.43	0.260				
f23d psyther b17					4.22	0.054			1.86	0.413
f23d verhaelt arb b17					1.57	0.416				
f23d Ita andere b17					0.80	0.723				
age psy hilfe							0.98	0.433		
gru chron							1.31	0.693		
bild3 [Fachhochschule]							0.63	0.600	0.55	0.546
bild3 [Uni]							13.24	0.007	15.09	0.002
Observations	90		90		90		90		90	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.3726		0.4090		0.4231		0.4429		0.4893	
delta zu RSD (rel.)	0.0000		0.0977		0.1355		0.1887		0.3132	

Anmerkung: logistische Regression für den RTW in 2021, gewichtete Daten.

Einige Befunde seien herausgestellt:

- Das Basismodell erklärt R<sup>2</sup>=37,26%. Die ergänzenden Fragebogendaten verbessern im finalen Modell die Prognosen auf R<sup>2</sup>=48,93%. Das ist eine relative Steigerung von 31,32%.
- Im Basismodell zeigen sich die wesentlichen Prädiktoren aus den Modellen der Grundgesamtheit.

- Der RTW-Erfolg steigt deutlich, wenn die Leistungskette schon vor 2010 begonnen hat. Dies deutet darauf hin, dass eine lange Leistungskette vorliegt und dass die LTA der Endpunkt sind.
- Ergänzende Leistungen scheinen den RTW nicht eindeutig zu bedingen. Die Deskriptionen aus den vorherigen Kapiteln zeigten, dass die Personen vergleichsweise viele Leistungen erhalten. Möglicherweise ist hier zu wenig Varianz in den Prädiktoren.
- Tendenziell scheint ambulante Psychotherapie zu stützen. Allerdings wird der Effekt deutlich überlagert, wenn frühe Akut- oder Rehabilitationsleistungen aufgenommen werden.
- Ein sehr hoher Stützfaktor ist ein Uni-Abschluss. Möglicherweise sind hier bessere Bewältigungsstrategien möglich. Allerdings ist diese Teilgruppe nur gering besetzt, so dass hier vorsichtig interpretiert werden sollte.
- Das Merkmal „dau“ war anders als im vorherigen Kapitel für das RTW nicht bedeutsam. Dies könnte darin gründen, dass sehr lange Leistungsketten vorliegen und damit der RSD-Zeitraum durch Linkszensurierung für dieses Merkmal wenig aussagekräftig ist.

## 4.5 Eine psychosomatische Rehabilitation

Es wurden Personen mit einer psychosomatischen Rehabilitation untersucht. Die Modelle wurden getrennt für die Gruppen mit bzw. ohne Nachsorge ermittelt (LMRpsych1\_ns- und LMRpsych1\_ns+).

In beiden Modellen erzielte das sparsame Basismodell bereits hohe Modellgüten. Die ergänzenden Fragebogendaten hatten jeweils keine zusätzliche Erklärungskraft für den RTW.

Dafür gibt es zwei Erklärungsansätze.

Zum Einen methodisch. Mit den ungewichteten Daten waren Artefakte festzustellen, weil einzelne Schätzer im Basismodell insbesondere der „Beschäftigungsstatus 3 Monate vor der Reha“ entweder nicht signifikant oder in der umgekehrten Ausprägung gegenüber den Modellen in der Grundgesamtheit signifikant war. Dies dürfte an der Unterrepräsentierung der true-positive-Personen beim sampling gründen. Die Modelle mit den gewichteten Daten waren deutlich näher an den Modellen der Grundgesamtheit. Allerdings sind die Kalibrierungsgewichte für diese Teilgruppen recht hoch, so dass hier vorsichtig zu interpretieren ist. Denn einzelne Ausreißer können die Modelle deutlich beeinflussen. Eine Gewichtung (vor allem so eine starke) kann nicht die "gleiche Arbeit" leisten, wie wenn man tatsächlich mehr true-positive-Personen rekrutiert hätte.

Zum Anderen inhaltlich. Beide Gruppen charakterisieren eher punktuelle Leistungen und sie sind weniger ein Teil von Leistungsketten bzw. sind die Leistungsketten sehr homogen. So haben in der Gruppe LMRpsych1\_ns+ 83% ambulante Psychotherapie bis 2017 genutzt (siehe Kap. 3.7). Das sind fast alle und empirisch ist dieses Merkmal dann ohne prädiktive Bedeutung.



Tabelle 16: Prognose des RTW in 2021 mit Linkage-Daten für die Gruppe „Eine psychosomatische Rehabilitation mit Nachsorge“.

Predictors	Basismodell		Block 1		Block 2		Block 3		final	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
(Intercept)	0.05	<0.001	0.05	<0.001	0.03	<0.001	0.04	0.001	0.04	<0.001
age18kf39-48	1.66	0.388	1.65	0.392	1.68	0.415	1.46	0.534	1.82	0.316
age18kf49-58	1.69	0.327	1.69	0.328	1.83	0.277	1.39	0.580	1.78	0.291
age18kf59-63	0.58	0.347	0.58	0.340	0.68	0.529	0.45	0.243	0.66	0.483
TEG 1416	1.01	0.001	1.01	0.001	1.01	0.004	1.01	0.003	1.01	0.004
bes 2	1.07	0.003	1.07	0.003	1.06	0.009	1.07	0.003	1.07	0.004
bes3m	1.73	0.105	1.73	0.104	1.78	0.097	1.67	0.130	1.79	0.087
lei bis2009			0.89	0.765						
f23d akut b17					1.06	0.885				
f23d berat psyneur b17					0.74	0.348				
f23d psyther b17					1.60	0.250				
f23d verhaelt arb b17					1.60	0.147			1.60	0.148
f23d verhalten b17					1.43	0.606				
f23d lta andere b17					1.05	0.933				
age psy hilfe							1.01	0.509		
gru chron							0.98	0.960		
bild3 [Fachhochschule]							1.12	0.821		
bild3 [Uni]							0.73	0.487		
Observations	221		221		221		221		221	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.3168		0.3171		0.3351		0.3214		0.3257	
delta zu RSD (rel.)	0.0000		0.0009		0.0578		0.0145		0.0281	

Anmerkung: logistische Regression für den RTW in 2021, gewichtete Daten.

Tabelle 17: Prognose des RTW in 2021 mit Linkage-Daten für die Gruppe „Eine psychosomatische Rehabilitation ohne Nachsorge“.

Predictors	Basismodell		Block 1		Block 2		Block 3		final	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
(Intercept)	0.05	<0.001	0.05	<0.001	0.04	0.001	0.05	0.004	0.04	<0.001
age18kf39-48	0.43	0.238	0.42	0.227	0.42	0.222	0.45	0.284	0.43	0.243
age18kf49-58	0.61	0.446	0.58	0.402	0.60	0.428	0.62	0.488	0.58	0.420
age18kf59-63	0.21	0.029	0.19	0.024	0.19	0.019	0.19	0.032	0.18	0.019
TEG 1416	1.01	0.001	1.02	0.001	1.01	0.001	1.01	0.002	1.01	<0.001
bes 2	1.08	0.004	1.08	0.004	1.09	0.002	1.08	0.005	1.08	0.002
bes3m	3.24	0.001	3.17	0.002	2.82	0.004	3.06	0.003	2.95	0.003
lei bis2009			1.41	0.433						
f23d akut b17					1.17	0.676				
f23d berat psyneur b17					1.74	0.105			1.84	0.078
f23d psyther b17					0.77	0.548				
f23d verhaelt arb b17					1.11	0.783				
f23d verhalten b17					0.45	0.168			0.40	0.129
f23d lta andere b17					0.57	0.500				
age psy hilfe							1.00	0.897		
gru chron							0.73	0.400		
bild3 [Fachhochschule]							0.89	0.799		
bild3 [Uni]							1.51	0.424		
Observations	231		231		231		231		231	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.4606		0.4631		0.4849		0.4658		0.4803	
delta zu RSD (rel.)	0.0000		0.0054		0.0528		0.0113		0.0428	

Anmerkung: logistische Regression für den RTW in 2021, gewichtete Daten.

