

Aus dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

der Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. Alexander Katalinic

Determinanten intendierter Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Universität zu Lübeck

– Aus der Sektion Medizin –

vorgelegt von

Juliane Maria Houben (geb. Hellfors)

aus Brandenburg an der Havel

Lübeck 2020

1. Berichterstatter/Berichterstatterin:	Prof. Dr. phil. Matthias Bethge
2. Berichterstatter/Berichterstatterin:	Priv.-Doz. Dr. phil. Dieter Benninghoven
Tag der mündlichen Prüfung:	01.06.2021
Zum Druck genehmigt, Lübeck, den	01.06.2021

-Promotionskommission der Sektion Medizin-

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
1 Hintergrund	1
1.1 Erwerbstätigkeit und Behinderung	1
1.2 Ziel der Studie	2
1.3 Behinderung in unserer Gesellschaft	2
1.4 Leistungen zur Teilhabe	4
1.4.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	6
1.4.2 Bedeutung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	7
1.4.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	8
1.4.4 Anträge und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	12
1.4.5 Entwicklung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation	14
1.5 Antragsintention und intentionsbildende Faktoren	15
1.5.1 Versicherte der DRV und das Antragsverfahren	16
1.5.2 Intentionentwicklung bei medizinischer Rehabilitation	17
1.5.3 Intentionbildende Faktoren bei medizinischer Rehabilitation	17
1.5.4 Einfluss von Geschlecht und Alter bei der Antragstellung auf MR	20
1.5.5 Erwerbstätigkeit abhängig von Geschlecht und Alter	20
2 Methoden	22
2.1 Stichprobe und Rekrutierung	22
2.2 Erhebungsinstrumente	22
2.2.1 Abhängige Variable	22
2.2.2 Erklärende Variablen	23
2.3 Statistische Analysen	26
3 Ergebnisse	28
3.1 Rekrutierung und Teilnehmerfluss	28
3.2 Stichprobenmerkmale der Gesamtstichprobe	29
3.2.1 Soziodemografie	29
3.2.2 Soziale Unterstützung	29

3.2.3	Arbeitsfähigkeit und erwerbsbezogene Parameter	29
3.2.4	Gesundheit und Gesundheitsverhalten	30
3.2.5	Rehabilitation und Rente	30
3.2.6	Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausaufenthalte	30
3.3	Einschluss Erwerbstätige	32
3.3.1	Soziodemografie	32
3.3.2	Soziale Unterstützung	32
3.3.3	Arbeitsfähigkeit und erwerbsbezogene Parameter	32
3.3.4	Gesundheit und Gesundheitsverhalten	32
3.3.5	Rehabilitation und Rente	33
3.3.6	Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausaufenthalte	33
3.4	Logistische Regressionen	35
3.4.1	Einschluss der Gesamtstichprobe	35
3.4.2	Einschluss erwerbstätige Studienteilnehmer	36
3.5	Moderatoren	37
3.5.1	Einschluss Gesamtstichprobe	37
3.5.2	Einschluss Erwerbstätige	43
4	Diskussion	47
4.1.1	Limitierungen der Studie	54
4.1.2	Stärken der Studie	55
5	Zusammenfassung	56
	Literaturverzeichnis	57
	Anhang	65
	Danksagung	80
	Lebenslauf	81

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Behinderung und Erwerbstätigkeit	4
Abb. 2:	Biopsychosoziales Modell	5
Abb. 3:	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB IX	5
Abb. 4:	Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener (ambulant und stationär): 2000 und 2018.....	7
Abb. 5:	Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2018 - abgeschlossene Leistungen.	10
Abb. 6:	Krankheitsspektrum bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2018 - abgeschlossene Leistungen	11
Abb. 7:	Anzahl der Rehabilitanden mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Alter bei Abschluss der Leistungen	12
Abb. 8:	Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2018 nach Alter, Angaben in Prozent.....	13
Abb. 9:	Anträge auf LTA und MR mit abgeschlossenen Leistungen.....	15
Abb. 10:	Erwerbstätige im Vergleich 2013 und 2017	21
Abb. 11:	Stichprobenmerkmale.....	28

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2006-2018	13
Tab. 2:	Vergleich intentionstärkende und intentionsschwächende Faktoren für Anträge auf medizinische Rehabilitation	19
Tab. 3:	Merkmale der Gesamtstichprobe	31
Tab. 4:	Merkmale der Stichprobe erwerbstätiger Studienteilnehmer	34
Tab. 5:	Finales Regressionsmodell zur Vorhersage einer beabsichtigten Beantragung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Gesamtstichprobe	36
Tab. 6:	Finales Regressionsmodell zur Vorhersage einer beabsichtigten Beantragung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben der erwerbstätigen Studienteilnehmer	36
Tab. 7:	Determinanten für intendierte Anträge nach Geschlecht und Interaktion.....	38
Tab. 8:	Determinanten für intendierte Anträge nach Alter und Interaktion.....	40
Tab. 9:	Determinanten für intendierte Anträge nach Erwerbstätigkeit und Interaktion.....	42
Tab. 10:	Determinanten für intendierte Anträge Erwerbstätiger nach Geschlecht und Interaktion	44
Tab. 11:	Determinanten für intendierte Anträge Erwerbstätiger nach Alter und Interaktion.....	46

Abkürzungsverzeichnis

AHB	Anschlussheilbehandlung
AU	Arbeitsunfähigkeit
BA.....	Bundesagentur für Arbeit
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft
BEM.....	Betriebliches Eingliederungsmanagement
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EUTB.....	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
ICF	International Classification of Functioning
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
LVA.....	Landesversicherungsanstalt
MBOR.....	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MR.....	Medizinische Rehabilitation
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
SGB.....	Sozialgesetzbuch
WAI	Work Ability Index
WAS	Work Ability Score
WfbM.....	Werkstätten für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization

1 Hintergrund

1.1 Erwerbstätigkeit und Behinderung

Arbeit dient dem Menschen zur finanziellen Absicherung und ist Mittel zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Ein geregeltes Arbeitsleben trägt dazu bei, sich nützlich zu fühlen, Kontakte zu anderen aufzubauen [1] und die eigene Selbstwirksamkeit [2] zu stärken. Arbeitslosigkeit kann unter anderem zu psychologischen und gesundheitlichen Einschränkungen [3] führen. Dieses Defizit führt zu Schuldgefühlen, Unsicherheit und Anspannung. Das verstärkt Aggressivität, Isolation und den Verlust des Selbstwertgefühls [4]. Es drohen Entqualifizierung und damit die Erschwerung der Wiederaufnahme in das Berufsleben [5]. Vermehrt werden kardiovaskuläre Erkrankungen diagnostiziert, und es kommt zu gehäuften Arztbesuchen [6]. Besonders erschwert ist der Einstieg bzw. die Aufrechterhaltung der Erwerbstätigkeit für Personen mit einer Behinderung. Laut Angaben der Bundesagentur für Arbeit (BA) [7] lag die Erwerbsquote 2017 bei Personen mit Schwerbehinderung bei etwa 49 % im Vergleich zu 78,2 % der Gesamtbevölkerung.

Eine Möglichkeit der (Re-) Integration in das Erwerbsleben stellt die Rehabilitation dar. Für die Nutzung von Rehabilitation bedarf es einer Absicht (Intention) einen Reha-Antrag stellen zu wollen bzw. der Absichtsbildung (Intentionsentwicklung). Interessant ist, wie eine solche Intentionsentwicklung geschwächt oder gestärkt wird und welche einzelnen Faktoren darauf Einfluss nehmen.

Ist der Entschluss gefasst, beginnt der Prozess der Planung und Durchführung einer Antragstellung. An dieser Stelle müssen Reha-Bedürftige selbst aktiv werden. Mithilfe eines Arztes werden Beschwerden erörtert sowie medizinisches Erfordernis, Motivation und Ziele einer Reha-Antragstellung definiert und ein ärztliches Gutachten erstellt. Abhängig von den Beschwerden wird ermittelt, welche Rehabilitation geeignet ist und durch welchen Träger die Kostenübernahme erfolgen kann. Abgesehen von der am häufigsten genutzten medizinischen Rehabilitation (MR) [8] gibt es (neben weiteren anderen) die berufliche Rehabilitation, auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) genannt. Die Idee von LTA ist, den Erhalt der Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Personen zu unterstützen oder auch eine Integration zu fördern [9].

1.2 Ziel der Studie

Die vorliegende Studie soll untersuchen, welche Faktoren mit einer Absicht assoziiert sind, eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zu beantragen. Zu diesen Determinanten zählen soziodemografische (z. B. Alter, Geschlecht) und umweltbezogene Faktoren (z. B. soziale Unterstützung, Arbeitsbelastung), Gesundheit und Gesundheitsverhalten (z. B. aktueller Gesundheitszustand, BMI, Rauchgewohnheiten, Sport), Rehabilitation und Rente (z. B. Rentenbegehren, frühere Inanspruchnahme von Rehaleistungen) und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (z. B. Kontakte zu Allgemeinmedizinern oder Fachärzten, Krankenhausaufenthalte). Es werden Daten aus der Gesamtstichprobe und einer Stichprobe Erwerbstätiger erhoben. Ergänzend soll geprüft werden, inwiefern der Zusammenhang zwischen Determinanten und Intention durch Geschlecht, Alter und Erwerbstätigkeit modifiziert wird. Ziel ist es intentionsbildende Faktoren zu identifizieren, um in Zukunft einen Bedarf an LTA schneller zu erkennen und genauer auf die Bedürfnisse Betroffener eingehen zu können.

Da LTA dazu dienen sollen einer Behinderung vorzubeugen bzw. Menschen mit Behinderung zu unterstützen, wird im Folgenden der Begriff Behinderung genauer definiert. Die Darstellung medizinischer Rehabilitation soll Gemeinsamkeiten und Unterschiede medizinischer und beruflicher Rehabilitation veranschaulichen.

1.3 Behinderung in unserer Gesellschaft

Menschen gelten gemäß § 2 Absatz 1 SGB IX als behindert, wenn ihre „körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen“ [10]. Menschen mit Schwerbehinderungen verfügen über einen Behinderungsgrad von mindestens 50. Als „gleichgestellt behindert“ gelten Menschen, die einen Behinderungsgrad von mehr als 30 haben. Hierunter fallen neben angeborenen Behinderungen auch beeinträchtigte alte Menschen, chronisch Erkrankte oder Unfallgeschädigte. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) [11] berichtete 2017 von fast 13 Mio. in Deutschland lebenden Menschen mit Behinderung, was einem Gesamtbevölkerungsanteil von 16 % entspricht. Vor allem betroffen waren Menschen im Alter von 75 Jahren und älter. Ihr Anteil belief sich auf 34 %. Die meisten

Behinderungen (88 %) wurden durch erworbene Erkrankungen verursacht, 3 % waren angeboren und 1 % auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen. Die Erkrankungen waren zum überwiegenden Teil somatischer Genese (59 %) und zu 13 % durch geistige oder seelische Behinderung bedingt [12].

Um einer Benachteiligung durch Behinderung vorzubeugen gibt es in Deutschland unterschiedliche gesetzliche Grundlagen. Mit der Einführung des Sozialgesetzbuch (SGB) IX zur „Teilhabe behinderter Menschen“ am 1. Juli 2001 fand eine Bündelung der Gesetze statt [13]. Seit 2017 existiert eine Erneuerung durch das Bundesteilhabegesetz, welche sich unter anderem verstärkt auf die selbstbestimmte Lebensgestaltung und das Mitspracherecht von Personen mit Behinderung bezieht [14]. Das SGB III [15] sieht eine Arbeitsförderung für Menschen mit Behinderung vor. Hierfür existieren deutschlandweit sogenannte „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatungen“ (EUTB), welche als Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen eingerichtet wurden [16]. Unter dem Motto „Eine für alle“ können sich Betroffene unabhängig von ihrer Einschränkung über Möglichkeiten zur Teilhabe informieren bzw. bekommen direkt Hilfe (z. B. Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen). Gefördert wird das Projekt durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, und die Beratung wird im Sinne eines „Peer Counseling“ vor allem von Personen mit Behinderung für Personen mit Behinderung durchgeführt.

Trotz des hohen Anteils, den sie in der Bevölkerung innehaben, sind Menschen mit Behinderung vielerorts benachteiligt und müssen sich Defiziten in der Arbeitsmarktpolitik stellen. Pfahl und Powell berichten [17], dass junge Erwachsene als besonders benachteiligt gelten, da sie aufgrund ihrer Einschränkung im gesamten Lebens- und Berufsweg mit Sonderregelungen konfrontiert werden. Ein drohendes Arbeitslosigkeits- und Armutsrisiko sei dabei die Folge. Demgegenüber hervorgehoben wird, dass Behinderungen, die im Alter entstehen, oft durch bereits erlangte Qualifizierungen oder Beistand in Partnerschaften gezielter, z. B. in Form angepasster rehabilitativer Maßnahmen, unterstützt werden können.

Im Jahr 2013 waren von 10,2 Mio. als behindert eingestufte Menschen 7,3 Mio. nicht erwerbstätig [18]. In einem versicherungspflichtigen Verhältnis waren 1,02 Mio.

angestellt [19] [Vgl. Abb. 1]. Die Erwerbstätigenquote betrug 28,4 %, die von Nichtbehinderten 63,2 % [20].

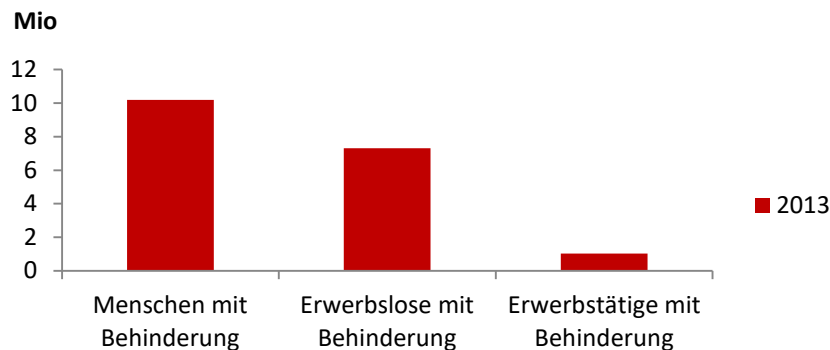


Abb. 1: Behinderung und Erwerbstätigkeit (Quelle: Erwerbsquote behinderter Menschen, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln, 2019)

1.4 Leistungen zur Teilhabe

Das deutsche Gesundheitssystem ist auf den vier Säulen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege aufgebaut [21]. Rehabilitation dient in erster Linie dazu die Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen und Erwerbslosigkeit und der damit verbundenen Erwerbsminderungsrente vorzubeugen [22], indem sie postakute und fortführende Versorgungsphasen optimiert und stabilisiert [23]. Sie kann in einen medizinischen, beruflichen, sozialen und schulischen Teil gegliedert werden [21] und unterliegt einem multi- und interdisziplinären Management [24]. Dieses Management basiert auf dem von der World Health Organization (WHO) [25] erstellten biopsychosozialen Modell, welches in der International Classification of Functioning (ICF) [26] dargelegt ist. Es besagt, dass Gesundheit sowohl abhängig ist von körperlichen Voraussetzungen (Körperfunktionen und -strukturen) als auch von der Fähigkeit Handlungen auszuführen (Aktivitäten) und am sozialen Leben teilzunehmen (Partizipation, Teilhabe) [Vgl. Abb. 2].

1.4.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Gemäß § 42 SGB IX [27] werden medizinische Rehabilitationsleistungen für Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erbracht. Dazu zählen Leistungen, die Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abwenden, beseitigen, mindern, eine Verschlimmerung verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit vermeiden sollen. Ziele sind unter anderem eine stufenweise Wiedereingliederung, Förderung der Selbsthilfe sowie Früherkennung und Frühförderung bei bereits bestehender oder nahender Behinderung.