## 5 Interview-Daten und Linkage

Es wurden in Summe 70 Interviews realisiert. Die qualitativen Auswertungen dazu sind im Hauptbericht beschrieben. Im Ergebnis wurden u.a. Verlaufsgruppen in zwei Granularitäten sowie Attributionsgruppen ermittelt. Diese Gruppen werden im Weiteren durch das Linkage mit der RSD (n=70) bzw. den Fragebogen-Daten (n=56) näher beschrieben. Zudem werden Modelle für das Interview-Sample geschätzt und auf die Fragebogen-Daten angewendet.

### 5.1 Synopse der Gruppen auf Basis der Interviews mit den RSD-Gruppen (bis 2017)

Nachfolgend sind die Gruppen auf Basis der Interviews zeilenweise dargestellt und in den Spalten den RSD-Gruppen aus der ersten Projektphase zugeordnet. Bei der Interpretation der Kreuztabelle sind die unterschiedlichen Bezugszeiträume der Interviewgruppen (bis 2017) im Vergleich zu den RSD-Gruppen zu berücksichtigen (bis etwa Mitte 2022).

Tabelle 18: Gruppen aus den Interviews (zeilenweise) und der Bezug zu den RSD-Gruppen (spaltenweise).

Merkmal	N	LMRpsych1+,	LMRpsych1_ns+	LMRpsych1_ns-	LMRpsych2+	IN	Q	sLTA + LMR	sLTA + LMRpsych
Verlaufsgruppe fein (nur Interview)	70								
LMRpsych_1		1	7	5	0	0	0	1	0
LMRpsych_1 + LMRsom		1	0	3	0	0	0	0	2
LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_IN		0	1	0	0	1	0	0	0
LMRpsych_1 + LMRsom + LTA_Q		2	0	1	0	0	1	0	0
LMRpsych_1 + LTA_IN		0	0	0	0	6	0	0	0
LMRpsych_1 + LTA_Q		0	0	0	0	0	3	0	0
LMRpsych_2		0	2	2	3	0	0	0	1
LMRpsych_2 + LMRsom		0	1	2	0	0	0	0	1
LMRpsych_2 + LMRsom + LTA_IN		0	0	0	0	3	0	0	0
LMRpsych_2 + LTA_IN		0	1	1	0	1	0	0	0
LMRpsych_2 + LTA_Q		0	0	0	0	0	1	0	0
LMRsom		0	0	0	0	0	0	1	0
LMRsom + LTA_IN		0	0	0	0	1	0	0	0
LMRsom + LTA_Q		0	0	0	0	0	1	1	0
LMRSom + LTA_Q		0	0	0	0	0	1	0	0
LTA_IN		0	0	0	0	1	0	0	0
LTA_Q		0	0	0	0	0	1	0	1
Wiederholer		2	0	1	2	2	0	0	1
Verlaufsgruppe grob (nur Interview)	70								
LMRpsych_1		1	7	5	0	0	0	1	0
LMRpsych_2		0	2	4	3	0	0	0	2
LMRpsych_1 + LMRsom		1	1	3	0	0	0	1	2
LMRpsych1 + LTA		2	2	2	0	13	8	1	1
Wiederholer		2	0	1	2	2	0	0	1
Attributionsgruppe (nur Interview)	70								
Aufschichtung biogr. Ereignisse		1	5	8	2	9	3	1	3
Frühe psych. belast. Erlebnisse/Trauma		1	3	2	2	3	0	0	2
Kritisches Lebensereignis		2	3	2	0	1	0	1	1
Somatische Erkrankungen		2	1	3	1	2	5	1	0
Summe jeweils		6	12	15	5	15	8	3	6

Anmerkung: wegen der geringen Zellenbesetzungen wird auf Prozentzahlen verzichtet.

## 5.2 Identifikation der Verlaufsgruppen aus den Interviews in den Fragebogen-Daten

### 5.2.1 Vorgehen

Die auf Basis der 70 Interviews definierten Gruppen sollen auf die Gesamtheit aller Personen mit Fragebogen übertragen werden. Dazu werden die Angaben aus dem Kalender (Frage 23) verwendet. Da bei der Sicherung der Datenqualität und bei weiteren Analysen Bezüge zur RSD genutzt werden, wird bereits hier auf die Personen abgestellt, die dem Linkage von Fragebogen mit der RSD zugestimmt haben. In Summe liegen Angaben von n=1150 Personen zugrunde.

Die Verlaufsgruppen „grob“ (LMRpsych1, LMRpsych2, LMRpsych1+LMRsom, LMRpsych1+LTA, Wiederholer) aus den Interviews lassen sich näherungsweise auf Basis der Fragebogenangaben nachbilden. Q und IN sollten explizit in den Gruppen berücksichtigt werden, weil sie eine entscheidende Phase auf der Verlaufskurve darstellen (siehe Hauptbericht). Sonstige LTA wurden nicht explizit ausgewiesen, weil in den Interviews von den Personen meist nur Q und IN als LTA wahrgenommen wurden und sonstige LTA (z.B. Arbeitsmittel, Leistungen an Arbeitgeber) nicht. Daher dürfte im Fragebogen von einer Untererfassung der sonstigen LTA auszugehen sein

Für die Identifikation der Typen liegen folgende Limitationen durch die Fragebogensystematik vor:

1. Die Angaben wurden im Fragebogen nach 4-jährigen Zeiträumen (z.B. 2010-13) erfasst, so dass mehrere Leistungen derselben Art innerhalb dieses Zeitraums nur als eine Leistung gezählt werden können. Beispielsweise könnte LMR1 bedeuten: (a) Genau 1 Leistung oder (b) 2 Leistungen oder mehr in diesem Zeitraum.
2. Normale medizinische Rehabilitation und psychosomatische Rehabilitation wurde im Fragebogen gemeinsam erfasst.
3. Sofern verschiedene Leistungsarten innerhalb des 4-jährigen Zeitraums ausgewertet werden, ist die zeitliche Reihenfolge dieser Leistungsarten nicht rekonstruierbar.

Im Ergebnis wurden folgende Haupttypen in den Fragebogendaten für den gesamten Zeitraum identifiziert (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Identifikation der Verlaufsgruppen aus den Interviews in den Fragebögen (sog. Haupttypen)

Fragebogen Haupttyp (2021)	n	%	Kommentar
LMR1	401	35%	1 „normale“ / psychosomatische Reha und keine Q/IN
LMR2	314	27%	2 „normale“ / psychosomatische Reha und keine Q/IN
LMR1o2 mit Q/IN	228	20%	1-2 „normale“ / psychosomatische Reha und Q/IN
Wiederholer	142	12%	>2 „normale“ / psychosomatische Reha und keine Q/IN
Wiederholer mit Q/IN	65	6%	>2 „normale“ / psychosomatische Reha und Q/IN
Total	1150		

Anmerkungen:

Fragebogen für n=1150 (Filter: Linkage mit RSD und mind. eine Angabe bei Kalender)

Plausibilitätskorrekturen bei der Typzuordnung auf Basis der Kalenderangaben im Fragebogen (Anzahl der medizinischen Rehabilitationen und Anzahl der LTA DRV bzw. andere Träger) sowie auf Basis der RSD-Gruppierungen.

Um zeitliche Entwicklungen sowie Bezüge zum RSD-Typen aufzuzeigen wurde dieselbe Zuordnungslogik verwendet bis zum Jahr 2017. Dies ist Gegenstand des folgenden Kapitels. Wir verwenden im Weiteren die ungewichteten Daten.

## 5.2.2 Haupttypen und RSD-Gruppen

Nachfolgend werden für die n=1150 Personen mit Fragebogenangaben (Zustimmung zum Linkage von Fragebogen mit der RSD sowie mindestens eine Angabe bei den Kalenderfragen) die Bezüge zwischen den ursprünglichen Gruppen auf Basis der RSD sowie den Gruppen auf Basis der Fragebögen dargestellt. Da hier nicht nur die Leistungsarten teils unterschiedlich kombiniert sind, sondern auch sich auch die Zeiträume unterscheiden, werden folgende drei Gruppen in Beziehung gesetzt:

1. Die RSD-Gruppen 2010-2017
2. Die Fragebogengruppen bis 2017 (die auch Leistungen anderer Träger enthalten sowie den Zeitraum vor 2010)
3. Die Fragebogengruppen bis 2021

Die Gruppengrößen sowie die Wanderungen zwischen den Gruppen sind nachfolgend proportional zur Zellenbesetzung dargestellt, zunächst farblich die Gruppen ohne Q/IN (siehe Abbildung 5) und dann die Gruppen mit Q/IN (siehe Abbildung 6). Dabei wird jeweils die Perspektive aus 2021 eingenommen, also von „rechts“ markiert.

Da durch die Fragebogen auch der Zeitraum bis 2009 bzw. ab 2018 betrachtet wird, gibt es teils „Aufstiege“ der RSD-Typen. Das bedeutet, dass aus einer einmaligen medizinischen Rehabilitation nun teils zweimalige werden, analog aus einer zweimaligen möglicherweise ein Wiederholer (siehe Abbildung 5).

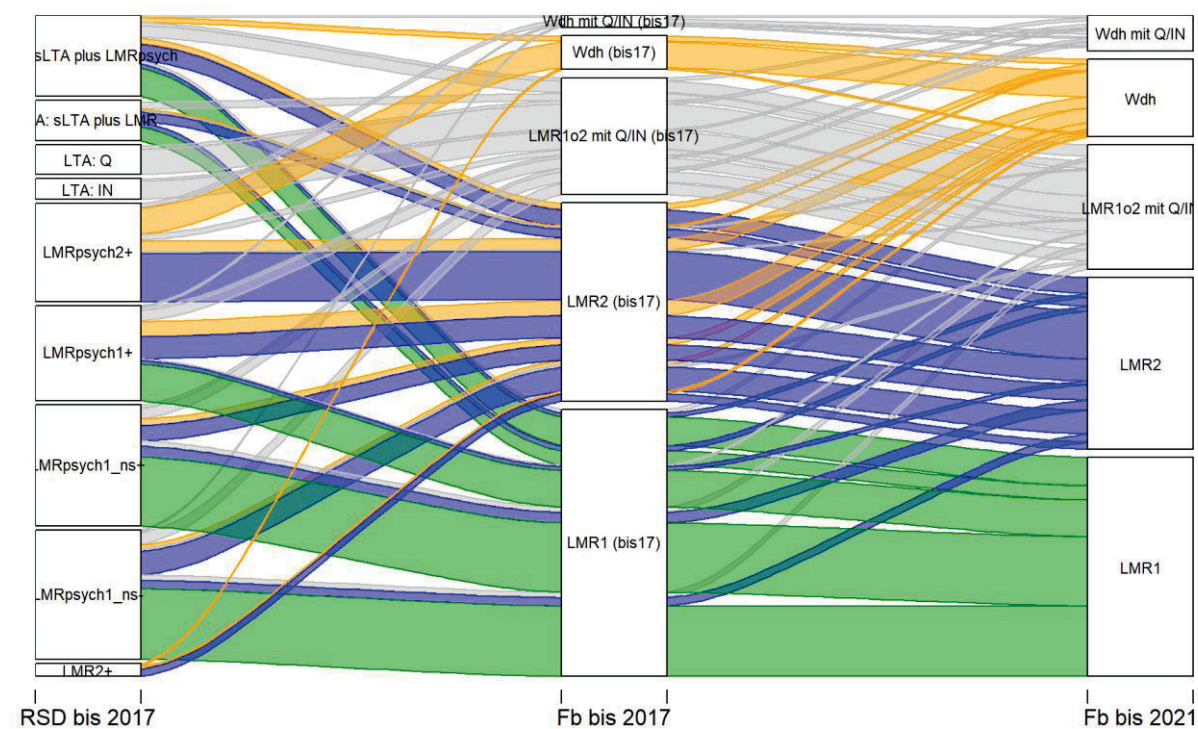


Abbildung 5: Flussdiagramm der unterschiedlichen Typen ohne Q/IN (markiert von rechts).

Zusätzlich können durch die erweiterten Zeiträume sowie durch die LTA anderer Träger auch Aufstiege in den Typen erfolgen (siehe Abbildung 6). Von 2017 nach 2021 gibt es aber nur recht wenige Wanderungen zwischen den Typen.

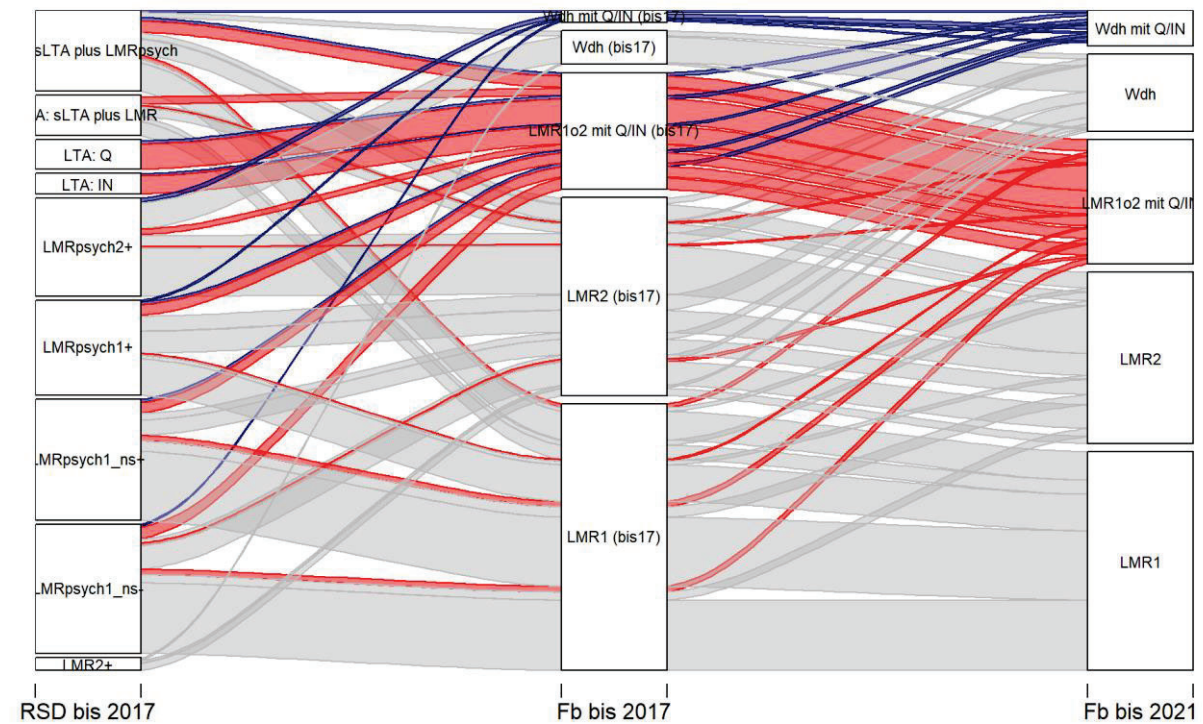


Abbildung 6: Flussdiagramm der unterschiedlichen Typen mit Q/IN (markiert von rechts).