Medizinische Rehabilitation kann stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen. Laut Bericht der Deutschen Rentenversicherung (DRV) [30] lag der stationäre Anteil 2019 bei 81 % und der ambulante Anteil bei ca. 15 %. Wichtigster Leistungsträger ist die DRV, weitere sind die Krankenkassen (bei Nichterwerbstätigen) und die gesetzliche Unfallversicherung. Die Leistungen werden nach § 42 des SGB IX [27] und § 15 des SGB VI [31] erbracht. Formen der Rehabilitation sind Anschlussheilbehandlungen (AHB) z. B. nach Herzinfarkt, Leistungen wegen psychischer Erkrankungen, Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit, stationäre und ambulante Rehabilitation von Kindern/Jugendlichen [32] und onkologische Rehabilitation [33]. Inhaltlich setzt sich medizinische Rehabilitation zusammen aus ärztlicher Behandlung, Bewegungstherapie (Physio-/Sporttherapie), arbeitsbezogenen Maßnahmen, Gesundheitsbildung und Patientenschulung, psychologischer Diagnostik und Beratung, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, physikalischer Therapie, Ernährungsberatung, und sozialer/sozialrechtlicher/beruflicher Beratung. Eingeschlossen sind Hilfsmittel (Medikamente, Verbandsmaterial), Informationen Beteiligter (Angehörige, Partner, Vorgesetzte, Kollegen), Vermittlung zu Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten und Training lebenspraktischer Fähigkeiten [27].

Erkrankungen mit dem größten Leistungsanteil der DRV 2018 [30] waren Muskel-/Skelett-/Bindegeweserkrankungen, Herz-/Kreislauferkrankungen und Erkrankungen des Stoffwechsels. Weitere häufige Diagnosegruppen waren Erkrankungen bei Neubildungen und psychische Erkrankungen [Vgl. Abb. 4].

Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener (ambulant und stationär): 2000 und 2018

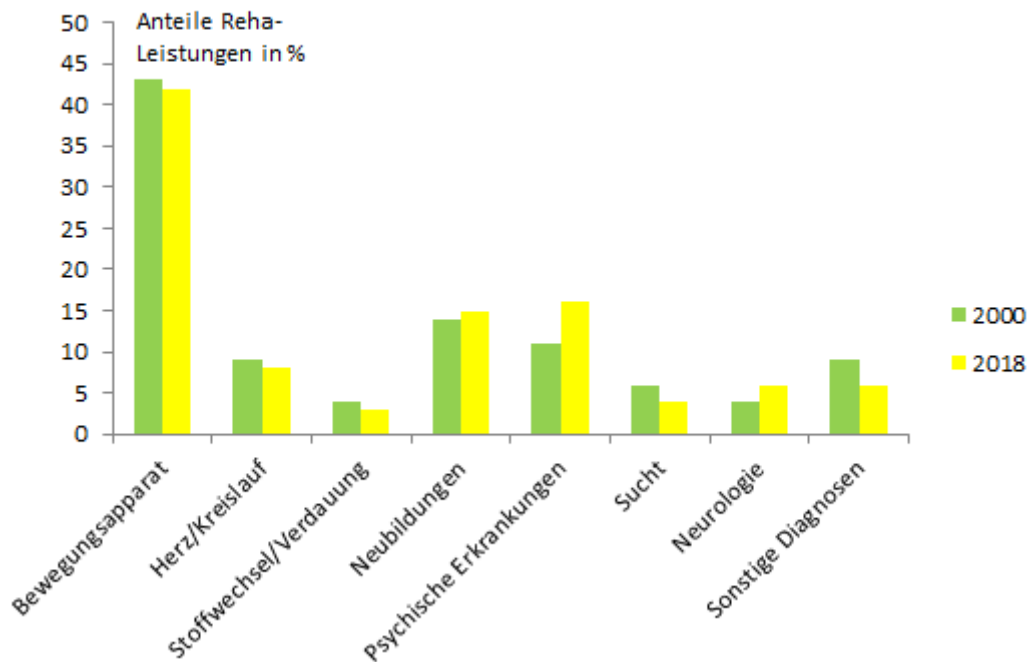


Abb. 4: Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener (ambulant und stationär): 2000 und 2018 (Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000 und 2018)

Die durchschnittliche Dauer einer stationären medizinischen Rehabilitation betrug 28,4 Tage. Bei Frauen war die Verweildauer über alle Krankheitsbilder gesehen einen Tag kürzer als bei Männern. Eine ambulante Rehabilitation betrug im Durchschnitt 20,2 Tage, wobei orthopädische Behandlungen bei Männern und Frauen ungefähr gleich lang dauerten (17 Tage), Behandlungstage bei psychischen Erkrankungen waren bei Frauen kürzer (32,2 Tage) als bei Männern (36,5 Tage). Die Inanspruchnahme bei allen Diagnosegruppen stieg mit zunehmendem Alter sowohl bei Männern als auch bei Frauen an.

1.4.2 Bedeutung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

LTA haben eine wachsende Bedeutung im gesellschaftlichen Kontext und für Einzelpersonen und Organisationen [34]. Betroffene, welche durch Erkrankung, Verletzung oder Erwerbslosigkeit gefährdet sind, ihren Platz auf dem Arbeitsmarkt zu verlieren, sollen durch gezielte Maßnahmen weiterhin in der Lage sein können, ihren Beruf auszuüben bzw. einen den persönlichen Bedürfnissen angepassten Arbeitsplatz zu

erlangen. Eine Minimierung von Arbeitsunfähigkeits- (AU) Zeiten und die Verhinderung des Ausschlusses vom Arbeitsleben, soll dazu dienen, steigende Kosten in der Sozialversicherung zu verringern – bei einem Ausfall von Arbeitskräften entsteht auch ein Verlust der Beiträge an die Sozialversicherungsträger. Aus Arbeitgebersicht gibt es einen finanziellen Anreiz, die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter aufrechtzuerhalten. Unter anderem deshalb, weil in den ersten sechs Wochen einer AU-Zeit die Zahlung des Krankengeldes vom Arbeitgeber übernommen wird. Abgesehen von der persönlichen Motivation wieder gesund arbeiten zu können, entstehen aus individueller Sicht spätestens nach sechs Wochen, bei Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen, finanzielle Einbußen.

1.4.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

SGB IX [9] definiert: „Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.“ LTA umfassen Bildungsangebote und zusätzliche Hilfen für Menschen mit Behinderung, um eine möglichst weitgehende Chancengleichheit auf dem Arbeitsmarkt herzustellen. Schmidt et al. sprechen von einer „Neutralisierung‘ der Behinderung auf dem Arbeitsmarkt“ [21]. Neben der „Wiedereingliederung“ geht es um „Ersteingliederung“ im Sinne von Berufsvorbereitung und Erstausbildung bei jungen Personen mit Behinderung, um „Integrationsleistungen“ für Menschen mit einer Schwerbehinderung, die arbeitsbegleitende Fürsorge und Hilfe bei der Stellensuche benötigen, und um „Werkstätten für behinderte Menschen“ (WfbM) für diejenigen, die aufgrund Art und Schwere der Behinderung eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht, noch nicht oder nicht wieder ausüben können. Zugangsvoraussetzungen variieren abhängig davon, durch wen die Leistung erbracht wird. Rehabilitationsträger, aufgeführt in § 6 SGB IX [35], sind z. B. die DRV, die Bundesagentur für Arbeit (BA), die gesetzlichen Krankenkassen, die Unfallversicherung, Sozialhilfe und Jugendhilfe. Die beiden wichtigsten Leistungsträger für LTA sind die DRV und die BA [36]. Die BA ist zuständig für diejenigen, die Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende erhalten und für Leistungsberechtigte, die weniger als 15 Jahre sozialversicherungs-

pflichtig beschäftigt waren. Bei der DRV spielen persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen eine Rolle, wobei die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen laut § 11 SGB VI [37] erfüllt sind, wenn eine Wartezeit von 15 Jahren vergangen ist oder eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird.

Leistungen sind in § 49 des SGB IX wie folgt aufgeführt: Hilfen zur Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes eingeschlossen Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, eine Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung, die individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen unterstützter Beschäftigung, die berufliche Anpassung und Weiterbildung inklusive erforderlichem schulischen Abschluss, die berufliche Ausbildung, Gründungszuschuss bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit und sonstige Hilfen. Im Vorfeld werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit und Lage auf dem Arbeitsmarkt eingeschätzt. Falls erforderlich wird eine Arbeitserprobung durchgeführt. Zu den Leistungen zählen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, Übernahme der Kosten für eine erforderliche Unterkunft und Verpflegung sowie Kosten für Lehrgangsgebühren, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Kraftfahrzeughilfen, Kosten für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen als auch Kosten für die Beschaffung und Ausstattung einer behinderungsgerechten Wohnung. Zu den Leistungen an Arbeitgeber zählen nach § 50 SGB IX [38] Ausbildungszuschüsse, Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb und Kostenerstattung für Probebeschäftigungen. Um einer geschlechtlichen Benachteiligung vorzubeugen, werden Frauen gleiche Chancen im Erwerbsleben zugesichert und wohnortnahe auch in Teilzeit nutzbare Leistungen angeboten.

Machen Art und Schwere der Behinderung es erforderlich, wird berufliche Rehabilitation nach § 51 SGB IX [39] durch Berufsbildungswerke oder Berufsförderungswerke ausgeführt. In Berufsförderungswerken wird ein ganzheitliches pädagogisches Konzept angeboten, welches insbesondere der Weiterbildung behinderter Menschen dienen soll, die bereits berufstätig waren. Dies geschieht unter interdisziplinärer Betreuung durch z. B. Mediziner, Psychologen und Sozialdienste. Eine Betreuung in Berufsbildungswerken dient v. a. der Ausbildung jugendlicher Menschen mit Behinderung. Die Einrichtungen müssen eine erfolgreiche Durchführung der Leistungsanforderungen und Erfordernisse

ermöglichen sowie Bedingungen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung gewährleisten. Laut § 219 SGB IX [40] sollen Werkstätten für behinderte Menschen eine berufliche Bildung im Berufsbildungsbereich und eine Beschäftigung im Arbeitsbereich ermöglichen, indem Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit erhalten, entwickelt, erhöht oder wiedergewonnen wird. Neben vergleichbaren Rehabilitationseinrichtungen können zahlreiche andere Einrichtungen der beruflichen Bildung dienen. Dazu gehören z. B. Akademien, Bildungszentren und Fachhochschulen.

LTA der Rentenversicherung werden nach § 16 des SGB VI [41] erbracht. Am häufigsten durchgeführt wurden laut Reha-Bericht 2019 [30] Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes wie Hilfen zur Berufsausübung (z. B. technische Arbeitshilfen wie orthopädische Sitzhilfen), Kraftfahrzeughilfen (z. B. behindertengerechte Zusatzausstattung des Kfz) und Mobilitätshilfen (z. B. Umzugskostenbeihilfe). Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes machten für Frauen einen Anteil von 38 % und für Männer einen Anteil von 53 % aus. Oft genutzt wurden von Frauen (25 %) und Männern (17 %) außerdem Leistungen zur beruflichen Bildung wie Weiterbildungen (Umschulung, Fortbildung) und berufliche Anpassung. Bei Frauen und Männern ungefähr gleichverteilt waren die Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (Frauen 7 %, Männer 5 %), zur Berufsvorbereitung (5 % vs. 4 %), zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung (13 % vs. 11 %) und Leistungen an Arbeitgeber (7 %) [Vgl. Abb. 5].

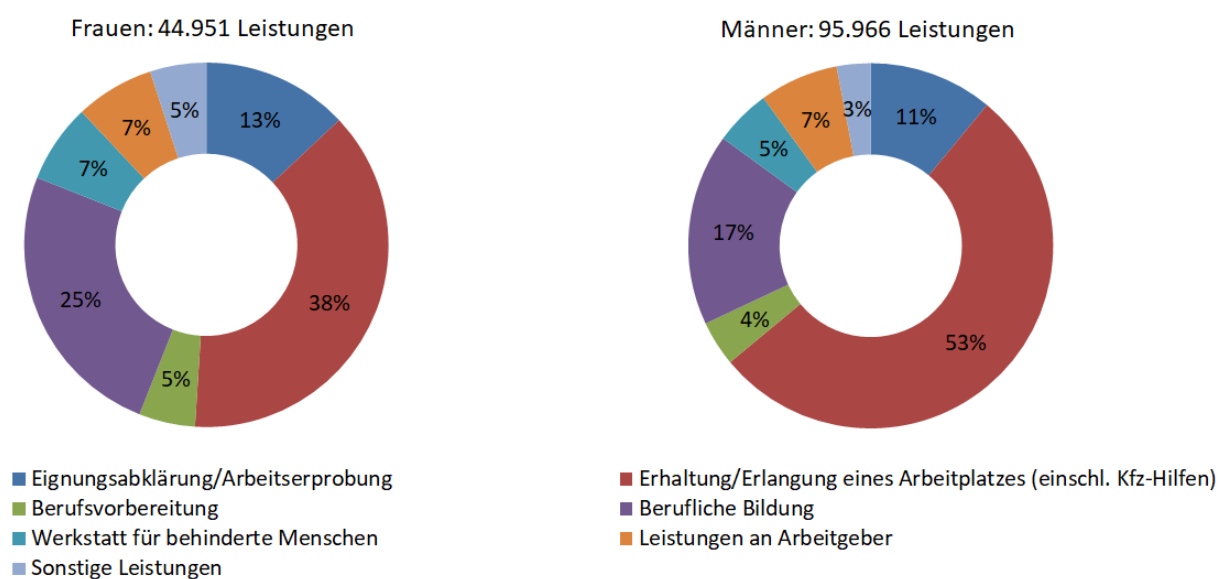


Abb. 5: Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2018 - abgeschlossene Leistungen. (Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2018)

Berufliche Bildungsleistungen gingen am häufigsten mit orthopädischen Erkrankungen (Frauen 57 %, Männer 63 %) und psychischen Erkrankungen (30 % vs. 19 %) einher, weniger mit neurologischen Erkrankungen (3 % vs. 5 %) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (1 % vs. 4 %) [Vgl. Abb. 6].

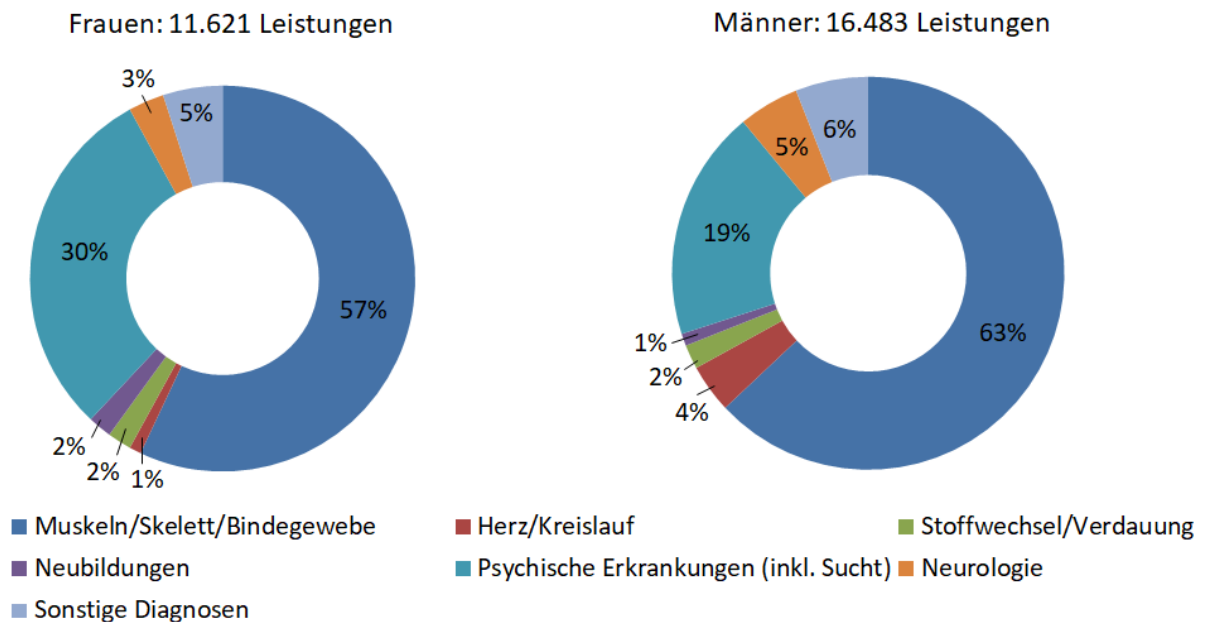


Abb. 6: Krankheitsspektrum bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2018 - abgeschlossene Leistungen (Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2018)

Berufliche Bildungsleistungen werden durchgeführt von Berufsförderungswerken, privaten Bildungsträgern, staatlichen Fachschulen und Betrieben [30]. Die DRV teilt die Bildungsleistungen ein in berufliche Weiterbildung (Fortbildung: Weiterqualifizierung im aktuellen Beruf; Umschulung: Übergang in eine andere Tätigkeit), Leistungen zur Anpassung bzw. Integration (Praktika für eine verbesserte Eingliederung im Arbeitsleben) und Qualifizierungsleistungen (ca. einjährige Teilausbildung).

Frauen die 2018 Bildungsleistungen in Anspruch genommen hatten, waren durchschnittlich 46,5 Jahre, Männer 45,9 Jahre alt. Das Alter der Versicherten für Weiterbildungen lag zwischen 39 und 44 Jahren. Bei Integrationsleistungen stieg das Alter auf maximal 54 Jahre. Es konnten also Unterschiede zwischen Alter und in Anspruch genommenen Leistungen festgestellt werden. Für alle LTA zusammen lag der Altersdurchschnitt für Frauen bei 47,6 Jahren und für Männer bei 48,4 Jahren [Vgl. Abb. 7].

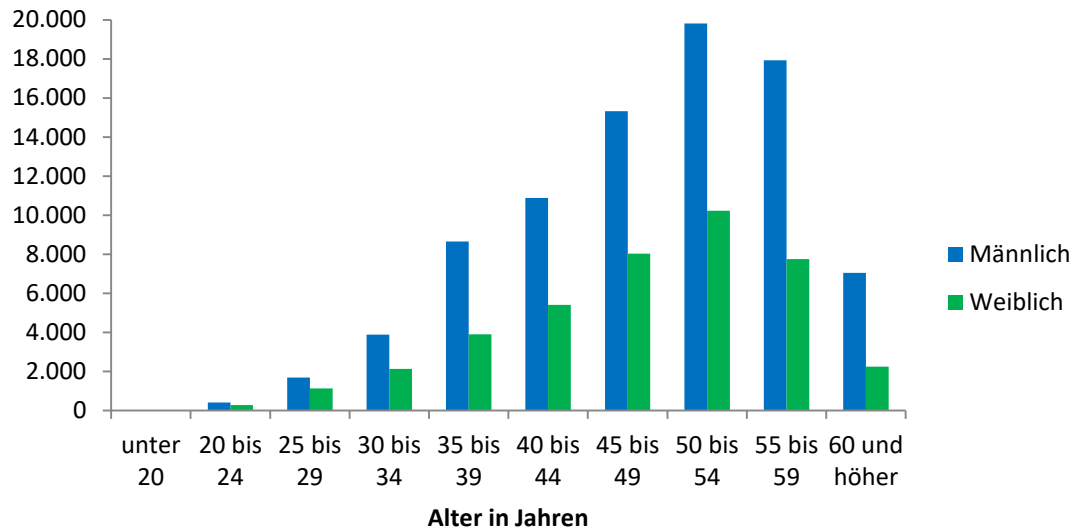


Abb. 7: Anzahl der Rehabilitanden mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Alter bei Abschluss der Leistungen (Quelle: Statistikportal der Rentenversicherung, Berichtsjahr 2018)

1.4.4 Anträge und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bei der Beantragung auf LTA, wie bei der Beantragung auf medizinische Rehabilitation, muss der Versicherte selbst aktiv werden. Im Jahr 2018 wurden bei der DRV 434.534 Anträge auf LTA gestellt, davon wurden 283.728 bewilligt [42] und 142.917 durchgeführt [43]. Von den abgelehnten Anträgen waren 73 % auf medizinische Gründe zurückzuführen. Die restlichen Fälle scheiterten an den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, oder es spielten familiäre oder gesundheitliche Gründe eine Rolle. Auf die durchgeführten Leistungen entfielen in absteigender Reihenfolge Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Leistungen zur beruflichen Bildung, Leistungen zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung, Leistungen zur Weiterbildung und Ausbildung, Leistungen an Arbeitgeber, Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich, Leistungen zur Berufsvorbereitung, Kfz-Hilfen, Leistungen zur Rehabilitation psychisch Kranker, Förderungen der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit und individuelle betriebliche Qualifizierungen [44] [Vgl. Abb. 8]. Versicherte bis 45 Jahre nahmen insbesondere Leistungen zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung in Anspruch sowie zur Berufsvorbereitung. Ab 45 Jahren waren es insbesondere Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes und Leistungen zur beruflichen Bildung.

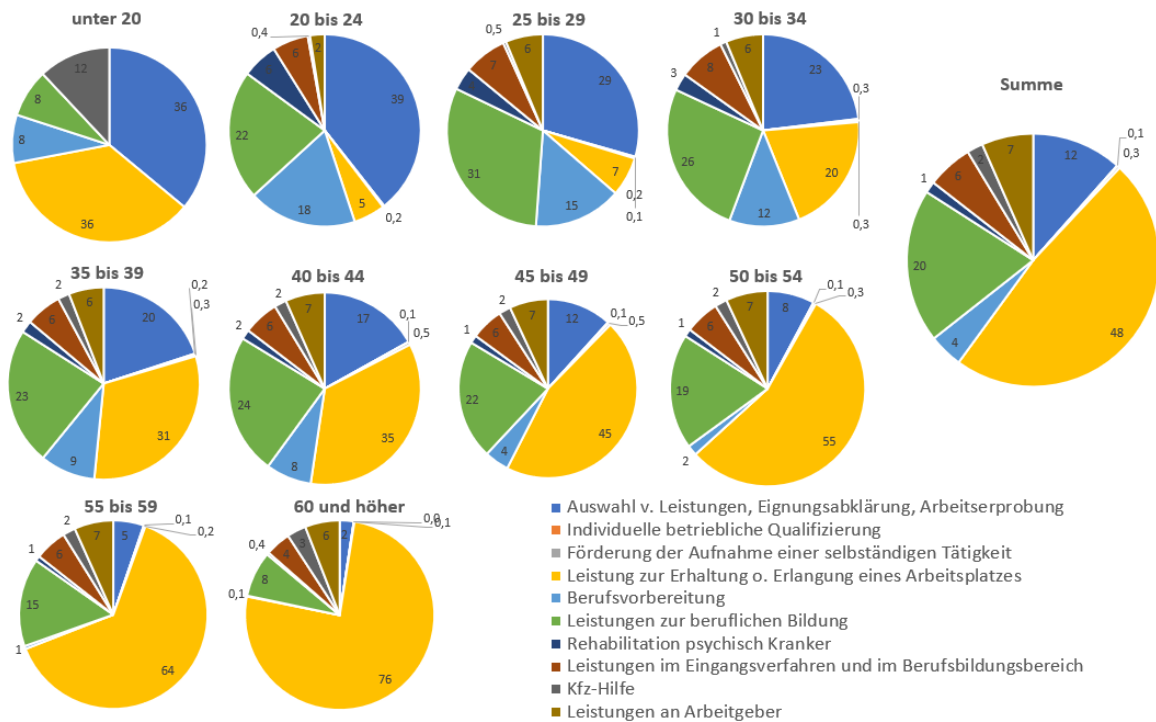


Abb. 8: Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2018 nach Alter, Angaben in Prozent
 (Quelle: Statistikportal der Rentenversicherung, Berichtsjahr 2018)

Bei Abschluss der Leistungen war die Mehrzahl der Personen zwischen 50 bis 54 Jahre alt. Zudem hatten deutlich mehr Männer Leistungen in Anspruch genommen als Frauen [45] [Vgl. Tab. 1]. Ungefähr ein Drittel der LTA wurden 2018 von Frauen durchgeführt.

Tab. 1: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2006-2018

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen
2006	104.159	70.193	33.966
2007	110.809	72.909	37.900
2008	121.069	77.912	43.157
2009	132.259	82.571	49.688
2010	135.211	83.608	51.601
2011	130.888	81.933	48.955
2012	126.917	82.150	44.767
2013	128.518	83.043	45.475
2014	142.323	91.494	50.829
2015	152.938	98.049	54.889
2016	151.287	98.054	53.233
2017	165.980	104.410	61.570
2018	142.917	95.966	46.951

(Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung "Rehabilitation" 2006-2018)

Allgemein ist zwischen 1995 und 2018 die Zahl der Anträge von 264.000 auf beinahe 435.000 (mehr als das 1,5-fache) gestiegen. In dieser Zeit hat sich die Zahl der Bewilligungen mehr als verdoppelt. Beeinflusst wurde der Verlauf von z. B. dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) 1997 und der Einführung des SGB II (§ 7 Leistungsberechtigte [46]) 2005.

1.4.5 Entwicklung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation

Laut DRV- Bericht 2019 [30] wurden 2018 über 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt und 1.031.294 Leistungen durchgeführt. Auf ambulante Rehabilitation entfielen 15 % aller medizinischen Reha-Leistungen. Ungefähr ein Drittel aller medizinischen Leistungen (37 %) gingen auf eine Anschlussheilbehandlung (AHB) zurück. Durch die stufenweise Wiedereingliederung wurden 53.997 Rehabilitanden bei ihrer Rückkehr in den Beruf unterstützt. Die häufigsten Erkrankungen, die zu einem Reha-Antrag führten, betrafen den Bewegungsapparat: sowohl für Frauen als auch Männer umfassten sie ein Drittel der stationären medizinischen Leistungen. Ambulant machten Beschwerden von Muskeln, Skelett und Bindegewebe 74 % bei Frauen und 67 % bei Männern aus. Mit erhöhtem Alter stieg die Anzahl der in Anspruch genommenen Leistungen. Das Alter bei Frauen und Männern betrug im Durchschnitt etwa 53 Jahre. Die Inanspruchnahme erfolgte bei Frauen etwas häufiger als bei Männern. Eine medizinische stationäre Leistung dauerte etwa 23 bis 24 Tage. 86 % der Rehabilitanden konnten während der ersten zwei Jahre nach medizinischer Reha-Leistung ihre Erwerbsfähigkeit (wieder-) erlangen.

Im Jahr 2018 wurden bei der Rentenversicherung 434.534 Anträge auf LTA gestellt und 142.917 abgeschlossen. Männer hatten einen deutlich höheren Anteil, von Frauen wurde nur ca. ein Drittel der bewilligten LTA durchgeführt. Das Alter der Frauen lag im Schnitt bei 47,6 Jahren, Männer waren durchschnittlich 48,4 Jahre alt. Berufliche Bildungsleistungen machten etwa ein Fünftel der LTA aus. Beeinträchtigungen, die zu einer LTA führten, waren bei Frauen zu 57 % und bei Männern zu 63 % auf Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe zurückzuführen. Berufliche Bildungsleistungen wurden von etwa 75 % der Rehabilitanden erfolgreich absolviert. Nach 6 Monaten waren

48 % und nach zwei Jahren 58 % der Teilnehmer wieder in einer pflichtversicherten Beschäftigung.

Medizinische Rehabilitation hatte mit mehr als 1,6 Millionen Anträgen sowohl 2013 als auch 2016 und mit einer steigenden Anzahl abgeschlossener Leistungen von 988.380 auf 1.026.971 weiterhin den höchsten Anteil an rehabilitativen Maßnahmen. Im Jahr 2013 [47] wurden bei der DRV 407.265 Anträge auf LTA gestellt. Davon konnten 128.518 abgeschlossen werden. Im Jahr 2016 [8] war die Zahl der Anträge mit 449.138 leicht angestiegen, gleichermaßen die Zahl der abgeschlossenen Leistungen (156.117) [Vgl. Abb. 9].

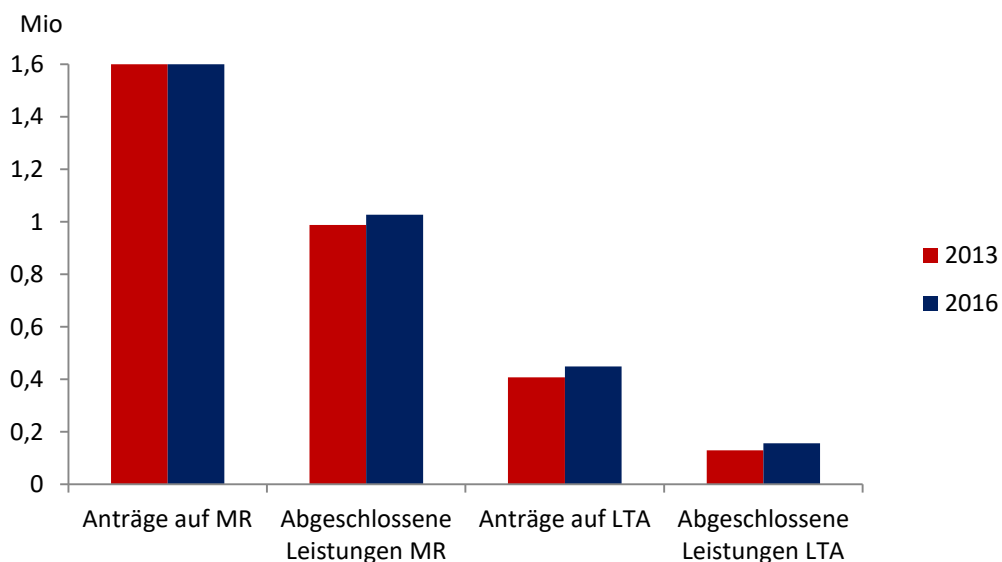


Abb. 9: Anträge auf LTA und MR mit abgeschlossenen Leistungen (Quelle: Reha-Bericht, Deutsche Rentenversicherung, Berlin, 2014/2018)

1.5 Antragsintention und intentionsbildende Faktoren

Die Antragstellung für Rehabilitation erfordert Eigeninitiative. Abhängig von der Art der Rehabilitation muss der jeweilige Antrag bei einem Leistungsträger erfolgen. Vollständig ausgefüllte Antragsformulare sind zusammen mit dem ärztlichen Gutachten Grundvoraussetzung für eine Reha-Antragstellung.

1.5.1 Versicherte der DRV und das Antragsverfahren

Bei der DRV ist ein Antrag auf LTA mit persönlichen und versicherungsrechtlichen Zugangsvoraussetzungen verbunden [37, 48]. Persönliche Voraussetzungen sind erfüllt bei einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder jedweder Behinderung. Sie sind auch erfüllt, wenn voraussichtlich eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet bzw. bei geminderter Erwerbsfähigkeit eine Verbesserung, Wiederherstellung oder eine wesentliche Verschlechterung vermieden werden kann. Dazu zählen der, durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gegebene, Erhalt des Arbeitsplatzes bei teilweiser Erwerbsminderung oder die Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes. Versicherungsrechtlich sind die Zugangsvoraussetzungen erfüllt bei einer Wartezeit von mindestens 15 Jahren oder dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder wenn ohne Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Bezug einer Erwerbsminderungsrente drohen würde. Außerdem sind die Voraussetzungen gegeben, wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für eine erfolgreiche Rehabilitation im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation (getragen von der DRV) erforderlich sind.

Die Zahl der Versicherten der DRV mit Inanspruchnahme von LTA hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Es zeichnet sich ab, dass diejenigen, die LTA beantragen, bestimmte Merkmale aufweisen, was auch durch Zugangskriterien gesteuert wird. In einer Studie, bei welcher die Daten Versicherter der Bundesagentur für Arbeit und der DRV von 2011 – 2015 verglichen wurden, konnte festgestellt werden, dass ein Großteil der Rehabilitanden älter als 45 Jahre alt und männlich war [36]. Die meisten von ihnen hatten einen Real- oder Hauptschulabschluss. Einschränkungen, welche zu einer Beantragung geführt hatten, waren insbesondere Muskel-Skelett-Erkrankungen und zu einem geringeren Teil psychische Erkrankungen. Die Gewährung einer LTA geschah bei über der Hälfte der Rehabilitanden aus einer Beschäftigung heraus, während 13-14 % zu diesem Zeitpunkt Arbeitslosengeld bezogen.

Es stellt sich nun die Frage, ob diese Angaben der tatsächlichen Rehabilitationsbedürftigkeit entsprechen bzw. ob im Prozess der Intentionsneigung, Intentionsentwicklung und Antragstellung potenzielle Rehabilitanden „verloren gehen“.