### 5.2.3 Haupttypen und Ende der Leistungskette

Welche der Haupttypen waren in 2017 am Ende der Leistungskette? Analog zu oben (siehe Kap. 3.5) sollten ab 2018 dann keine Akut-/Rehabilitationsleistungen mehr erfolgen:

- Psychiatrische Klinik / Tagesklinik
- (Psycho-)somatische Rehabilitation
- LTA der DRV
- LTA der BA oder BG

Analog zu oben war für 71% der Personen die Leistungskette in 2017 beendet bzw. für 29% war sie nicht beendet. Für die Personen der beiden Wiederholer-Gruppen (Haupttypen 2017) war die Kette überdurchschnittlich nicht beendet. Viele vergangene Leistungen der medizinischen Rehabilitation deutet als auch auf weitere Akut-/Rehabilitationsleistungen hin.

Tabelle 20: Weitere Leistungen der Haupttypen (2017).

	Akut-/Rehaleistungen ab 2018	
	nein	ja
LMR1 (bis17)	364 (74%)	125 (26%)
LMR2 (bis17)	256 (71%)	107 (29%)
LMR1o2 mit Q/IN (bis17)	150 (70%)	64 (30%)
Wdh (bis17)	35 (56%)	27 (44%)
Wdh mit Q/IN (bis17)	12 (55%)	10 (45%)
Total	817 (71%)	333 (29%)

Grau markiert sind Abweichungen >=5%-Punkte von Total.

### 5.2.4 Haupttypen und weitere Leistungen

Im Fragebogen wurden weitere Leistungen erhoben und zeitlich gegliedert. Die Kategorisierung ist in Kap. 3.1 beschrieben. Nachfolgend sind diese Leistungen (dichotomisiert) bis inkl. 2017 sowie ab 2018 jeweils für die Haupttypen (2021) dargestellt. Wie zuvor auch werden Personen betrachtet, die dem Linkage mit der RSD zugestimmt haben und die mindestens eine Angabe beim Kalender getätigt haben (n=1150).

Bis zum Jahr 2017 (siehe Tabelle 21)

- haben 76% der Personen ambulante Psychotherapie genutzt, davon überdurchschnittlich häufig (82%) die Personen der Gruppe LMR1o2 mit Q/IN („1 oder 2 med./psychosomatische Rehabilitationen sowie einer Qualifizierungs- oder Integrationsleistung“);
- haben 65% der Personen psychiatrische / neurologische Beratung genutzt, davon überdurchschnittlich Personen mit vielen DRV-Leistungen;
- erhielten 32% der Personen akute Leistungen in Form von psychiatrischer Klinik oder Tagesklinik, davon überdurchschnittlich die Personen mit Q oder IN;
- verhältnisbezogene Leistungen (z.B. innerbetriebliche Veränderungen) erhielten die Hälfte der Personen, überdurchschnittliche die Personen ohne Q oder IN;
- verhaltensbezogen (hier operationalisiert über die Kategorie „Selbsthilfeangebote“) reagierten die Personen mit Q oder IN dagegen vergleichsweise häufiger.

Tabelle 21: Weitere Leistungen der Personen der Haupttypen (2021).

	Ambulante Psychotherapie	psychiatrische / neurologische Beratung und Behandlung	Sozialpsychiatrischer Dienst	Psychiatrische Klinik / Tagesklinik	Verhältnisse Arbeitsplatz	Verhalten (Selbsthilfe)	LTA der BA oder BG	Nachsorge DRV
<b>bis 2017</b>								
LMR1	281 (70%)	228 (57%)	11 (3%)	119 (30%)	171 (43%)	31 (8%)	0 (0%)	182 (45%)
LMR2	239 (76%)	205 (65%)	17 (5%)	90 (29%)	176 (56%)	34 (11%)	0 (0%)	141 (45%)
LMR1o2 mit Q/IN	188 (82%)	168 (74%)	26 (11%)	97 (43%)	107 (47%)	38 (17%)	60 (26%)	96 (42%)
Wdh	113 (80%)	99 (70%)	2 (1%)	37 (26%)	86 (61%)	26 (18%)	0 (0%)	55 (39%)
Wdh mit Q/IN	51 (78%)	50 (77%)	6 (9%)	28 (43%)	35 (54%)	12 (18%)	21 (32%)	35 (54%)
<i>Total</i>	872 (76%)	750 (65%)	62 (5%)	371 (32%)	575 (50%)	141 (12%)	81 (7%)	509 (44%)
<b>2018-2021</b>								
LMR1	171 (43%)	153 (38%)	4 (1%)	37 (9%)	112 (28%)	36 (9%)	0 (0%)	49 (12%)
LMR2	141 (45%)	162 (52%)	4 (1%)	28 (9%)	90 (29%)	31 (10%)	0 (0%)	24 (8%)
LMR1o2 mit Q/IN	89 (39%)	103 (45%)	6 (3%)	26 (11%)	47 (21%)	29 (13%)	35 (15%)	22 (10%)
Wdh	80 (56%)	83 (58%)	2 (1%)	17 (12%)	57 (40%)	24 (17%)	0 (0%)	21 (15%)
Wdh mit Q/IN	41 (63%)	45 (69%)	3 (5%)	15 (23%)	22 (34%)	7 (11%)	8 (12%)	15 (23%)
<i>Total</i>	522 (45%)	546 (47%)	19 (2%)	123 (11%)	328 (29%)	127 (11%)	43 (4%)	131 (11%)

Anzahl und Anteil der Personen, die die Leistung mindestens einmal erhalten haben. Markiert sind Abweichungen  $\geq 5\%$  Punkte von Total.

Die weiteren Leistungen ab dem Jahr 2018 (siehe Tabelle 21) sind analog zu lesen. Vergleichsweise überdurchschnittlich erhalten wiederum die Personen der beiden Wiederholer-Gruppen weitere Leistungen.



## 5.3 Attributionsgruppen

### 5.3.1 Vorüberlegungen zu den Attributionsgruppen

In der qualitativen Auswertung der Interviews wurde für jede Person definiert, wie die psychischen Erkrankungen attribuiert werden. Folgende typischen Attribuierungen wurden identifiziert:

- Aufschichtung biographischer Ereignisse
- Frühe psychisch belastende Erlebnisse/Trauma
- Kritisches Lebensereignis
- Somatische Erkrankungen

Je nach Attribuierung könnten mehr oder weniger komplexe Leistungsketten zu erwarten sein (siehe Hauptbericht). Können die Attributionsgruppen bereits anhand von bereits vorliegenden bzw. aufwandsarm zu erhebenden Daten identifiziert werden, könnten sich wertvolle Hinweise insbesondere für die Fallsteuerung ergeben.

Daher wird nachfolgend ermittelt:

1. Welche Merkmale sind für diese Attributionsgruppen charakteristisch?
2. Können diese Attributionsgruppen anhand derartiger Merkmale zuverlässig vorhergesagt werden?
3. Kann diese Vorhersage auf neue Daten übertragen werden?

Aufgrund des explorativen Charakters verwenden wir hier ungewichtete Daten.

### 5.3.2 Deskription der Attributionsgruppen

Für alle Personen ( $n=70$ ) liegen RSD-Angaben vor und für eine Teilmenge ( $n=56$ ) zusätzlich Fragebogenangaben. Nachfolgend sind die Gruppen anhand ausgewählter Merkmale beschrieben. Die Fallzahl ist teils gering. Große Unterschiede zwischen den Gruppen liegen insbesondere vor bei Bildung, Wohnsituation, Alter bei erster psychotherapeutischer oder ärztlicher Hilfe, selbstberichtete Attribuierungen und Beschäftigungstage 2014-17.

Tabelle 22: Beschreibung der Attributionsgruppen aus den Interviews.