1.5.2 Intentionentwicklung bei medizinischer Rehabilitation

Eine Rehabilitationsbedürftigkeit zieht nicht zwangsläufig eine Antragsabsicht und eine Antragstellung nach sich. Zwischen November 1997 und Januar 1998 führten Zimmermann et al. [49, 50] eine Befragung von 4.400 Versicherten der Landesversicherungsanstalt (LVA) Schleswig Holstein durch. Es sollten die Gründe für einen Antrag auf medizinische Rehabilitation ermittelt werden. Knapp ein Viertel der Befragten gab einen subjektiven Rehabilitationsbedarf an. 41 % der subjektiv Rehabilitationsbedürftigen wollten einen Rehabilitationsantrag stellen. Sie wiesen häufig einen eingeschränkten Gesundheitszustand (z. B. chronische Erkrankungen) auf und hatten mehr arbeitsunfähige Tage als Befragte ohne subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit. Oft bestand das Gefühl einer höheren beruflichen Belastung sowie Arbeitsplatzunsicherheit. Sie berichteten von häufigen Arztkontakten (z. B. ein Hausarztbesuch pro Quartal). Eine Antragsabsicht war dann stärker ausgeprägt, wenn Rehabilitationsmaßnahmen bereits in Anspruch genommen worden waren und eine Kenntnis zu Antragsverfahren bestand. Im Verlauf eines Jahres hatten von allen subjektiv Rehabedürftigen nur 11 % einen Antrag gestellt. Untersuchungen aus dem Jahr 2007 an Daten von 4.225 Rentenversicherten [51] über einen Zeitraum von 5 Jahren ergaben einen engeren Zusammenhang zwischen subjektiver Rehabilitationsbedürftigkeit und Antragstellung. Fast die Hälfte der Befragten äußerte aufgrund des aktuellen Gesundheitszustandes und der beruflichen Leistungsfähigkeit eine Rehabilitationsbedürftigkeit. Auch Angst vor der Gefährdung der Arbeitsstelle und eine erhöhte Anzahl arbeitsunfähiger Tage wurde in diesem Zusammenhang genannt. Als stärkste Prädiktoren galten ähnlich wie bei Zimmermann et al. subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit und früher durchgeführte Rehamaßnahmen. Von den subjektiv Rehabedürftigen stellten insgesamt 30 % im Verlauf einen Rehantrag, bei initial nicht subjektiv Rehabedürftigen waren es 12 %.

1.5.3 Intentionbildende Faktoren bei medizinischer Rehabilitation

In Untersuchungen von Spanier et al. [52] konnten mithilfe eines linearen Strukturgleichungsmodells, das „sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns“, mögliche Einflussfaktoren festgestellt werden, die zu einer Intentionbildung, Handlungsplanung oder beidem beitragen. Die Befürchtung, der Familie oder dem

Arbeitsplatz fernzubleiben, führte zu einer negativen Beeinflussung der Antragsintention. Eine sich positiv auswirkende Komponente stellte die Selbstwirksamkeitserwartung dar. Sie spielt eine Schlüsselrolle für die Ausbildung von Motivation und der eigenen Überzeugung, in der Lage zu sein, gesetzte Ziele zu erreichen [53]. Diejenigen mit hoher Selbstwirksamkeit zeigten eine starke Intentionsneigung und Handlungsplanung. Familiäre und ärztliche Unterstützung konnten als intentionsbildende Faktoren identifiziert werden. Es wurde eine Assoziation zwischen ärztlicher Unterstützung, Intention und Handlungsplanung festgestellt.

In der Befragung „Determinanten der Antragstellung auf eine medizinische Rehabilitation“ von Zimmermann et al. [49] wurden positive und negative Einflussgrößen intentionsbildender Faktoren erfasst. Als intentionsstärkend galten unterstützende Mittel wie zum Beispiel das soziale Umfeld (Familie) und medizinische Hilfe (Ärzte). Außerdem wirkten sich hohe gesundheitliche Einschränkungen, vorhandene Rehabilitationserfahrung und möglicher Erhalt der Arbeitsfähigkeit positiv aus. In „Medizinische Rehabilitation bei Langzeitarbeitslosigkeit“ von Weber et al. [54] wurden 410 Krankenversicherte mit einer mindestens 3-monatigen Arbeitsunfähigkeit befragt. Als sich positiv auswirkend konnte die Unterstützung durch Krankenkassen (bzw. medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)) in 39 % der Fälle und durch Ärzte in 87 % (Hausärzte, 47 % und andere Ärzte, 40 %) identifiziert werden. Bei einer späteren Umfrage orthopädischer Rehabilitanden im Jahr 2005 stellte sich die ärztliche Unterstützung weiterhin als bedeutsam dar, wonach die Reha-Empfehlung bei 57 % der Befragten durch den Hausarzt und bei 35 % durch einen Facharzt initiiert wurde, bei 15 % durch die Unterstützung der Krankenkassen [55]. In „Prädiktoren der Reha-Antragstellung [...]“ von Mittag et al. [51] wurden der Gesundheitszustand (z. B. Anzahl chronischer Erkrankungen und körperliche Funktionskapazität) und bereits durchgeführte Reha-Maßnahmen als die Intentionsbildung fördernde Determinanten erfasst. Weitere Prädiktoren einer Reha-Antragstellung wie das Alter und AU-Zeiten konnten eine Antragstellung ebenfalls beeinflussen. Eine tatsächliche Reha-Antragstellung wurde nach einem Zeitraum von mehreren Jahren festgestellt. Eine zusätzliche Einflussgröße wurde von Bethge et al. [56] beschrieben. In einer 2015 veröffentlichten Querschnittstudie männlicher und weiblicher Erwerbstätiger in Deutschland wurde die subjektive

Arbeitsfähigkeit anhand des Work Ability Index (WAI) bestimmt. Bei einem niedrigen Wert des WAI (schlechter subjektiver Arbeitsfähigkeit) konnte eine 4- bis 6-fach höhere Neigung zur Beantragung einer medizinischen Rehabilitation bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente ermittelt werden als bei hohen Werten des WAI (guter subjektiver Arbeitsfähigkeit). Niedrige Werte des WAI waren außerdem mit bereits stattgehabten Reha-Anträgen bzw. in der Vergangenheit beantragten und durchgeführten Rehabilitationen assoziiert. In einer Studie von Mohnberg et al. [57] waren eine subjektiv schlechte Arbeitsfähigkeit und ein schlechter allgemeiner Gesundheitszustand mit einer erhöhten Antragsabsicht verbunden sowie die frühere Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation. Förderlich für die Antragsbildung waren eine gute Unterstützung durch Familie und Fachärzte sowie ein erhöhter Kontakt zu Allgemeinärzten. Auch hier hatte die Rehabilitationserfahrung eine positive Wirkung.

Als intentionsschwächende Faktoren wurden in den Untersuchungen von Zimmermann et al. [49] z. B. Angst vor Gefährdung des Arbeitsplatzes und Verunsicherung durch das Antragsverfahren genannt, wobei dies eher als Hürde von Rehabilitationsbedürftigen ohne Reha-Erfahrung als mit Reha-Erfahrung beschrieben wurde. Auch ging mit einer geringen Antragsintention die Angst vor zu hoher finanzieller Selbstbeteiligung (z. B. Zuzahlungen zu Reha-Maßnahmen) und die Anrechnung von Urlaubstagen einher [Vgl. Tab. 2].

Tab. 2: Vergleich intentionstärkende und intentionsschwächende Faktoren für Anträge auf medizinische Rehabilitation

Intentionstärkende Faktoren	Intentionsschwächende Faktoren
Schlechter allgemeiner Gesundheitszustand	Angst um Arbeitsplatz
Soziale Unterstützung	Angst vor hoher finanzieller Selbstbeteiligung
Ärztliche Unterstützung	Fernbleiben der Familie
AU-Zeiten	Verunsicherung durch Antragsverfahren
Häufige Arztbesuche	Anrechnung von Urlaubstagen
Frühere Inanspruchnahme MR	
Subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit	
Schlechte subjektive Arbeitsfähigkeit	
Unterstützung durch Krankenkassen	
Hohe Selbstwirksamkeit	

1.5.4 Einfluss von Geschlecht und Alter bei der Antragstellung auf MR

In der Antragstellung medizinisch rehabilitativer Maßnahmen können sowohl geschlechts-spezifische als auch Unterschiede bezüglich des Alters Einfluss auf die Antragstellung nehmen. In einer Befragung von Mittag et al. [51] stellten subjektiv rehedürftige Frauen etwas häufiger einen Antrag auf medizinische Rehabilitation als Männer. Eine höhere Antragsintention zeigte sich bei Männern mit gleichzeitig bestehendem subjektiv schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand und schlechter subjektiver Arbeitsfähigkeit. Eine negative familiäre Ergebniserwartung stellte laut Mohnberg et al. [57] für Frauen ein größeres Hindernis dar als für Männer. Bei guter Gesundheit hatten Frauen häufiger eine Antragsabsicht als Männer, bei schlechter Gesundheit unterschied sich die Häufigkeit zwischen Männern und Frauen nicht.

Mit steigendem Alter erhöhe sich laut Mittag et al. [51] die Wahrscheinlichkeit je Lebensjahr um 4 % einen Antrag auf medizinische Rehabilitation zu stellen. Im Beitrag von Mohnberg et al. [57] war der Zusammenhang zwischen schlechtem Gesundheitszustand und Antragsabsicht bei jüngeren Personen 1,5-mal stärker als bei älteren Personen. Die Antragsabsicht war bei älteren Personen höher, wenn der Gesundheitszustand noch als gut eingeschätzt wurde. Bethge et al. [56] berichteten, dass ältere Beschäftigte etwas häufiger eine Rehabilitationsantragsstellung beabsichtigen. Der Zusammenhang zwischen schlechter Arbeitsfähigkeit und beabsichtigter Rehabilitationsantragstellung war für jüngere und ältere Beschäftigte aber ähnlich stark.

1.5.5 Erwerbstätigkeit abhängig von Geschlecht und Alter

Laut Statistischem Bundesamt (2019) [58] betrug 2017 die Erwerbstätigenquote 75,2 % in der Altersgruppe der 15- bis unter 65-Jährigen, die Gesamtzahl lag bei 44,7 Mio. [59]. Ohne Erwerbstätigkeit waren 1,57 Mio., die Erwerbslosenquote lag bei 3,6 %. Der Anteil erwerbstätiger Männer betrug 78,9 % (21,5 Mio.), der von Frauen 71,5 % (18,9 Mio.). Erwerbslose Personen unter 25 Jahren machten einen Anteil von 6 % aus, bei Personen zwischen 25 und 75 Jahren lag dieser bei 3,3 %

Im Jahr 2013 waren 42,3 Mio. Deutsche erwerbstätig, die Erwerbstätigenquote betrug 73,3 % [58]. Die Erwerbstätigenquote von Männern lag bei 77,7 % (20,6 Mio.), die von Frauen bei 68,8 % (18,1 Mio.) [58] [Vgl. Abb. 10].

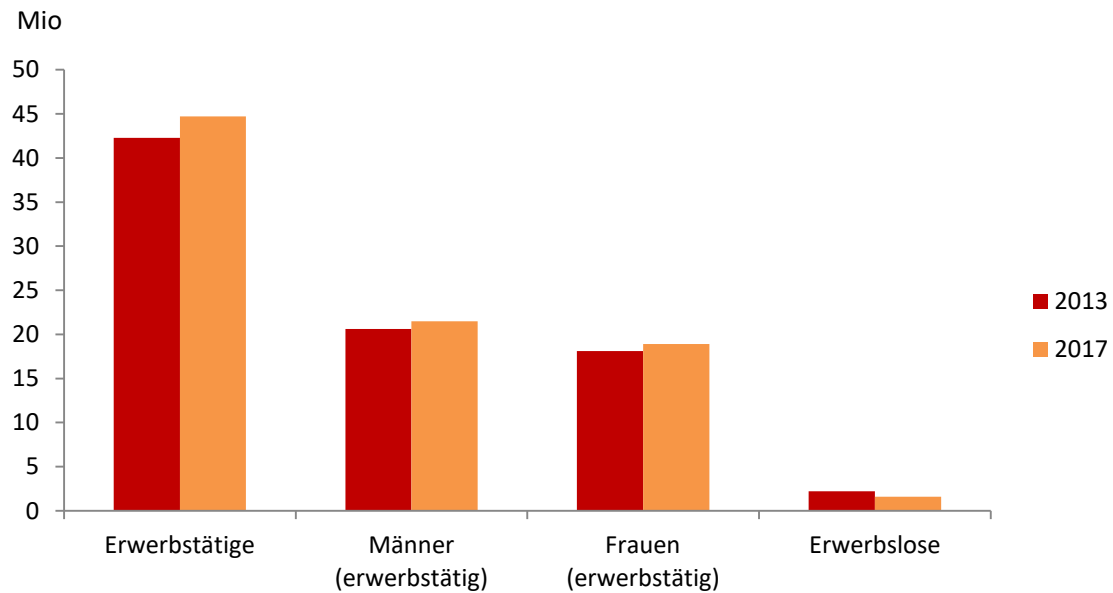


Abb. 10: Erwerbstätige im Vergleich 2013 und 2017 (Quelle: Erwerbstätigenquoten 1991 bis 2017, Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden, 2019)

2 Methoden

2.1 Stichprobe und Rekrutierung

Die Bruttostichprobe umfasste 10.000 Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund mit Krankengeldbezug in 2012. Die postalische Befragung fand im Mai 2013 statt, nach sechs Wochen erfolgte eine Erinnerung. Die Stichprobenziehung berücksichtigte 40- bis 54-jährige Personen mit aktuellem Wohnsitz in Deutschland. Nicht in die Untersuchung mit eingeschlossen wurden Versicherte, die innerhalb der vorherigen vier Jahre, d. h. zwischen 2009 und 2012, Leistungen zur Teilhabe (medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen) in Anspruch genommen oder beantragt hatten. Männer und Frauen wurden im gleichen Umfang berücksichtigt. Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover und den Datenschutzbeauftragten der Deutschen Rentenversicherung Bund geprüft und gestattet (Ethikvotum: 1730-2013). Die Registrierung erfolgte im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS00004824) [60].

2.2 Erhebungsinstrumente

Der vollständige Fragebogen kann im Anhang eingesehen werden. Insgesamt wurden 59 Fragen gestellt. Sie bezogen sich auf Gesundheit und Lebensqualität, Gesundheitsverhalten, medizinische Rehabilitation, soziale Unterstützung, berufliche Situation, individuelle Persönlichkeit und personenbezogene Daten. Um eine Kategorisierung zu erzielen, konnten bekannte Trennwerte genutzt werden. Weitere Einteilungen in bivariate Kategorien fanden am Median bzw. oberen oder unteren Quartil statt.

2.2.1 Abhängige Variable

Antragsintention

Zur Ermittlung der Antragsintention wurde erfragt, ob aktuell der Gedanke besteht einen Antrag auf berufliche Rehabilitation, also Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zu stellen. Bei einer positiven Beantwortung konnte zusätzlich angegeben werden, für welche Leistung eine Beantragung beabsichtigt wird (Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Gründungszuschuss, Verfahren zur Auswahl von beruflichen

Leistungen, Leistungen zur beruflichen Bildung, Kfz-Hilfen, sonstige Hilfen). Die Auswertungen wurden auf die Angabe zur grundsätzlichen Absicht einer Beantragung beschränkt, da auch die Leistungsbewilligung üblicherweise dem Grunde nach erfolgt. Die Rentenversicherung prüft den Antrag auf LTA und entscheidet über die Zuständigkeit. Die Auswahl konkreter Leistungen erfolgt dann gemeinsam mit dem Reha-Berater und ist vom individuellen Bedarf abhängig. Häufig werden auch mehrere Leistungen erbracht, z. B. Eignungsabklärung, Rehabilitationsvorbereitung, Weiterbildung und Eingliederungszuschuss.

2.2.2 Erklärende Variablen

2.2.2.1 Soziodemografie

Von den Teilnehmenden wurden Alter (< 50 Jahre; ≥ 50 Jahre), Geschlecht (weiblich; männlich) und derzeitige Erwerbstätigkeit (nein; ja) erfasst. Zudem wurde der Migrationshintergrund mittels empfohlenem Mindestindikatorenansatz von Schenk et al. zur Erfassung des Migrationsstatus [61] erhoben. Weiterhin wurden die Personen nach Partnerschaft (Partner; kein Partner) und Kindern (Kinder; keine Kinder) gefragt. Der sozioökonomische Status (Bildungsstand und Berufsabschluss) wurde nach Empfehlungen von Deck und Röckelein ermittelt [62]. In dichotomisierter Form wurde zwischen geringem Bildungsstand (kein Schulabschluss, Haupt/Volksschulabschluss) oder mittlerem bis hohem Bildungsstand (Realschulabschluss, Polytechnische Oberschule, Fachhochschulreife, Abitur) und niedrigem Berufsabschluss (kein Berufsabschluss, Lehre) oder hohem Berufsabschluss (Fachschule, Fachhochschule, Universität/Hochschule) unterschieden.

2.2.2.2 Soziale Unterstützung

Um die allgemeine soziale Unterstützung der Befragten zu ermitteln, wurde die Oslo Social Support Scale genutzt. Sie besteht aus 3 Items. Das erste Item hat ein 4-stufiges Antwortformat, die zwei weiteren haben jeweils ein 5-stufiges Antwortformat. Somit können Werte von 3 bis 14 Punkten erreicht werden [63]. Der Summenscore kann in geringe (3 bis 8 Punkte), moderate (9 bis 11 Punkte) und hohe wahrgenommene soziale Unterstützung (12 bis 14 Punkte) durch Freunde, Familie oder Nachbarn kategorisiert

werden [64]. In der bivariaten Darstellung wurde der Cut-Off-Wert bei ≥ 9 Punkten gebildet (≥ 9 moderate/hohe soziale Unterstützung; < 9 niedrige soziale Unterstützung).

Die ärztliche und familiäre Unterstützung bei der Antragstellung wurde anhand von jeweils 3 Fragen ermittelt (z. B. Gespräch über die Möglichkeit einer medizinischen Rehabilitation). Die Fragen bezogen sich auf die Unterstützung bei medizinischer Rehabilitation innerhalb der letzten drei Monate. Die Antwortmöglichkeiten waren 4-stufig (stimmt nicht, stimmt kaum, stimmt eher, stimmt genau) und wurden gemittelt. Den Trennwert für die Kategorisierung in hohe und niedrige Unterstützung bildete das letzte Quartil, wobei dieses zum unteren Punktebereich gezählt wurde (1 bis 1,4 Punkte = niedrige Unterstützung; 1,6 bis 4 Punkte = hohe Unterstützung).

2.2.2.3 Arbeitsfähigkeit

Zur Ermittlung der subjektiven Arbeitsfähigkeit wurde der Work Ability Score (WAS) eingesetzt. Dieser ist das erste Item des Work Ability Index (WAI) [65]. Der WAI, auf Deutsch auch Arbeitsbewältigungsindex, wurde in den 1980er Jahren in Finnland von Juhani Ilmarinen u. a. entwickelt [66]. Er wird häufig in Unternehmen eingesetzt und dient als Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten. Diese Methode wird genutzt, um als Frühwarnsystem Gesundheitsgefährdung rechtzeitig zu erkennen und einer drohenden Arbeitsunfähigkeit bzw. einem vorzeitigen Renteneintritt vorzubeugen. Der Work Ability Score erfasst die aktuelle subjektive Arbeitsfähigkeit. Die Spannweite reicht von derzeit bester Arbeitsfähigkeit bis zu vollständiger Arbeitsunfähigkeit. Eine Kategorisierung ist möglich in sehr gute (10 Punkte), gute (8 bis 9 Punkte), mäßige (6 bis 7 Punkte) und schlechte Arbeitsfähigkeit (0 bis 5 Punkte). Für die Analysen wurden die oberen Kategorien zusammengefasst (0 bis 5 Punkte = schlecht; 6 bis 10 Punkte = mindestens mäßig) [66].

Die erwerbsbezogene Teilhabebeeinträchtigung wurde anhand der Anzahl beeinträchtigter Tage innerhalb des letzten halben Jahres bestimmt („Waren Sie in den vergangenen 6 Monaten einmal so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten?“ nie; ja; ungefähr ... Tage). Die Dichotomisierung erfolgte anhand der Einteilung „weniger als 90 Tage“ und „90 und mehr Tage“.

2.2.2.4 Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Der allgemeine Gesundheitszustand wurde anhand des ersten Items des SF36-Item Short-Term Health Survey erhoben [67]. Mittels Dichotomisierung erfolgte aus 5 Antwortmöglichkeiten eine Einteilung in gut (1-3 Punkte) und schlecht (4-5 Punkte).

Es wurde der Grad der Behinderung bei einem Wert von 30 kategorisiert (≥ 30 Behinderungsgrad vs. < 30 kein Grad der Behinderung).

Als Indikatoren gesundheitsbezogener Verhaltensrisiken wurde der Raucherstatus erhoben (Raucher; Nichtraucher) und der Umfang körperlicher Aktivität erfragt (mehr als 2 Stunden Sport pro Woche; weniger als 2 Stunden Sport pro Woche oder kein Sport). Zur Errechnung des Body-Mass-Index (BMI) wurden Körpergewicht und Körpergröße erfragt. Der BMI wurde bei einem Wert von 30 kategorisiert (≥ 30 Adipositas vs. < 30 keine Adipositas). Bei einem BMI ≥ 25 wird von einer Präadipositas gesprochen. Ab einem BMI ≥ 30 von Adipositas [68].

2.2.2.5 Rehabilitation und Rente

Eine beabsichtigte Rentenantragsstellung wurde mit dem dritten Item der Skala zur subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) erhoben („Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?“ ja vs. nein) [69].

Mittels einer Fragestellung konnte die frühere Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation, das heißt vor 2009, erhoben werden („Haben Sie schon einmal eine medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch genommen?“ ja vs. nein).

Die Ermittlung der Intention einer Antragstellung einer medizinischen Rehabilitation erfolgte durch das Schema motivationaler Determinanten der Rehabilitationsantragstellung. Dieses aus 8 Skalen (26 Items) aufgebaute Prinzip basiert auf Schwarzers sozialkognitivem Prozessmodell gesundheitlichen Handelns [70]. Die beiden Items zur Intention wurden aufsummiert und gemittelt (< 2 niedrige Intention vs. ≥ 2 hohe Intention).

2.2.2.6 Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausaufenthalte

Zur Bestimmung der in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen wurde die Anzahl der Kontakte zum Allgemeinmediziner innerhalb der letzten 12 Monate erfasst und am oberen Quartil kategorisiert (Kontakte Allgemeinmediziner < 8 Kontakte vs. ≥ 8 Kontakte). Gleichmaßen wurde die Anzahl der kontaktierten Fachärzte erfragt (Kontakte zu Fachärzten < 12 Kontakte vs. ≥ 12 Kontakte). Mittels einer Frage wurde ermittelt, ob innerhalb der letzten 12 Monate ein Krankenhausaufenthalt (ohne Entbindung und mind. 1 Nacht) stattgefunden hat.

2.3 Statistische Analysen

Die Darstellung der Stichprobenmerkmale erfolgte mit absoluten und relativen Häufigkeiten. Die Merkmale von Personen mit und ohne beabsichtigte LTA wurden miteinander verglichen (z. B. Anteil Männer, Anteil älterer Personen).

Die Analysen wurden für die Gesamtstichprobe und zusätzlich für die auf die erwerbstätigen Studienteilnehmer reduzierte Stichprobe durchgeführt.

Mithilfe einfacher logistischer Regressionsmodelle wurde die Wahrscheinlichkeit einer Antragsabsicht in Abhängigkeit der verschiedenen erklärenden Variablen untersucht. Fälle mit fehlenden Werten wurden für jedes Modell separat ausgeschlossen, sodass jede Regression die maximale Anzahl an Fällen einbezog. Als Effektschätzer für die dichotomen erklärenden Variablen dienten Odds Ratios, auch Chancenverhältnisse genannt, mit den korrespondierenden 95 %-Konfidenzintervallen. Die berechneten Odds (Chancen) ergaben sich als Quotienten aus der Wahrscheinlichkeit der Intention einer Antragsstellung und der Wahrscheinlichkeit keiner Intention einer Antragsstellung. Das Odds Ratio diente somit als Maß für die prozentuale Änderung der Odds für eine Antragsintention zwischen zwei Kategorien der jeweiligen erklärenden Variablen. Ein Odds Ratio von 1 implizierte keine Änderung im Vergleich zur Referenzkategorie, ein Odds Ratio größer 1 wies auf prozentual höhere Odds für eine Intention hin und ein Odds Ratio kleiner 1 kennzeichnete prozentual geringere Odds für eine Intention. Die Berechnung der 95 %- Konfidenzintervalle der Odds Ratios diente der Präzision der Lageschätzung. Sie

beinhalteten den wahren Wert der Grundgesamtheit mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 %. Es wurde die Ober- und Untergrenze berechnet, wobei ein signifikanter Unterschied auftrat, insofern das Konfidenzintervall nicht den Wert 0 einschloss. Erklärende Variablen mit nicht-signifikanten Effekten wurden von der weiteren Analyse ausgeschlossen.

Anschließend wurde eine multiple logistische Regression mit den verbleibenden erklärenden Variablen durchgeführt. Fälle mit einem fehlenden Wert für mindestens eine der Variablen wurden ausgeschlossen. Per Rückwärtseliminationsverfahren wurden nun weitere Variablen schrittweise entfernt. In dem Ausgangsmodell waren noch alle Variablen eingeschlossen. Ein Algorithmus bestimmte dann die erklärende Variable mit dem höchsten p-Wert und führte im nächsten Schritt eine Regression unter Ausschluss dieser durch. Diese Prozedur wurde so oft wiederholt, bis alle verbleibenden erklärenden Variablen einen p-Wert unter 0,05 aufwiesen. Zur Beurteilung der Güte der Modelle wurde der Pseudo-R²-Koeffizient von Nagelkerke verwendet. Die Signifikanz des Regressionskoeffizienten wurde mittels Wald-Test überprüft.

Zur Untersuchung einer möglichen Interaktion zwischen ausgewählten Moderatoren und Determinanten wurden drei Modelle erstellt. Adjustiert nach Geschlecht (männlich vs. weiblich), Alter (≥ 50 Jahre vs. < 50 Jahre) und Erwerbstätigkeit (Erwerbstätigkeit ja vs. nein) ermittelte Odds Ratios und gebildete Interaktionsterme begünstigten den Vergleich einer Subgruppe (z. B. Männer) mit einer anderen Subgruppe (z. B. Frauen).

Das Signifikanzniveau wurde auf 5 % festgelegt. Alle Analysen wurde mit dem Programm IBM SPSS Statistics 22 gerechnet [57].

3 Ergebnisse

3.1 Rekrutierung und Teilnehmerfluss

Von insgesamt 10.000 Fragebögen konnten 103 nicht zugestellt werden. Die Rücklaufquote betrug 33,3 % (n = 3294). Nach Ausschluss der Personen ohne Angabe zur Absicht LTA zu beantragen, verblieben noch 3227 Personen. Von diesen waren 2924 (91 %) erwerbstätig. Tab. 3 zeigt die Merkmale der verbliebenen Stichprobe mit Angaben zur Antragsabsicht, Tab. 4 die Merkmale der verbliebenen Stichprobe der Erwerbstätigen. Die Anzahl der Teilnehmenden mit intendierter Antragstellung auf LTA betrug für die Gesamtstichprobe 264 (8 %) und für Erwerbstätige 182 (6 %) [Vgl. Abb. 11].

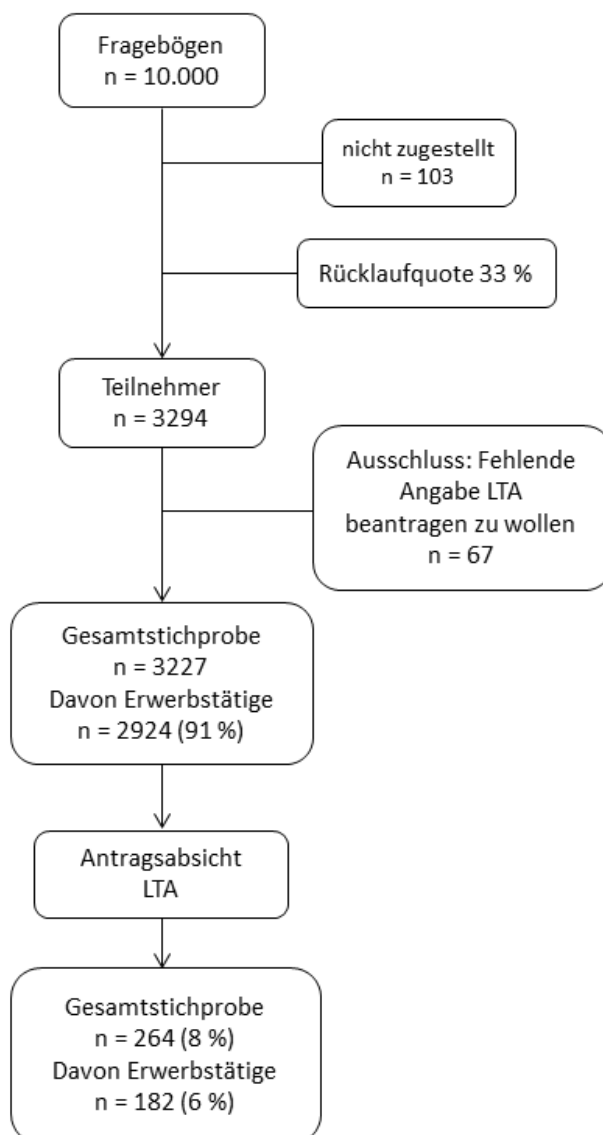


Abb. 11: Stichprobenmerkmale

3.2 Stichprobenmerkmale der Gesamtstichprobe

Bei der Untersuchung der Gesamtstichprobe wurde der Einfluss der erklärenden Variablen (z. B. Soziodemografie, soziale Unterstützung, Arbeitsfähigkeit, erwerbsbezogene Parameter etc.) auf die zu erklärende Variable (Antragsabsicht) analysiert. Personen mit Antragsabsicht waren häufiger männlich und älter als 50 Jahre, sie hatten gute ärztliche und familiäre Unterstützung, die subjektive Arbeitsfähigkeit und der allgemeine Gesundheitszustand waren schlechter und sie hatten öfter eine RehaMaßnahme bereits in Anspruch genommen als Personen ohne Antragsabsicht (Tab. 3).

3.2.1 Soziodemografie

Personen mit Antragsabsicht waren häufiger männlich als Personen ohne Antragsabsicht (57,2 % vs. 45,8 %) und 50 Jahre und älter (55,3 % vs. 40,1 %). Sie hatten häufiger einen Migrationshintergrund (8,4 % vs. 7,4 %). Sie hatten keine feste Partnerschaft (30,2 % vs. 22,1 %) und keine Kinder (33,7 % vs. 24,1 %), einen geringen Bildungsstand (28,1 % vs. 20,5 %) und einen niedrigeren Berufsabschluss (68,8 % vs. 58,5 %). Personen mit Antragsabsicht waren häufiger erwerbslos (31,1 % vs. 7,5 %) als Personen ohne Antragsabsicht.

3.2.2 Soziale Unterstützung

Personen mit Antragsabsicht hatten eine niedrige allgemeine soziale Unterstützung (43,3 % vs. 31,5 %) sowie eine gute ärztliche (56,4 % vs. 22,0 %) und eine gute familiäre (61,4 % vs. 26,3 %) Unterstützung bei Beantragung einer medizinischen Rehabilitation.

3.2.3 Arbeitsfähigkeit und erwerbsbezogene Parameter

Befragte mit Antragsabsicht hatten häufiger eine schlechtere subjektive Arbeitsfähigkeit (64,9 % vs. 25,7 %) und mehr Tage mit Beeinträchtigung (50,4 % vs. 19,7 %) als Befragte ohne Antragsabsicht.

3.2.4 Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Eine erhöhte Antragsabsicht ging einher mit einem schlechten allgemeinen Gesundheitszustand (67,2 % vs. 31,6 %) und einem Grad der Behinderung ≥ 30 (19,1 % vs. 10,8 %). Befragte mit Antragsabsicht waren häufiger Raucher (30,5 % vs. 29,4 %), trieben weniger als 2 Stunden Sport pro Woche (68,3 % vs. 62,0 %) und hatten häufiger einen Body Mass Index ≥ 30 (28,0 % vs. 21,6 %).

3.2.5 Rehabilitation und Rente

Die Antragsabsicht war erhöht bei Rentenbegehren (23,7 % vs. 5,6 %), einer früheren Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation (28,1 % vs. 19,4 %) und der Intention medizinische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen (54,7 % vs. 14,4 %).