Merkmal		Attributionsgruppen			
		Aufschichtung biographischer Ereignisse ( $n=32$ , 46%)	Frühe psych. belastende Erlebnisse/Trauma ( $n=13$ , 19%)	Kritisches Lebensereignis ( $n=10$ , 14%)	Somatische Erkrankungen ( $n=15$ , 21%)
Geschlecht (RSD)	Frau	25 (78%)	12 (92%)	9 (90%)	15 (100%)
	Mann	7 (22%)	1 (8%)	1 (10%)	0 (0%)
Alter in 2018 (RSD)	Mean (std)	49.6 (8.4)	49.5 (6.6)	49.5 (9.4)	50.7 (8.8)
Ausbildung (Fragebogen)	Fachhochschule/Uni	8 (33%)	1 (9%)	3 (43%)	6 (46%)
	Lehre oder Fachschule	16 (67%)	10 (91%)	4 (57%)	7 (54%)
	NA	8	2	3	2
Wohnsituation (Fragebogen)	allein oder bei (Groß-)Eltern	6 (25%)	6 (55%)	6 (86%)	4 (31%)
	Partner/in	17 (71%)	4 (36%)	1 (14%)	7 (54%)
	sonstiges	1 (4%)	1 (9%)	0 (0%)	2 (15%)
	NA	8	2	3	2
Irgendwann schwere psychische Krise*	1	18 (75%)	9 (82%)	6 (86%)	10 (71%)

Merkmal		Attributionsgruppen			
		Aufschichtung biografischer Ereignisse (n=32, 46%)	Frühe psych. belastende Erlebnisse/ Trauma (n=13, 19%)	Kritisches Lebensereignis (n=10, 14%)	Somatische Erkrankungen (n=15, 21%)
Irgendwann berufliche Änderung wegen Psyche (Fragebogen)*	1	14 (58%)	7 (64%)	3 (43%)	8 (57%)
Alter bei erster ärztlicher oder psychotherapeutischer Hilfe (Fragebogen)	Mean (std)	41.3 (9.2)	37.2 (13.9)	34.7 (11.0)	45.8 (8.9)
	N (NA)	24 (8)	11 (2)	6 (4)	12 (3)
Grund vererbt*	Ja	0 (0%)	1 (9%)	2 (29%)	0 (0%)
Kindheit*	Ja	9 (38%)	10 (91%)	4 (57%)	3 (21%)
Lebensentscheidung*	Ja	6 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (21%)
Arbeitsleben*	Ja	22 (92%)	5 (45%)	5 (71%)	7 (50%)
Privatleben*	Ja	10 (42%)	3 (27%)	1 (14%)	4 (29%)
Sonstiges*	Ja	4 (17%)	2 (18%)	3 (43%)	8 (57%)
(Lebensent./Sonst.)*	Ja	9 (38%)	2 (18%)	3 (43%)	10 (71%)
Irgendwann SMI (RSD)	Ja	2 (6%)	3 (23%)	3 (30%)	1 (7%)
Leistungskette beendet in 2017 (Fragebogen)*	Ja	18 (75%)	8 (73%)	5 (71%)	11 (79%)
Dauer zw. erstem Krankengeldbezug seit 2010 und erster DRV-Leistung (RSD)	Mean (std)	13.5 (22.0)	21.5 (24.6)	14.2 (24.8)	29.3 (30.4)
Monate mit Sozialleistungen außerhalb von DRV-Leistungen (RSD)	Mean (std)	10.8 (10.6)	7.8 (8.0)	6.8 (8.2)	9.1 (8.7)
LTA irgendwann (Fragebogen)*	Ja	13 (54%)	6 (55%)	3 (43%)	9 (64%)
YTG.10-13 (RSD)	Mean (std)	269.6 (122.8)	330.7 (46.2)	215.2 (181.1)	245.8 (137.0)
YTG.14-17 (RSD)	Mean (std)	223.3 (113.8)	287.0 (81.0)	132.0 (143.5)	217.0 (126.2)
YTG.18 (RSD)	Mean (std)	269.3 (138.0)	281.6 (92.4)	82.2 (142.2)	272.6 (153.3)
Status zum Interviewzeitpunkt (Interview)	ALO	6 (19%)	3 (23%)	2 (20%)	3 (20%)
	Altersrente	2 (6%)	1 (8%)	0 (0%)	0 (0%)
	EMR	3 (9%)	1 (8%)	3 (30%)	5 (33%)
	LTA_IN	2 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	LTA_Q	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (7%)
	RTW	19 (59%)	8 (62%)	5 (50%)	6 (40%)

YTG = Tage mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung je Kalenderjahr

\* Missings jeweils von links nach rechts 8, 2, 3, 1

### 5.3.3 Prädiktion der Attributionsgruppen

Als Prädiktoren werden Merkmale des Fragebogens und der RSD verwendet. Problematisch ist dabei die geringe Fallzahl, da nur für 56 Personen Fragebogendaten und diese teils mit Missings vorliegen. Zielgröße sind die vier Ausprägungen der Attributionsgruppen.

Mittels multinomialer Regression<sup>6</sup> schätzen wir die Vorhersagegleichung. Handlungsleitend war:

- Theoretische Vorauswahl gemäß der vorherigen Deskription.
- Teils Aggregation der Ausprägungen, um Nullzellen und damit verzerrte Schätzer zu vermeiden.
- Manuelle Vorwärtsselektion der Prädiktoren, zunächst die Merkmale der selbst berichteten Attribuierung, dann Alter bei der ersten behandlungsbedürftigen psychischen Krise, dann weitere Merkmale mit möglichst wenigen Missings.
- Das optimale Modell hat den vergleichsweise besten Modellfit bei statistisch signifikanten Prädiktoren. Den Modellfit ermitteln wir anhand der prozentualen Verbesserung der Devianz des Zielmodells gegenüber dem Nullmodell sowie anhand der „correct classification rate“ (CCR, bei cut off  $p > .50$ ).

Nachfolgendes Modell hat sich als optimal erwiesen.

Tabelle 23: Prognose der Attributionsgruppen (ermittelt über die Interviews) mittels ausgewählter Angaben aus dem Fragebogen.

Merkmal	OR <sup>1</sup>	95% CI <sup>1</sup>	p-value
AufschichtBiogr			
Grund Kindheit	2.87	0.30, 27.5	0.36
Grund Arbeitsleben	11.5	0.93, 141	<b>0.057</b>
Grund Privatleben	1.63	0.19, 14.3	0.66
Grund Lebensentsch./sonstiges	0.56	0.07, 4.85	0.60
Alter bei 1. psy. Hilfe	0.94	0.86, 1.03	0.18
Besch.tage im Mittel 2014-17	1.00	0.99, 1.01	0.64
FruehTrauma			
Grund Kindheit	22.5	0.93, 545	<b>0.056</b>
Grund Arbeitsleben	0.22	0.01, 7.57	0.40
Grund Privatleben	0.54	0.02, 14.0	0.71
Grund Lebensentsch./sonstiges	0.02	0.00, 1.06	<b>0.053</b>
Alter bei 1. psy. Hilfe	0.92	0.83, 1.03	0.15
Besch.tage im Mittel 2014-17	1.00	0.99, 1.01	0.44
KritEreignis			
Grund Kindheit	2.13	0.08, 55.5	0.65
Grund Arbeitsleben	10.5	0.15, 717	0.27
Grund Privatleben	0.40	0.01, 10.7	0.58
Grund Lebensentsch./sonstiges	0.19	0.01, 5.81	0.34
Alter bei 1. psy. Hilfe	0.87	0.76, 0.99	<b>0.033</b>
Besch.tage im Mittel 2014-17	0.99	0.98, 1.00	<b>0.055</b>

$R^2 = 0.376$ , CCR = 71.1 %

<sup>1</sup> OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Die Ergebnisse sind wie folgt zu lesen:

- Referenzgruppe der Zielgröße ist die Gruppe „Somatische Erkrankungen“
- Im Vergleich zu dieser Gruppe attribuiert die Gruppe „Aufschichtung biografischer Ereignisse“ deutlich häufiger mit Gründen in der Arbeit etc.