3.2.6 Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausaufenthalte

Personen mit Antragsabsicht suchten häufiger Allgemeinmediziner auf als Personen ohne Antragsabsicht (46,7 % vs. 23,0 %) und hatten mehr Kontakte zu Fachärzten (45,2 % vs. 22,7 %) sowie mehr Krankenhausaufenthalte (52,3 % vs. 37,1 %).

Tab. 3: Merkmale der Gesamtstichprobe

	Ohne Antragsabsicht		Mit Antragsabsicht		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Soziodemografie						
Geschlecht, Männer	2963	45,8	264	57,2	3227	46,8
Alter, ≥ 50 Jahre	2963	40,1	264	55,3	3227	40,5
Migrationshintergrund	2943	7,4	263	8,4	3206	7,5
Partnerschaft, keine	2883	22,1	258	30,2	3141	22,7
Kinder, keine	2952	24,1	264	33,7	3216	24,9
Bildungsstand, gering	2943	20,5	263	28,1	3206	21,1
Erwerbstätigkeit, keine	2963	7,5	264	31,1	3227	9,4
Berufsabschluss, niedrig	2900	58,5	256	68,8	3156	59,3
Soziale Unterstützung						
Allgemeine soziale Unterstützung, niedrig	2938	31,5	263	43,3	3201	32,5
Ärztliche Unterstützung, gut	2900	22,0	257	56,4	3157	24,8
Familiäre Unterstützung, gut	2694	26,3	241	61,4	2935	29,2
Arbeitsfähigkeit und erwerbsbezogene Parameter						
Subjektive Arbeitsfähigkeit, schlecht	2916	25,7	259	64,9	3175	28,9
Tage mit Beeinträchtigung, ≥ 90 Tage	2963	19,7	264	50,4	3227	22,2
Gesundheit und Gesundheitsverhalten						
Allgemeiner Gesundheitszustand, schlecht	2900	31,6	256	67,2	3156	34,4
Grad der Behinderung, ≥ 30	2962	10,8	262	19,1	3224	11,4
Aktuelle Raucher	2939	29,4	259	30,5	3198	29,5
Sport, < 2h/Woche	2938	62,0	259	68,3	3197	62,6
Body Mass Index, ≥ 30	2922	21,6	261	28,0	3183	22,1
Rehabilitation und Rente						
Rentenbegehren	2876	5,6	257	23,7	3133	7,1
Frühere Inanspruchnahme MR	2935	19,4	260	28,1	3195	20,1
Intention MR in Anspruch zu nehmen, hoch	2869	14,4	245	54,7	3114	17,5
Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausaufenthalte						
Kontakte Allgemeinmediziner, ≥ 8 Kontakte	2794	23,0	242	46,7	3036	24,9
Kontakte zu Fachärzten, ≥ 12 Kontakte	2766	22,7	239	45,2	3005	24,5
Krankenhausaufenthalt	2963	37,1	264	52,3	3227	38,3

MR = Medizinische Rehabilitation

3.3 Einschluss Erwerbstätige

Die reduzierte Stichprobe der bei der Befragung erwerbstätigen Personen (n = 2924) sah ähnlich aus. Personen mit Antragsabsicht waren häufiger männlich und älter als 50 Jahre, sie hatten gute ärztliche und familiäre Unterstützung, die subjektive Arbeitsfähigkeit und der allgemeine Gesundheitszustand waren schlechter und sie hatten öfter eine Rehamaßnahme bereits in Anspruch genommen als Personen ohne Antragsabsicht (Tab. 4).

3.3.1 Soziodemografie

Erwerbstätige Personen mit Antragsabsicht waren häufiger männlich (57,1 % vs. 45,4 %) und über 50 Jahre alt (44,0 % vs. 39,9 %). Sie hatten häufiger einen Migrationshintergrund (8,3 % vs. 6,5 %). Sie hatten keine Partnerschaft (27,5 % vs. 21,3 %) und keine Kinder (35,7 % vs. 24,2 %). Der Bildungsstand war gering (23,8 % vs. 19,7 %) und der Berufsabschluss niedrig (63,8 % vs. 58,1 %).

3.3.2 Soziale Unterstützung

Erwerbstätige mit Antragsabsicht hatten eine niedrige soziale Unterstützung (38,5 % vs. 31,1 %) sowie gute ärztliche Unterstützung (55,6 % vs. 21,4 %) und gute Unterstützung durch die Familie (63,1 % vs. 26,0 %) bei Beantragung einer medizinischen Rehabilitation.

3.3.3 Arbeitsfähigkeit und erwerbsbezogene Parameter

Teilnehmer mit Antragsabsicht wiesen häufiger eine schlechte subjektive Arbeitsfähigkeit (60,6 % vs. 23,2 %) und über 90 Tage mit Beeinträchtigung (44,0 % vs. 16,3 %) auf.

3.3.4 Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Eine Antragsabsicht hing häufiger zusammen mit einem schlechten allgemeinen Gesundheitszustand (63,8 % vs. 29,5 %) und einem Grad der Behinderung über 30 (22,1 % vs. 10,7%). Unter den Personen mit Antragsabsicht waren weniger Raucher als unter denen ohne Antragsabsicht (24,9 % vs. 28,8 %). Befragte mit Antragsabsicht betrieben weniger als 2 Stunden Sport pro Woche (67,8 % vs. 61,7 %) und hatten einen Body Mass Index über 30 (28,6 % vs. 21,4 %).

3.3.5 Rehabilitation und Rente

Erwerbstätige Personen mit Antragsabsicht zeigten öfter Rentenbegehren (21,8 % vs. 4,6 %), hatten medizinische Rehabilitation bereits in Anspruch genommen (28,9 % vs. 19,5 %) oder die Intention medizinische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen (56,8 % vs. 13,8 %).

3.3.6 Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausaufenthalte

Erwerbstätige Personen mit Antragsabsicht hatten jährlich über 8 Kontakte zu Allgemeinmedizinern (47,0 % vs. 22,3 %), über 12 Kontakte zu Fachärzten (43,6 % vs. 22,0 %) und mindestens einen Krankenhausaufenthalt (55,5 % vs. 37,0 %).

Tab. 4: Merkmale der Stichprobe erwerbstätiger Studienteilnehmer

	Ohne Antragsabsicht		Mit Antragsabsicht		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Soziodemografie						
Geschlecht, Männer	2742	45,4	182	57,1	2924	46,2
Alter, ≥ 50 Jahre	2742	39,9	182	44,0	2924	40,2
Migrationshintergrund	2724	6,5	181	8,3	2905	6,6
Partnerschaft, keine	2675	21,3	178	27,5	2853	21,7
Kinder, keine	2733	24,2	182	35,7	2915	24,9
Bildungsstand, gering	2726	19,7	181	23,8	2907	20,0
Berufsabschluss, niedrig	2689	58,1	177	63,8	2866	58,4
Soziale Unterstützung						
Allgemeine soziale Unterstützung, niedrig	2720	31,1	182	38,5	2902	31,5
Ärztliche Unterstützung, gut	2688	21,4	180	55,6	2868	23,6
Familiäre Unterstützung, gut	2497	26,0	168	63,1	2665	28,3
Arbeitsfähigkeit und erwerbsbezogene Parameter						
Subjektive Arbeitsfähigkeit, schlecht	2700	23,2	180	60,6	2880	25,5
Tage mit Beeinträchtigung, ≥ 90 Tage	2671	16,3	182	44,0	2924	20,1
Gesundheit und Gesundheitsverhalten						
Allgemeiner Gesundheitszustand, schlecht	2682	29,5	177	63,8	2859	31,6
Grad der Behinderung, ≥ 30	2741	10,7	181	22,1	2922	11,4
Aktuelle Raucher	2718	28,8	181	24,9	2899	28,5
Sport, < 2h/Woche	2720	61,7	180	67,8	2900	62,0
Body Mass Index, ≥ 30	2703	21,4	182	28,6	2885	21,8
Rehabilitation und Rente						
Rentenbegehren	2673	4,6	179	21,8	2852	5,7
Frühere Inanspruchnahme MR	2717	19,5	180	28,9	2897	20,1
Intention MR in Anspruch zu nehmen, hoch	2665	13,8	169	56,8	2834	16,3
Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausaufenthalte						
Kontakte Allgemeinmediziner, ≥ 8 Kontakte	2587	22,3	168	47,0	2755	23,8
Kontakte zu Fachärzten, ≥ 12 Kontakte	2565	22,0	165	43,6	2730	23,3
Krankenhausaufenthalt	2742	37,0	182	55,5	2924	38,2

MR=Medizinische Rehabilitation

3.4 Logistische Regressionen

Folgende erklärende Variablen zeigten keinen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit der Antragsintention und wurden somit von der multivariaten Analyse ausgeschlossen: Raucher, Alter, Migration (zusätzlich: fehlende Partnerschaft, geringer Bildungsstand, niedriger Berufsabschluss und Sport < 2 Stunden pro Woche für Erwerbstätige).

Durch das Rückwärtsselektionsverfahren wurde in 14 Schritten (bzw. in 11 Schritten für Erwerbstätige) ein finales multivariates Modell für die Bestimmung der Antragsabsicht erstellt. Nacheinander wurden die Merkmale für gesundheitsbezogene Verhaltensrisiken (Sport < 2 Stunden pro Woche und BMI \geq 30), soziodemografische Faktoren (Partnerschaft, Kinder und Bildungsstatus) sowie Arbeitsfähigkeit (WAS) und Gesundheit (allgemeiner Gesundheitszustand, beeinträchtigte Tage, Grad der Behinderung \geq 30), Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen, Kontakte zu Allgemeinmedizinern \geq 8, Krankenhausaufenthalte) und soziale Unterstützung (allgemeine soziale Unterstützung und ärztliche Unterstützung) ausgeschlossen. Das endgültige Modell umfasste für die Gesamtstichprobe 8 Prädiktoren. Aus der Gruppe Erwerbstätiger entfiel der Erwerbsstatus sowie ein niedriger Berufsabschluss und es wurden 6 Prädiktoren ermittelt.

3.4.1 Einschluss der Gesamtstichprobe

Nagelkerkes Pseudo- R^2 betrug im finalen Modell 0,266, welches 2297 Fälle einbezog. Männer (OR = 1,68; $p = 0,003$), erwerbslose Personen (OR = 3,00; $p < 0,001$) sowie Personen mit niedrigem Berufsabschluss (OR = 1,77; $p = 0,003$), schlechter subjektiver Arbeitsfähigkeit (OR = 2,51; $p < 0,001$), Rentenbegehren (OR = 1,76; $p = 0,018$), einer hohen Zahl an Facharztkontakten (OR = 1,62; $p = 0,008$), guter familiärer Unterstützung bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation (OR = 1,78; $p = 0,004$) und der Intention eine medizinische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen (OR = 2,98; $p < 0,001$) hatten eine erhöhte Chance für eine beabsichtigte Beantragung einer LTA.

Tab. 5: Finales Regressionsmodell zur Vorhersage einer beabsichtigten Beantragung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Gesamtstichprobe

	n	OR	95 % KI		p
Geschlecht, Männer	1124	1,68	1,19	2,37	0,003
Erwerbstatus, nein	195	3,00	1,95	4,60	<0,001
Berufsabschluss, niedrig	1311	1,77	1,22	2,56	0,003
Subjektive Arbeitsfähigkeit, schlecht	598	2,51	1,71	3,69	<0,001
Rentenbegehren	158	1,76	1,10	2,80	0,018
Kontakte zu Fachärzten, ≥ 12 Kontakte	552	1,62	1,13	2,31	0,008
Familiäre Unterstützung, gut	636	1,78	1,21	2,62	0,004
Intention MR in Anspruch zu nehmen, hoch	385	2,98	2,01	4,42	<0,001

N = Anzahl Fälle in der angegebenen Kategorie; MR = medizinische Rehabilitation; OR = Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall; p = p-Wert

3.4.2 Einschluss erwerbstätige Studienteilnehmer

Nagelkerkes Pseudo-R² betrug im finalen Modell 0,241, welches 2171 Fälle einbezog. In dem multivariaten Modell für Erwerbstätige wurde eine hohe Antragsabsicht durch den Einfluss von Männern (OR = 1,69; p = 0,008), schlechter subjektiver Arbeitsfähigkeit (OR = 2,68; p = < 0,001), Rentenbegehren (OR = 2,32; p = 0,002), über 12 Kontakte zu Fachärzten innerhalb der letzten 12 Monate OR = 1,57; p = 0,029), gute familiäre Unterstützung bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation (OR = 2,10; p = 0,001) und die Intention medizinische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen (OR = 3,68; p = < 0,001) deutlich.

Tab. 6: Finales Regressionsmodell zur Vorhersage einer beabsichtigten Beantragung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben der erwerbstätigen Studienteilnehmer

	n	OR	95% KI		p
Geschlecht, Männer	1048	1,69	1,15	2,49	0,008
Subjektive Arbeitsfähigkeit, schlecht	507	2,68	1,75	4,10	<0,001
Rentenbegehren	128	2,32	1,38	3,93	0,002
Kontakte zu Fachärzten, ≥ 12 Kontakte	497	1,57	1,05	2,34	0,029
Familiäre Unterstützung, gut	587	2,10	1,36	3,25	0,001
Intention MR in Anspruch zu nehmen	345	3,68	2,38	5,71	<0,001

N = Anzahl Fälle in der angegebenen Kategorie; MR = medizinische Rehabilitation; OR = Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall; p = p-Wert

3.5 Moderatoren

3.5.1 Einschluss Gesamtstichprobe

3.5.1.1 Vergleichende Darstellung der Antragsabsichten von Frauen und Männern

Die Assoziationen zwischen den untersuchten Determinanten und einer beabsichtigten Beantragung einer LTA waren für Männer und Frauen im Wesentlichen gleich stark [Vgl. Tab. 7]. Sie unterschieden sich lediglich in Bezug auf Alter, Partnerschaft, Kinder und familiärer sowie ärztlicher Unterstützung bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation. Frauen mit einer Antragsabsicht waren älter als Männer mit einer Antragsabsicht. Sie bestand bei Frauen ab einem Alter von über 50 Jahren. Männer zeigten häufiger eine Antragsabsicht bei nicht vorhandener Partnerschaft. Für beide war die Antragsabsicht bei Kinderlosigkeit erhöht. Familiäre und ärztliche Unterstützung bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation hatten einen Effekt sowohl auf die Antragsabsicht der Männer als auch der Frauen. Für Männer war die Absicht jeweils etwa 2-fach höher als für Frauen.

Es konnte kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Antragsintention der jeweiligen weiteren Bedarfsdeterminanten festgestellt werden.

Tab. 7: Determinanten für intendierte Anträge nach Geschlecht und Interaktion

	n	Männer			Frauen			Interaktion Männer vs. Frauen		
		OR	95% KI	p	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
Soziodemografie										
Alter, ≥ 50 Jahre	3227	0,88	0,62; 1,24	0,449	1,81	1,23; 2,65	0,003	0,48	0,29; 0,81	0,006
Migrationshintergrund	3206	0,86	0,45; 1,63	0,639	1,57	0,82; 3,02	0,174	0,72	0,43; 1,22	0,222
Partnerschaft, keine	3141	2,26	1,57; 3,25	<0,001	0,99	0,63; 1,55	0,970	2,28	1,27; 4,06	0,005
Kinder, keine	3216	2,00	1,41; 2,83	<0,001	1,13	0,73; 1,75	0,578	1,76	1,01; 3,09	0,047
Bildungsstand, gering	3206	1,49	1,03; 2,16	<0,001	1,46	0,93; 2,27	0,098	1,03	0,58; 1,84	0,912
Erwerbsstatus, nein	3227	5,03	3,39; 7,46	<0,001	6,16	3,95; 9,60	<0,001	0,82	0,45; 1,48	0,503
Berufsabschluss, niedrig	3156	1,77	1,25; 2,50	0,001	1,43	0,94; 2,19	0,098	1,07	0,60; 1,91	0,816
Soziale Unterstützung										
Allgemeine soziale Unterstützung, niedrig	3201	1,72	1,23; 2,42	0,002	1,56	1,05; 2,30	0,027	1,11	0,66; 1,86	0,702
Ärztliche Unterstützung, gut	3157	6,09	4,28; 4,59	<0,001	3,13	2,13; 4,61	<0,001	1,90	1,12; 3,23	0,018
Familiäre Unterstützung, gut	2935	5,24	3,70; 7,43	<0,001	3,12	2,12; 4,59	<0,001	1,93	1,11; 3,34	0,020
Arbeitsfähigkeit und erwerbsbezogene Parameter										
Subjektive Arbeitsfähigkeit (WAS), schlecht	3175	5,12	3,60; 7,27	<0,001	5,41	3,61; 8,09	<0,001	0,96	0,55; 1,64	0,867
Tage mit Beeinträchtigung, ≥ 90 Tage	3136	4,38	3,10; 6,20	<0,001	3,93	2,67; 5,80	<0,001	1,12	0,66; 1,88	0,683
Gesundheit und Gesundheitsverhalten										
Allgemeiner Gesundheitszustand, schlecht	3156	5,30	3,67; 7,67	<0,001	3,10	2,10; 4,57	<0,001	1,66	0,96; 2,88	1,663
Grad der Behinderung, ≥ 30	3224	1,70	1,06; 2,72	0,028	2,32	1,46; 3,69	<0,001	0,73	0,38; 1,41	0,349
Aktuelle Raucher	3198	1,11	0,77; 1,60	0,562	0,95	0,62; 1,44	0,795	0,95	0,77; 1,17	0,629
Sport, < 2h/Woche	3197	1,48	1,02; 2,14	<0,001	1,03	0,70; 1,53	0,875	1,42	0,82; 2,45	0,215
Body Mass Index, ≥ 30	3183	1,16	0,79; 1,71	0,444	1,74	1,14; 2,64	0,010	0,67	0,38; 1,19	0,172
Rehabilitation und Rente										
Rentenbegehren	3133	4,35	2,82; 6,73	<0,001	6,18	3,76; 10,16	<0,001	0,68	0,35; 1,32	0,252
Frühere Inanspruchnahme MR	3195	1,84	1,26; 2,70	0,002	1,44	0,94; 2,21	0,098	1,27	0,71; 2,27	0,414
Intention MR in Anspruch zu nehmen, hoch	3114	7,32	5,12; 10,47	<0,001	5,71	3,85; 8,45	<0,001	1,21	0,70; 2,11	0,492
Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausaufenthalte										
Kontakte Allgemeinmediziner, ≥ 8 Kontakte	3036	3,30	2,34; 4,66	<0,001	2,08	1,39; 3,09	<0,001	1,47	0,85; 2,54	0,163
Kontakte zu Fachärzten, ≥ 12 Kontakte	3005	2,61	1,85; 3,70	<0,001	2,51	1,69; 3,73	<0,001	0,97	0,56; 1,68	0,925
Krankenhausaufenthalte	3227	1,75	1,25; 2,45	0,001	2,01	1,37; 2,95	<0,001	0,87	0,52; 1,45	0,586

3.5.1.2 Vergleichende Darstellung der Antragsabsicht in Abhängigkeit des Alter

Das Alter hatte kaum einen Einfluss auf die untersuchten Determinanten und die jeweilige Antragsabsicht einer LTA. Lediglich zeigte sich, dass Männer unter 50 Jahren eine höhere Antragsabsicht hatten als Männer über 50 Jahren [Vgl. Tab. 8].

Es konnte kein Zusammenhang zwischen Alter und Antragsintention der jeweiligen weiteren Bedarfsdeterminanten festgestellt werden.

Tab. 8: Determinanten für intendierte Anträge nach Alter und Interaktion

	n	Alter ≥ 50 Jahre			Alter < 50 Jahre			Interaktion ≥ 50 Jahre vs. < 50 Jahre		
		OR	95% KI	p	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
Soziodemografie										
Geschlecht, Männer	3227	1,06	0,73; 1,55	0,755	2,19	1,54; 3,12	<0,001	0,48	0,29; 0,81	0,006
Migrations-hintergrund	3206	0,85	0,40; 1,79	0,662	1,42	0,80; 2,55	0,232	0,60	0,23; 1,54	0,288
Partnerschaft, keine	3141	1,46	0,95; 2,25	0,083	1,61	1,11; 2,32	0,011	0,92	0,52; 1,62	0,760
Kinder, keine	3216	1,40	0,91; 2,14	0,128	1,82	1,28; 2,58	0,001	0,77	0,44; 1,33	0,343
Bildungsstand, gering	3206	1,32	0,87; 2,00	0,194	1,68	1,14; 2,48	0,008	0,79	0,45; 1,39	0,407
Erwerbsstatus, nein	3227	5,53	3,56; 8,58	<0,001	5,60	3,76; 8,33	<0,001	0,99	0,55; 1,79	0,967
Berufsabschluss, niedrig	3156	1,48	1,00; 2,20	0,051	1,52	1,06; 2,17	0,023	0,91	0,53; 1,59	0,749
Soziale Unterstützung										
Allgemeine soziale Unterstützung, niedrig	3201	1,80	1,23; 2,64	0,003	1,57	1,11; 2,22	0,010	1,13	0,67; 1,89	0,645
Ärztliche Unterstützung, gut	3157	3,47	2,36; 5,10	<0,001	5,36	3,79; 7,60	<0,001	0,67	0,39; 1,13	0,134
Familiäre Unterstützung, gut	2935	3,61	2,45; 5,31	<0,001	4,41	3,12; 6,23	<0,001	0,75	0,43; 1,30	0,300
Arbeitsfähigkeit und erwerbsbezogene Parameter										
Subjektive Arbeitsfähigkeit (WAS), schlecht	3175	5,07	3,39; 7,60	<0,001	5,22	3,67; 7,40	<0,001	1,07	0,62; 1,84	0,821
Tage mit Beeinträchtigung, ≥ 90 Tage	3136	4,14	2,80; 6,12	<0,001	3,95	2,78; 5,59	<0,001	1,04	0,61; 1,77	0,897
Gesundheit und Gesundheitsverhalten										
Allgemeiner Gesundheitszustand, schlecht	3156	3,23	2,17; 4,79	<0,001	5,06	3,54; 7,24	<0,001	0,64	0,37; 1,11	0,112
Grad der Behinderung, ≥ 30	3224	1,64	1,00; 2,68	0,051	2,20	1,41; 3,42	<0,001	0,76	0,39; 1,48	0,419
Aktuelle Raucher	3198	1,18	0,78; 1,77	0,433	0,94	0,65; 1,37	0,749	1,28	0,73; 2,23	0,389
Sport, < 2h/Woche	3197	1,62	1,06; 2,47	0,026	1,06	0,75; 1,50	0,734	1,61	0,92; 2,82	0,096
Body Mass Index, ≥ 30	3183	1,10	0,71; 1,70	0,667	1,69	1,17; 2,46	0,006	0,65	0,37; 1,16	0,146
Rehabilitation und Rente										
Rentenbegehren	3133	4,49	2,84; 7,10	<0,001	5,95	3,72; 9,53	<0,001	0,77	0,40; 1,48	0,425
Frühere Inanspruchnahme MR	3195	1,40	0,92; 2,13	0,120	1,78	1,21; 2,62	0,004	0,79	0,45; 1,40	0,422
Intention MR in Anspruch zu nehmen, hoch	3114	5,59	3,77; 8,27	<0,001	7,03	4,94; 10,02	<0,001	0,79	0,45; 1,36	0,389
Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausaufenthalte										
Kontakte Allgemeinmediziner, ≥ 8 Kontakte	3036	2,44	1,66; 3,59	<0,001	2,88	2,03; 4,08	<0,001	0,73	0,43; 1,26	0,258
Kontakte zu Fachärzten, ≥ 12 Kontakte	3005	2,34	1,57; 3,48	<0,001	2,80	1,98; 3,95	<0,001	0,79	0,46; 1,37	0,402
Krankenhausaufenthalt	3227	1,88	1,28; 2,75	0,001	1,84	1,31; 2,58	<0,001	1,02	0,62; 1,70	0,932

3.5.1.3 Vergleichende Darstellung der Antragsabsicht in Abhängigkeit von Erwerbstätigkeit

Der Erwerbsstatus modifizierte die Zusammenhänge zwischen den untersuchten Determinanten und der Antragsabsicht auf LTA nur für einen Migrationshintergrund, schlechte subjektive Arbeitsfähigkeit, einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand, Rentenbegehren und der Intention medizinische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Diese Zusammenhänge mit gesundheitsassoziierten Variablen waren für erwerbstätige Personen stärker ausgeprägt. Dies erklärt sich durch die insgesamt stärkere Beeinträchtigung der erwerbslosen Personen. Bei Personen mit Migrationshintergrund konnte ein stärkerer Zusammenhang für Erwerbstätige festgestellt werden. Dem liegt vermutlich der bessere Zugang zu Informationen bzgl. rehabilitativer Maßnahmen im beruflichen Umfeld zu Grunde [Vgl. Tab. 9].

Es konnte kein Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und Antragsintention der jeweiligen weiteren Bedarfsdeterminanten festgestellt werden.

Tab. 9: Determinanten für intendierte Anträge nach Erwerbstätigkeit und Interaktion

	n	Erwerbslos			Erwerbstätig			Interaktion erwerbslos vs. erwerbstätig		
		OR	95% KI	p	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
Soziodemografie										
Geschlecht, Männer	3227	1,31	0,78; 2,18	0,305	1,60	1,18; 2,17	0,002	0,82	0,45; 1,48	0,503
Alter, ≥ 50 Jahre	3227	1,17	0,70; 1,94	0,553	1,18	0,87; 1,60	0,280	0,99	0,55; 1,79	0,967
Migrationshintergrund	3206	0,41	0,18; 0,95	0,039	1,31	0,76; 2,27	0,336	0,31	0,11; 0,85	0,023
Partnerschaft, keine	3141	1,26	0,74; 2,15	0,402	1,41	1,00; 1,98	0,049	0,85	0,45; 1,61	0,621
Kinder, keine	3216	1,38	0,78; 2,44	0,268	1,75	1,28; 2,40	0,001	0,78	0,41; 1,50	0,461
Bildungsstand, gering	3206	1,43	0,84; 2,43	0,189	1,27	0,89; 1,81	0,191	1,10	0,58; 2,08	0,776
Berufsabschluss, niedrig	3156	2,11	1,18; 3,77	0,011	1,24	0,91; 1,69	0,174	1,74	0,87; 3,47	0,118
Soziale Unterstützung										
Allgemeine soziale Unterstützung, niedrig	3201	2,04	1,22; 3,41	0,006	1,40	1,03; 1,91	0,032	1,48	0,81; 2,70	0,203
Ärztliche Unterstützung, gut	3157	3,12	1,85; 5,27	<0,001	4,59	3,38; 6,23	<0,001	0,74	0,40; 1,38	0,348
Familiäre Unterstützung, gut	2935	2,88	1,70; 4,88	<0,001	4,50	3,31; 6,12	<0,001	0,65	0,34; 1,24	0,191
Arbeitsfähigkeit und erwerbsbezogene Parameter										
Subjektive Arbeitsfähigkeit (WAS), schlecht	3175	2,08	1,20; 3,61	0,009	5,05	3,70; 6,88	<0,001	0,45	0,23; 0,86	0,016
Tage mit Beeinträchtigung, ≥ 90 Tage	3136	2,70	1,61; 4,54	<0,001	3,62	2,65; 4,96	<0,001	0,86	0,46; 1,61	0,637
Gesundheit und Gesundheitsverhalten										
Allgemeiner Gesundheitszustand, schlecht	3156	1,97	1,14; 3,42	0,016	4,05	2,97; 5,52	<0,001	0,52	0,27; 1,00	0,050
Grad der Behinderung, ≥ 30	3224	1,09	0,50; 2,38	0,831	2,35	1,62; 3,40	<0,001	0,47	0,20; 1,11	0,085
Aktuelle Raucher	3198	1,18	0,70; 1,98	0,535	0,82	0,58; 1,17	0,272	1,57	0,84; 2,94	0,160
Sport, < 2h/Woche	3197	1,05	0,61; 1,79	0,869	1,29	0,94; 1,78	0,116	0,86	0,45; 1,64	0,655
Body Mass Index, ≥ 30	3183	1,07	0,59; 1,91	0,833	1,50	1,07; 2,09	0,018	0,75	0,38; 1,48	0,408
Rehabilitation und Rente										
Rentenbegehren	3133	1,71	0,94; 3,11	0,079	5,81	3,90; 8,64	<0,001	0,29	0,14; 0,59	0,001
Frühere Inanspruchnahme MR	3195	1,66	0,90; 3,04	0,102	1,67	1,19; 2,33	0,003	1,01	0,50; 2,02	0,982
Intention MR in Anspruch zu nehmen, hoch	3114	3,38	1,96; 5,82	<0,001	7,22	5,29; 9,86	<0,001	0,43	0,23; 0,82	0,010
Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausaufenthalte										
Kontakte Allgemeinmediziner, ≥ 8 Kontakte	3036	1,63	0,96; 2,75	0,069	2,88	2,12; 3,91	<0,001	0,57	0,31; 1,08	0,083
Kontakte zu Fachärzten, ≥ 12 Kontakte	3005	1,96	1,16; 3,32	0,012	2,53	1,85; 3,45	<0,001	0,76	0,40; 1,42	0,385
Krankenhausaufenthalte	3227	1,37	0,82; 2,28	0,232	2,12	1,57; 2,87	<0,001	0,64	0,36; 1,17	0,148

3.5.2 Einschluss Erwerbstätige

3.5.2.1 Vergleichende Darstellung der Antragsabsichten von Frauen und Männern

Bei erwerbstätigen Männern und Frauen zeigten sich für die untersuchten Determinanten wenige Unterschiede bezüglich der Antragsabsicht auf LTA. Erwerbstätige Männer wiesen eine höhere Antragsabsicht bei fehlender Partnerschaft auf. Zusätzlich war für sie die Intentionsbildung durch eine gute ärztliche Unterstützung bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation stärker erhöht als für erwerbstätige Frauen [Vgl. Tab. 10].

Es konnte kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht Erwerbstätiger und der Antragsintention der jeweiligen weiteren Bedarfsdeterminanten festgestellt werden.

Tab. 10: Determinanten für intendierte Anträge Erwerbstätiger nach Geschlecht und Interaktion

	n	Männer			Frauen			Interaktion Männer vs. Frauen		
		OR	95% KI	p	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
Soziodemografie										
Alter, ≥ 50 Jahre	2924	1,00	0,67; 1,51	0,985	1,45	0,92; 2,29	0,110	0,69	0,38; 1,28	0,238
Migrationshintergrund	2905	0,93	0,42; 2,06	0,852	1,87	0,87; 4,02	0,107	0,49	0,16; 1,47	0,202
Partnerschaft, keine	2853	2,33	1,51; 3,60	<0,001	0,77	0,43; 1,37	0,369	2,92	1,42; 6,03	0,004
Kinder, keine	2915	2,06	1,37; 3,12	0,001	1,35	0,82; 2,24	0,236	1,53	0,80; 2,92	0,201
Bildungsstand, gering	2907	1,51	0,97; 2,34	0,069	0,85	0,45; 1,59	0,069	0,85	0,45; 1,59	0,609
Berufsabschluss, niedrig	2866	1,48	0,99; 2,22	0,057	1,17	0,72; 1,90	0,528	1,13	0,59; 2,18	0,717
Soziale Unterstützung										
Allgemeine soziale Unterstützung, niedrig	2902	1,63	1,09; 2,45	0,018	1,10	0,68; 1,80	0,693	1,46	0,78; 2,76	0,241
Ärztliche Unterstützung, gut	2868	6,23	4,11; 9,45	<0,001	3,34	2,11; 5,28	<0,001	1,87	1,00; 3,48	0,050
Familiäre Unterstützung, gut	2665	5,66	3,74; 8,58	<0,001	3,57	2,25; 5,66	<0,001	1,78	0,92; 3,43	0,086
Arbeitsfähigkeit und erwerbsbezogene Parameter										
Subjektive Arbeitsfähigkeit (WAS), schlecht	2880	4,56	3,03; 6,87	<0,001	6,05	3,74; 9,79	<0,001	0,75	0,40; 1,42	0,376
Tage mit Beeinträchtigung, ≥ 90 Tage	2847	3,61	2,36; 5,52	<0,001	3,82	2,39; 6,09	<0,001	0,93	0,49; 1,76	0,826
Gesundheit und Gesundheitsverhalten										
Allgemeiner Gesundheitszustand, schlecht	2859	5,27	3,43; 8,11	<0,001	2,90	1,83; 4,59	<0,001	1,79	0,94 3,41	0,075
Grad der Behinderung, ≥ 30	2922	2,04	1,20; 3,47	0,008	2,86	1,69; 4,83	<0,001	0,70	0,33; 1,48	0,355
Aktuelle Raucher	2899	0,95	0,61; 1,50	0,839	0,68	0,39; 1,18	0,168	1,38	0,68; 2,81	0,373
Sport, < 2h/Woche	2900	1,70	1,08; 2,68	0,021	0,91	0,57; 1,44	0,691	1,92	1,00; 3,69	0,051
Body Mass Index, ≥ 30	2885	1,12	0,71; 1,79	0,621	2,05	1,26; 3,34	0,004	0,56	0,28; 1,09	0,088
Rehabilitation und Rente										
Rentenbegehren	2852	5,24	3,10; 8,88	<0,001	6,29	3,42; 11,55	<0,001	0,81	0,36; 1,81	0,609
Frühere Inanspruchnahme MR	2897	1,97	1,26; 3,08	0,003	1,46	0,88; 2,42	0,148	1,35	0,68; 2,66	0,391
Intention MR in Anspruch zu nehmen, hoch	2834	8,07	5,30; 12,31	<0,001	6,77	4,24; 10,80	<0,001	1,11	0,57; 2,14	0,762
Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausaufenthalte										
Kontakte Allgemeinmediziner, ≥ 8 Kontakte	2755	3,73	2,48; 5,61	<0,001	2,10	1,31; 3,38	0,002	1,66	0,87; 3,18	0,123
Kontakte zu Fachärzten, ≥ 12 Kontakte	2730	2,96	1,96; 4,47	<0,001	2,03	1,26; 3,30	0,004	1,42	0,74; 2,74	0,290
Krankenhausaufenthalte	2924	2,02	1,35; 3,02	0,001	2,25	1,42; 3,56	0,001	0,90	0,49; 1,66	0,730

3.5.2.2 Vergleichende Darstellung der Antragsabsicht in Abhängigkeit des Alters

Im Wesentlichen konnte ein leichter Einfluss des Alters auf die Antragsabsicht Erwerbstätiger festgestellt werden. Für unter 50-Jährige stärker als für über 50-Jährige zeigte sich eine Erhöhung der Intentionsbildung durch ärztliche Unterstützung bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation und bei mehr als 12 Facharztkontakten pro Jahr [Vgl. Tab. 11].