Die übrigen Merkmale aus der obigen Tabelle wurden bezüglich ihrer Prädiktionskraft überprüft und waren im multiplen Modell der obigen Operationalisierung unterlegen.

<sup>6</sup> Dafür verwenden das R-Paket „nnet“ mit den Befehl multinom.

Folgende Limitationen bestehen:

- (1) Die Attribuierung wurde dichotom mit einem Item erfasst, während aus dem Interview heraus eine Experteneinschätzung getroffen wird.
- (2) Es sind nur wenige Prädiktoren möglich, da sonst zu viele Nullzellen und damit instabile Schätzungen entstehen.
- (3) Zudem haben wir auf eine interne Modellvalidierung verzichtet, da dabei die Fallzahl noch weiter gesunken wäre (z.B. Kreuzvalidierung). Deswegen besteht das Risiko, dass die Gleichung zur Anwendung auf neue Daten überangepasst ist. Wir halten das Risiko aber für gering, da ausschließlich signifikante Prädiktoren im Modell enthalten sind.

Daher werten wir das Modell trotz einiger Limitationen zumindest für Gruppenaussagen als akzeptabel.

### 5.3.4 Anwendung der Modellgleichung auf neue Daten

Wir verwenden die zuvor entwickelte Modellgleichung und wenden sie auf die verbleibenden Personen des Fragebogendatensatzes (der zudem mit der RSD verlinkt ist, n=1106). Dabei wird für jede Person die Wahrscheinlichkeit der Zuordnung zu jedem der vier Attributionsgruppen ermittelt. Wir ordnen die Person eindeutig einer Gruppe zu, wenn die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit größer als 50% beträgt

Tabelle 24: Anwendung der Modellgleichung auf die Grundgesamtheit der Personen mit Fragebogenangaben.

Attributionsgruppen (extrapoliert)	mean(p)	n	%
AufsichtBiogr	0.656	430	47%
FruehTrauma	0.775	266	29%
KritEreignis	0.600	19	2%
SomErkrank	0.713	207	22%

Anmerkung: Keine Zuordnung wegen „cut-off nicht erreicht“ (n=165) und Missings in Prädiktor (n=19)

Einige Personen konnten nicht zugeordnet werden. Dies liegt teils in Missings begründet (Alter bei der ersten behandlungsbedürftigen psychischen Krise), teils wurde der cut-off von 50% nicht erreicht. Inhaltlich ist dies nicht überraschend, da auch die Zuschreibung der Attributionsmuster auf Basis der Interviews nicht immer eindeutig war.

Die Verteilung kommt der des Trainingsdatensatzes relativ nahe, was auf eine zuverlässige Schätzung hindeutet. Allerdings war das Interviewsample keine echte Zufallsstichprobe, so dass die Abweichung entweder auf Stichprobenverzerrung oder eine überangepasste Modellgleichung (siehe Kapitel zuvor) oder beides zurückzuführen ist.

Allerdings bleibt die Gruppe „Kritisches Ereignis“ im Vergleich zu den anderen Gruppen sehr gering besetzt. Dies dürfte eine Folge der im Kapitel zuvor beschriebenen Limitationen sein.

### 5.3.5 Bezug der Attributionsgruppen zu den anderen Gruppen

In Tabelle 25 sind die extrapolierten Attributionsgruppen zu den anderen Gruppen in Bezug gesetzt. Die Gruppe „Kritisches Ereignis“ ist sehr gering besetzt, so dass die gemeinsame Verteilung mit den anderen Gruppen mit Vorsicht zu interpretieren ist.

Die Gruppe „Frühtrauma“ zeigt in Summe die meisten Leistungen. Die Gruppe „Somatische Erkrankungen“ weist eher wenige Leistungen auf und ist überdurchschnittlich häufig bei den

Haupttypen LMR1. Die beiden Gruppen „Aufschichtung“ und „Frühtrauma“ zeigen keine systematischen Bezüge zu den Vergleichsgruppen.

Tabelle 25: Synopse der verschiedenen Gruppen.

Gruppe	Attributionsgruppen (extrapoliert)				% -Spanne	
	AufschichtBiogr	FruehTrauma	KritEreignis	SomErkrank		
LMR2+	11 (3%)	1 (0.4%)	0 (0%)	7 (3%)	3	
LMRpsych1_ns-	93 (22%)	55 (21%)	0 (0%)	44 (21%)	22	
LMRpsych1_ns+	96 (22%)	58 (22%)	2 (11%)	25 (12%)	11	
LMRpsych1+	69 (16%)	31 (12%)	3 (16%)	43 (21%)	9	
RSD-Gruppe LMRpsych2+	78 (18%)	47 (18%)	3 (16%)	25 (12%)	6	
LTA: IN	6 (1%)	6 (2%)	3 (16%)	3 (1%)	15	
LTA: Q	9 (2%)	12 (5%)	5 (26%)	6 (3%)	24	
LTA: sLTA plus LMR	23 (5%)	15 (6%)	2 (11%)	23 (11%)	6	
LTA: sLTA plus LMRpsych	45 (10%)	41 (15%)	1 (5%)	31 (15%)	10	
Haupttyp (2017) LMR1 (bis17)	184 (43%)	101 (38%)	2 (11%)	103 (50%)	39	
LMR2 (bis17)	150 (35%)	89 (33%)	5 (26%)	62 (30%)	9	
LMR1o2 mit Q/IN (bis17)	65 (15%)	47 (18%)	10 (53%)	30 (15%)	38	
Wdh (bis17)	22 (5%)	23 (9%)	2 (11%)	3 (1%)	10	
Wdh mit Q/IN (bis17)	4 (1%)	6 (2%)	0 (0%)	6 (3%)	3	
NA	5	0	0	3		
Haupttyp (2021) LMR1	150 (35%)	85 (32%)	2 (11%)	81 (40%)	29	
LMR2	127 (30%)	70 (26%)	4 (21%)	62 (30%)	9	
LMR1o2 mit Q/IN	70 (16%)	47 (18%)	10 (53%)	38 (19%)	37	
Wdh	57 (13%)	47 (18%)	2 (11%)	12 (6%)	12	
Wdh mit Q/IN	21 (5%)	17 (6%)	1 (5%)	11 (5%)	1	
NA	5	0	0	3		
Anzahl der Angaben im Kalender	Min / Max	0 / 17.0	1.0 / 20.0	3.0 / 13.0	0 / 14.0	0 / 20.0
Med [IQR]	6.0 [4.0;8.0]	7.0 [5.0;10.0]	7.0 [6.0;8.5]	5.0 [4.0;8.0]	6.0 [4.0;8.0]	
Mean (std)	6.3 (3.0)	7.7 (3.4)	7.2 (2.7)	5.9 (3.1)	6.6 (3.2)	
N (NA)	430 (0)	266 (0)	19 (0)	207 (0)	922 (0)	

Markiert sind Maxima, sofern %-Spanne >15 bzw. maximaler Mean.

### 5.3.6 Resümee zu den Attributionsgruppen

Der Versuch, die in den Interviews ermittelten Attributionsgruppen in den Fragebögen zu identifizieren, war nur bedingt erfolgreich. Der Modellfit in den Trainingsdaten war „nur“ akzeptabel. Dies mag in den beschriebenen methodischen Limitationen gründen. Inhaltlich liegt die Vermutung nahe, dass die Attribuierung wenig Bezug zum objektiven Leistungsgeschehen hat. Immerhin weisen die beiden Gruppen "frühkindliche Belastungen bzw. Traumata" und die Gruppe mit den aufgeschichteten Problemlagen lange Ketten auf. Daraus könnten Hinweise auf frühzeitige Interventionspunkte mit der Motivation zur früh- bzw. rechtzeitigen Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen abgeleitet werden.

## 6 Zusammenfassung

Über drei verschiedene Datenquellen wurde die Inanspruchnahme von Leistungen und Leistungsketten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen (hier F3/F4-Diagnosen) untersucht. Ausgangsbasis waren die im Teilbericht „Auswertungen der RSD“ ermittelten Gruppierungen, auf deren Basis ein Fragebogen-Sample gezogen wurde. Im Weiteren wurden Interviews geführt.

Das Ziel der Analysen in diesem Teilbericht ist

- von Ergebnissen aus den Fragebögen – teils in Verbindung mit der RSD – auf die Grundgesamtheit zu schließen und
- von Ergebnissen aus den Interviews auf das Fragebogen-Sample zu schließen.

Zunächst zum Fragebogen-Sample.

Die Befunde zum selection bias zeigen, dass Frauen, Ältere, Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit und Menschen mit „positiveren“ Erwerbsverläufen etwas vermehrt antworten. Unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle sind die Effektstärken jedoch nicht sonderlich deutlich ausgeprägt. Unauffällig scheinen Diagnosen, Versorgungsverläufe sowie Bildung.

Die RSD beschreibt die Grundgesamtheit. Durch das Linkage der Fragebogen-Daten können über Gewichtungsmethoden repräsentative Aussagen erbracht werden. Dies ist bedeutsam, weil im Fragebogen-Sample einzelne Gruppen disproportional geschichtet waren.

Beginn und Ende der Leistungskette: Methodisch ist mit der RSD ein achtjähriger Leistungszeitraum zu beobachten. Über die Fragebogenerhebung konnten der Zeitraum erweitert werden und relevante Leistungen anderer Träger ergänzt werden. Festzuhalten ist:

- 59% sind mit ihrer Leistungskette innerhalb dieses Fensters – 78% ragen nicht nach „rechts“ aus dem Zeitraum heraus und 75% nicht nach „links“.
- Das bedeutet, dass unter der Bedingung des 8-Jahres-Fensters nur bei 59% der Personen keine Verzerrungen des Leistungsverlaufs durch Rechts- oder Links-Zensierung auftreten. Zwischen den hier untersuchten RSD-Gruppen gibt es um diese Werte eine Schwankung von 14%-Punkte bis 18%-Punkte. Wer innerhalb des achtjährigen Fensters zwei oder mehr psychosomatische Rehabilitationen oder eine Qualifizierungsmaßnahme erhält, ist häufig mit weiteren Leistungen außerhalb des Fensters assoziiert.
- Rechtszensierung betrifft mindestens 22% der Personen. Unter methodischen Gesichtspunkten hat dies zur Folge, dass nur ein temporäres Ende vorliegt und dass Erfolgsanalysen zum RTW keinen Leistungsendpunkt abbilden.

Weitere Leistungen bis 2017 (also parallel zum beobachteten RSD-Zeitraum):

- 73% der Personen haben ambulante Psychotherapie genutzt, am häufigsten die Personen mit „Integrationsleistungen“ (87%).
- 59% der Personen haben psychiatrische / neurologische Beratung und Behandlung, am häufigsten die Personen mit „Qualifizierungsleistungen“ (83%).
- 45% haben am Arbeitsplatz verhältnisbezogene Anpassungen umgesetzt.
- 31% waren mindestens einmal in einer Psychiatrischen Klinik / Tagesklinik.
- Vergleichsweise mehr Leistungen der Sozialversicherung haben die Gruppen mit Qualifizierungs- oder Integrationsleistungen sowie mit mindestens zwei psychosomatischen Rehabilitationen erhalten – sowohl bis 2017 als auch bis zum Ende des Beobachtungszeitraums.

Erst nach dem RSD-Zeitraum in Erwerbsminderungsrente eingetretene Personen haben vergleichsweise mehr genutzt: ambulante Psychotherapie, psychiatrische / neurologische Beratung und Behandlung, psychiatrische Klinik / Tagesklinik, Verhalten (Selbsthilfe).

Merkmalsvalidierungen, hier exemplarisch für Bildung: Die Kategorien aus der RSD und den Fragebögen sind mehrheitlich korrekt besetzt und auch die Randverteilungen sind sehr ähnlich. Allerdings verbleiben auch deutliche Abweichungen in einzelnen Zellen. Berufsausbildung bei der RSD ist im Fragebogen recht häufig Fachhochschule oder Uni. Umgekehrt ist bei der RSD Hochschule häufig Lehre/Fachschule im Fragebogen. Bei der RSD „unbekannt“ verteilt sich recht ähnlich auf alle Niveaus beim Fragebogen, so dass eine Zuordnung zu einer einzelnen Bildungskategorie nicht sinnvoll erscheint.

RTW-Prognosen mit Linkage-Daten:

- Gegenüber den Basismodellen, das nur aus RSD-Merkmalen besteht, konnte durch ergänzende Fragebogendaten substanzial verbesserte Modellgüten bei der Prognose des RTW erzielt werden.
- Relativ stieg das  $R^2$  (Nagelkerke) um 12% (Gruppe „Mehrere medizinische Rehabilitationen, davon mind. 1 psychosomatische Rehabilitation“) bzw. 31% (Gruppe: „Mindestens eine Qualifizierungs- oder Integrationsleistung“). In den Gruppen mit einer psychosomatischen Rehabilitation mit bzw. ohne Nachsorge konnten keine Steigerungen durch ergänzende Fragebogendaten nachgewiesen werden.
- Operationalisiert wurden Leistungen anderer Träger, Selbsthilfe, arbeitsplatzbezogene Maßnahmen, Alter bei der ersten Inanspruchnahme psychologischer oder ärztlicher Hilfe wegen der psychischen Erkrankung, die grobe Attribuierung der psychischen Erkrankung sowie die Bildung (die in der RSD nur als bedingt valides Datum zu werten ist).
- Im Vergleich der Gruppen zeigt sich keine einheitliche Tendenz, so dass eine differenzierte Betrachtung nötig erscheint.

Bei der Gruppe „Mehrere medizinische Rehabilitationen, davon mindestens eine psychosomatische Rehabilitation“:

- Von den Nicht-DRV-Leistungen hemmen den RTW die Akutleistungen (Psychiatrie/Tagesklinik) und fördern den RTW die arbeitsplatzbezogenen Anpassungen.
- Ohne zusätzliche prädiktive Bedeutung für den RTW scheinen ambulante Psychotherapie, Psychiatrische/Neurologische Beratung und Behandlung, LTA anderer Träger sowie Selbsthilfe zu sein.
- Sehr lang zurückliegende (also bis 2009) Reha- oder Akutleistungen haben keinen Einfluss auf den RTW.
- Bei den personenbezogenen Merkmalen ist für den RTW förderlich jüngeres Alter bei erster ärztlicher/psychologischer Hilfe und eine Fachschulbildung gegenüber Lehre.
- Der vergleichsweise stärkste Prädiktor ist aber nach wie vor der Beschäftigungsstatus 3 Monate vor der letzten Leistung (RSD-Merkmal) sowie die Bildung.

Bei der Gruppe „Mindestens eine Qualifizierungs- oder Integrationsleistung“:

- Der RTW-Erfolg steigt deutlich, wenn die Leistungskette schon vor 2010 begonnen hat. Dies deutet darauf hin, dass eine lange Leistungskette vorliegt und dass die LTA der Endpunkt sind.
- Ergänzende Leistungen scheinen den RTW nicht eindeutig zu bedingen. Tendenziell scheint ambulante Psychotherapie zu stützen. Allerdings wird der Effekt überlagert, wenn frühe Akut- oder Rehabilitationsleistungen aufgenommen werden.
- Ein sehr hoher Stützfaktor ist ein Uni-Abschluss. Möglicherweise sind hier bessere Bewältigungsstrategien möglich.

Interview und Fragebogen:

- Erkenntnisse aus den Interviews wurden auf die Fragebogendaten extrapoliert. Dabei wurden die „Verlaufgruppen“ aus den Interviews als „Haupttypen“ im Fragebogen identifiziert. Anders als die RSD-Gruppen sind diese nicht durch den Beobachtungszeitraum und die Begrenzung auf DRV-Leistungen limitiert.
- Die Bezüge zwischen den RSD-Gruppen und den umfassenderen Hauptgruppen werden analysiert.

Der Versuch, die in den Interviews ermittelten Attributionsgruppen in den Fragebögen zu identifizieren, war nur bedingt erfolgreich. Der Modellfit in den Trainingsdaten war „nur“ akzeptabel. Dies mag in den beschriebenen methodischen Limitationen gründen. Inhaltlich liegt die Vermutung nahe, dass die Attribuierung wenig Bezug zum objektiven Leistungsgeschehen hat. Immerhin weisen die beiden Gruppen "frühkindliche Belastungen bzw. Traumata" und die Gruppe mit den aufgeschichteten Problemlagen lange Ketten auf. Daraus könnten Hinweise auf frühzeitige Interventionspunkte mit der Motivation zur früh- bzw. rechtzeitigen Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen abgeleitet werden.

Im Allgemein zeigen die vorliegenden Ergebnisse das Potenzial eines Linkage von Sekundär- mit Primärdaten auf. Eine vertiefte Auseinandersetzung dazu erfolgt im Hauptbericht. Das Linkage ermöglicht insbesondere

- spezifisches Sampling für Primärdatenerhebungen,
- Selektionsanalysen bei den Primärdaten inklusive deren Gewichtung,
- Validitätsbetrachtungen in beiden Datenquellen,
- das Verbinden der Stärken von Primärdaten (z.B. spezifische Merkmale) und von Sekundärdaten (z.B. Repräsentativität).



## 7 Literaturverzeichnis

- Baumann, L. A., Schüz, N., Hessel, A., Obiedzinski, S. & Brütt, A. L. (2023). Handlungs- und Forschungsbedarf in der Psychosomatischen und Orthopädischen Rehabilitation aus der Sicht von Rehabilitand:innen und Mitarbeitenden in der Rehabilitation [Need for Action and Research in Psychosomatic and Orthopaedic Rehabilitation from the Point of View of Rehabilitants and Individuals who work in Rehabilitative Care]. *Die Rehabilitation*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1055/a-2028-5963>
- Bestmann, A. (2008). Datenquellen und Datenqualität der Reha-Statistik-Datenbasis. *DRV-Schriften, Bd. 55*, 35–46.
- Copas, A., Burkill, S., Conrad, F., Couper, M. P. & Erens, B. (2020). An evaluation of whether propensity score adjustment can remove the self-selection bias inherent to web panel surveys addressing sensitive health behaviours. *BMC medical research methodology*, 20(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01134-4>
- Enzenbach, C., Wicklein, B., Wirkner, K. & Loeffler, M. (2019). Evaluating selection bias in a population-based cohort study with low baseline participation: the LIFE-Adult-Study. *BMC medical research methodology*, 19(1), 135. <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0779-8>
- Gabler, S. & Ganninger, M. (2010). Gewichtung. In C. Wolf & H. Best (Hrsg.), *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse* (S. 143–164). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hanley, J. A. (2017). Correction of Selection Bias in Survey Data: Is the Statistical Cure Worse Than the Bias? *American journal of epidemiology*, 185(6), 409–411. <https://doi.org/10.1093/aje/kww175>
- Henn, J., Kessemeier, F., Kobelt-Pönicke, A., Bassler, M., Schmidt, J. & Nübling, R. (2021). Psychosomatische Rehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit Rentenüberlegungen: Reha-Erfolg und therapeutische Beziehung [Rehabilitation Outcome and Therapeutic Alliance of Inpatients of Psychosomatic Rehabilitation with Pension Request]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1055/a-1303-4861>
- Hesse, B., Hessel, A [A.], Ågren, C., Falk, J., Nebe, A. & Weinbrenner, S. (2019). Psychische Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung – zentrale Handlungsfelder. *RVaktuell*, 8, 194–199.
- Hetzel, C., Leinberger, S., Kaluscha, R., Kranzmann, A., Schmidt, N. & Mitschele, A. (2023). Return to work after medical rehabilitation in Germany: influence of individual factors and regional labour market based on administrative data. *Journal for labour market research*, 57(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12651-023-00330-1>
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U. & Faber, B. (2020). Interventions to improve return to work in depressed people. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10, CD006237. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub4>
- Spanier, K., Mohnberg, I., Radoschewski, F. M., Streibelt, M. & Bethge, M. (2015). Sind administrative Daten für Rentenantragsintentionen und Indikatoren subjektiven Rehabilitationsbedarfs prognostisch bedeutsam? Are administrative data prognostically relevant for intended disability pension claims and indicators of subjective need for rehabilitation? *Die Rehabilitation*, 54(3), 172–177.
- Streibelt, M. & Egner, U. (2013). Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen [A systematic review of the predictors of return to work following vocational retraining]. *Die Rehabilitation*, 52(2), 111–118. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1323670>

## 8 Anhang

### 8.1 Abkürzungen der RSD-Gruppen

Kürzel	Langname
<i>Hauptgruppe LMR („medizinische Rehabilitation“):</i>	
Entwöhn	1 Entwöhnung plus weitere LMR
LMRpsych1_ns-	1 psychosomatische Rehabilitation ohne Nachsorge
LMRpsych1_ns+	1 LMRpsych mit Nachsorge
LMRpsych1+	1 LMRpsych plus „normale“ med. Rehabilitation
LMRpsych2+	mind. 2 LMRpsych
LMR1	1 „normale“ med. Rehabilitation
LMR2+	mind. 2 „normale“ med. Rehabilitationen
<i>Hauptgruppe LTA („mindestens eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“):</i>	
Q	Qualifizierungsleistungen optional zusätzlich IN oder sLTA
IN	Integrationsleistungen optional zusätzlich sLTA (aber keine Q)
sLTA ohne LMR	sonstige LTA (keine Q/IN) und keine LMR/LMRpsych
sLTA plus LMR	sLTA plus LMR (ohne LMRpsych)
sLTA plus LMRpsych	sLTA plus LMRpsych

### 8.2 Abkürzungen der Merkmale

Kürzel	Langname
*.1 / *.2	Merkmale mit Bezugszeitraum 2010-13 / 2014-17
age psy hilfe	Alter bei erster ärztl. oder psychotherap. Hilfe wegen psych. Erkrankung
age18	Alter in 2018
ALO	Regionale Arbeitslosenquote
bes	Anzahl der Monate in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung
bes3m	Beschäftigungsstatus zum Zeitpunkt 3 Monate vor der Reha
bild	Bildung
f23d akut b17	Psychiatrische Klinik / Tagesklinik (bis 2017)
f23d berat psyneur b17	Psychiatrische / Neurologische Beratung und Behandlung (bis 2017)
f23d lta andere b17	LTA der Bundesagentur für Arbeit oder Berufsgenossenschaft (bis 2017)
f23d psyther b17	Ambulante Psychotherapie (bis 2017)
f23d verhaelt arb b17	Arbeitsplatzbezogene Leistungen (bis 2017)
f23d verhalten b17	Selbsthilfeangebote (bis 2017)
gru chron	Attribuierung der psych. Erkrankung „vererbt“ oder „seit Kindheit/Jugend“
IN	Anzahl der Monate mit DRV-finanzierten Integrationsleistungen
lei bis2009	Akut- oder Rehabilitationsleistungen bis 2009
Q	Anzahl der Monate mit DRV-finanzierten Qualifizierungsleistungen
sex	Geschlecht
SOZ	Anzahl der Monate mit Bezug von Sozialleistungen außerhalb von Reha
TEG	Durchschnittliches Tagesentgelt
YTG	Tage in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung im Kalenderjahr