Es konnte kein Zusammenhang zwischen dem Alter Erwerbstätiger und der Antragsintention der jeweiligen weiteren Bedarfsdeterminanten festgestellt werden.

Tab. 11: Determinanten für intendierte Anträge Erwerbstätiger nach Alter und Interaktion

	n	Alter ≥ 50 Jahre			Alter < 50 Jahre			Interaktion ≥ 50 Jahre vs. < 50 Jahre		
		OR	95% KI	p	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
Soziodemografie										
Geschlecht, Männer	2924	1,30	0,83; 2,05	0,253	1,88	1,25; 2,84	0,002	0,69	0,38; 1,28	0,238
Migrationshintergrund	2905	1,12	0,47; 2,65	0,801	1,47	0,72; 2,99	0,292	0,77	0,25; 2,37	0,650
Partnerschaft, keine	2853	1,49	0,89; 2,51	0,133	1,36	0,87; 2,14	0,177	1,10	0,55; 2,20	0,781
Kinder, keine	2915	1,60	0,97; 2,64	0,065	1,90	1,26; 2,87	0,002	0,84	0,44; 1,60	0,595
Bildungsstand, gering	2907	1,07	0,63; 1,81	0,803	1,44	0,89; 2,32	0,142	0,75	0,37; 1,53	0,431
Berufsabschluss, niedrig	2866	1,27	0,80; 2,02	0,317	1,23	0,81; 1,85	0,335	0,93	0,49; 1,75	0,820
Soziale Unterstützung										
Allgemeine soziale Unterstützung, niedrig	2902	1,51	0,95; 2,39	0,083	1,32	0,87; 2,00	0,194	1,13	0,61; 2,11	0,579
Ärztliche Unterstützung, gut	2868	3,16	2,00; 5,01	<0,001	6,10	4,03; 9,23	<0,001	0,52	0,28; 0,97	0,041
Familiäre Unterstützung, gut	2665	3,97	2,49; 6,32	<0,001	4,91	3,26; 7,40	<0,001	0,66	0,35; 1,28	0,219
Arbeitsfähigkeit und erwerbsbezogene Parameter										
Subjektive Arbeitsfähigkeit (WAS), schlecht	2880	4,97	3,09; 7,99	<0,001	5,07	3,37; 7,64	<0,001	1,06	0,56; 1,99	0,870
Tage mit Beeinträchtigung, ≥ 90 Tage	2847	3,30	2,05; 5,32	<0,001	3,89	2,57; 5,89	<0,001	0,83	0,44; 1,58	0,578
Gesundheit und Gesundheitsverhalten										
Allgemeiner Gesundheitszustand, schlecht	2859	3,26	2,04; 5,22	<0,001	4,72	3,12; 7,15	<0,001	0,68	0,36; 1,28	0,230
Grad der Behinderung, ≥ 30	2922	2,12	1,21; 3,69	0,008	2,52	1,53; 4,15	<0,001	0,85	0,40; 1,80	0,677
Aktuelle Raucher	2899	0,95	0,57; 1,59	0,848	0,74	0,46; 1,18	0,209	1,27	0,63; 2,55	0,502
Sport, < 2h/Woche	2900	1,82	1,08; 3,06	0,024	1,02	0,67; 1,53	0,944	1,83	0,93; 3,58	0,078
Body Mass Index, ≥ 30	2885	1,22	0,73; 2,03	0,451	1,74	1,12; 2,71	0,014	0,69	0,35; 1,36	0,287
Rehabilitation und Rente										
Rentenbegehren	2852	5,03	2,87; 8,83	<0,001	6,63	3,76; 11,68	<0,001	0,74	0,34; 1,66	0,469
Frühere Inanspruchnahme MR	2897	1,60	0,98; 2,62	0,062	1,69	1,07; 2,68	0,024	0,95	0,48; 1,86	0,880
Intention MR in Anspruch zu nehmen	2834	6,01	3,76; 9,60	<0,001	8,29	5,47; 12,57	<0,001	0,73	0,38; 1,41	0,350
Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausaufenthalte										
Kontakte Allgemeinmediziner, ≥ 8 Kontakte	2755	2,42	1,52; 3,85	<0,001	3,26	2,17; 4,92	<0,001	0,67	0,35; 1,27	0,217
Kontakte zu Fachärzten, ≥ 12 Kontakte	2730	1,72	1,04; 2,84	0,033	3,35	2,23; 5,02	<0,001	0,52	0,27; 1,01	0,054
Krankenhausaufenthalte	2924	2,05	1,30; 3,23	0,002	2,18	1,46; 3,26	<0,001	0,94	0,51; 1,73	0,842

4 Diskussion

In dieser Studie wurden Determinanten für intendierte Anträge auf LTA untersucht und Moderatoranalysen zu Geschlecht, Alter und Erwerbstätigkeit durchgeführt. Von den in das multivariate Modell eingeschlossenen Faktoren waren die folgenden Variablen unabhängig voneinander mit der Antragsabsicht assoziiert:

- männliche Teilnehmer,
- niedriger Bildungsstand,
- schlechte subjektive Arbeitsfähigkeit,
- Rentenbegehren,
- häufige Kontakte zu Fachärzten,
- familiäre Unterstützung bei der Beantragung für medizinische Rehabilitation
- und die Absicht medizinische Rehabilitation zu beantragen.

In der multivariaten Analyse Erwerbstätiger konnten vergleichbare Ergebnisse ermittelt werden. Die nicht-adjustierten Analysen in der Gesamtstichprobe legen zudem bei Erwerbslosen eine erhöhte Absicht nahe, eine LTA zu beantragen. Die durchgeführten Moderatoranalysen zu Geschlecht, Alter und Erwerbstätigkeit offenbarten, dass die Bedeutung der untersuchten Faktoren auf die Antragsabsicht nur in geringem Maße durch Geschlecht, Alter und Erwerbstätigkeit beeinflusst wurde.

Es präsentierten sich leichte Unterschiede auf eine Antragsbildung bei der getrennten Betrachtung von Männern und Frauen. Männer zeigten eine höhere Antragsabsicht auf LTA als Frauen. Analysen der medizinischen Rehabilitation weisen darauf hin, dass ein als schlecht eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand und schlechte subjektive Arbeitsfähigkeit bei Männern Faktoren darstellen, die eine Antragsintention begünstigen. Das heißt, dass subjektive Einschränkungen die Antragsabsicht von Männern stärker beeinflussen, wobei dies auch durch eine erhöhte Antragsabsicht weniger beeinträchtigter Frauen begründet sein kann. Als sich negativ auf eine Antragstellung bei Frauen auswirkend, wird beispielsweise das Fernbleiben von der Familie für vorgegebene Rehabilitationszeiträume beschrieben [57]. Schlussendlich wird eine Antragstellung auf medizinische Rehabilitation bei subjektivem Rehabilitationsbedarf eher von Frauen in die Wege geleitet [51], und es kommt früher zu einer tatsächlichen Inanspruchnahme

medizinisch rehabilitativer Leistungen. Männer hingegen zeigen eher die Tendenz direkt ohne rehabilitative Intervention Erwerbsminderungsrente zu beziehen [71]. In den vorliegenden Ergebnissen zu LTA hatten sowohl ein schlechter allgemeiner Gesundheitszustand als auch eine schlechte subjektive Arbeitsfähigkeit einen Einfluss auf die Antragsintention. Dies war bei Männern und Frauen etwa gleich stark ausgeprägt. Eine Unterstützung durch Familie und Ärzte hatte ebenso, insbesondere für Männer, eine positive Wirkung auf die Antragsintention. Eine Intention fördernde Faktoren stellten für Männer außerdem fehlende Partnerschaft und Kinderlosigkeit dar. Für Frauen konnte ein erhöhtes Alter (≥ 50 Jahre) als positive Wirkung auf eine Antragsabsicht ermittelt werden, während Männer eher im jüngeren Alter (< 50 Jahre) eine Antragsabsicht zeigten. Hier wird die Notwendigkeit deutlich, Frauen rechtzeitig in ihrem Bestreben LTA zu beantragen und in Anspruch zu nehmen, zu unterstützen. Laut Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2013 – 2016 werden beruflich rehabilitative Maßnahmen von Männern immer noch stärker genutzt als von Frauen [8].

Abweichend zu Analysen der medizinischen Rehabilitation konnten wir einen Einfluss des Bildungsstands auf die Antragsabsicht feststellen [57]. Eine erhöhte Intention zeigte sich vor allem bei Betroffenen ohne Schulabschluss oder mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss. Auch ein Lehrschulabschluss bzw. (noch) kein Berufsabschluss und Erwerbslosigkeit erhöhten in den nicht-adjustierten Analysen die Wahrscheinlichkeit einer Antragsintention. Gleiches spiegelte sich in den adjustierten Analysen wider. Studien, in denen kein Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Antragsabsicht festgestellt wurde, hatten sich bisher insbesondere auf einen mittleren bis hohen Bildungsstand bezogen [49, 52]. Dabei ist der Einfluss eines niedrigen Bildungs- bzw. Berufsabschlusses auf eine Antragsintention einleuchtend. Betroffene sind in der Regel stärker beeinträchtigt bzw. mit starker körperlicher Belastung oder erhöhtem Stresslevel konfrontiert. Dies birgt die Gefahr stressassoziierter Erkrankungen, was einer besonderen Aufmerksamkeit seitens der Betriebe bedarf. Hier greift die Bedeutung stresspräventiver Maßnahmen auf struktureller und interpersoneller Ebene in der betrieblichen Gesundheitsförderung [72]. Ein zusätzliches Risiko stellt die bei fehlendem Schul- oder Berufsabschluss bestehende Gefahr der Arbeitslosigkeit und damit einhergehender Folgen dar, was eine Antragsintention ggf. verstärkt. Vor allem niedrige berufliche

Qualifikation geht außerdem mit dem Bezug von Erwerbsminderungsrente ohne vorherige rehabilitative Maßnahmen einher [71]. Wie auch in unseren Betrachtungen, besteht häufig eine Assoziation zwischen Erwerbslosigkeit und dem Wunsch nach Unterstützung z. B. in Form rehabilitativer Leistungen. Das ist nachvollziehbar, zumal für gering verdienende Versicherte ein erhöhtes Armutsrisiko besteht [73]. Ein Informationsgewinn außerhalb des beruflichen Rahmens ist demnach von Bedeutung. Das könnte über die Anlaufstellen von Arbeitsuchenden erfolgen (z. B. Bundesagentur für Arbeit) oder aber Teil sozialer und gesundheitlicher Versorgung sein (z. B. Angehörige und Hausärzte). Betroffene mit wenig Alternativen auf dem Arbeitsmarkt sind oft auf eine berufliche Qualifizierung angewiesen.

In Einklang mit bisherigen Studien zu medizinischer Rehabilitation stand die univariate Erhöhung der Antragsabsicht bei schlechter subjektiver Arbeitsfähigkeit, beeinträchtigten Tagen und schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand. Wie auch in unserer Datenerhebung wurde in vorherigen Studien häufig der WAI als Messinstrument zur Einschätzung der subjektiven Arbeitsfähigkeit genutzt. Untersuchungen von Bethge et al. [56, 74] demonstrieren eine enge Verbindung schlechter subjektiver Arbeitsfähigkeit und der Neigung einen Antrag auf medizinische Rehabilitation zu stellen. Gleiches bestätigte sich in unseren Untersuchungen der Antragsabsicht auf LTA. Niedrigere Messwerte des WAS, demnach eine schlechte subjektive Arbeitsfähigkeit, zeigten eine Erhöhung der Intentionsneigung um das 5-fache. Vergleichbare Werte wurden von Mohnberg et al. [57] mithilfe der Nutzung des WAI beschrieben. Dies unterstreicht zum einen die Bedeutung des WAI als Screening-Instrument auch für LTA. Zum anderen zeigen die Ergebnisse, dass die Untersuchung der Arbeitsfähigkeit einen Hinweis sowohl auf medizinische als auch berufliche Rehabedürftigkeit geben kann. Doch nicht nur das Bestreben, Rehabilitation zu beantragen, ist bei niedriger subjektiver Arbeitsfähigkeit erhöht, sondern auch das Risiko für den Eintritt in die Erwerbslosigkeit bzw. ein früherer Bezug von Erwerbsminderungsrente [74]. Demnach ist eine sich nach niedrigen Ergebnissen des WAI anschließende Intervention bedeutsam und bereits bekannt, dass medizinische Rehabilitation bei subjektiver schlechter Arbeitsfähigkeit in Anspruch genommen wird. Über den Nutzen dessen im Rahmen von LTA sind wir auf Langzeitstudien angewiesen. Eine weitere Komponente, die mit einer univariaten Erhöhung der Antragsabsicht in Zusammenhang

stand, war ein schlechter allgemeiner Gesundheitszustand. Dies deckt sich mit vorherigen Angaben zu medizinischer Rehabilitation von Zimmermann et al. [49] und Mittag et al. [51], bei denen die Anzahl chronischer Erkrankungen und körperlicher Funktionsfähigkeit mit einer Reha-Antragstellung in Verbindung gebracht wurde. Darüber hinaus ist der Gesundheitszustand nicht nur für die Intentionsneigung sowohl bei medizinischer als auch beruflicher Rehabilitation ein wesentlicher Indikator, sondern auch ein bedeutender Berentungsgrund. Der Zusammenhang zwischen Rentenbegehren und gleichzeitiger Antragsabsicht von sowohl beruflicher als auch medizinischer Rehabilitation ist demzufolge nachvollziehbar. Im Rahmen regelmäßiger Datenerhebung der Deutschen Rentenversicherung lässt sich im Verlauf der letzten Jahre ein weiterhin hoher Anteil teilhabebezogener Rentenzugänge beobachten, wenn auch mit abfallender Tendenz [75]. Ebenfalls der Vergleich aktueller Daten (2016) [8] bezüglich medizinischer Rehabilitation mit Zahlen aus dem Jahr 2013 [47] zeigt einen konstant hohen Bedarf, da entsprechend viele Anträge gestellt wurden. Der Anteil aktueller [8] und vergangener [47] Anträge auf LTA ist insgesamt deutlich geringer, wenn auch mit leicht steigender Tendenz. Wie auch Zimmermann et al. [49] und Mittag et al. [51] konnten wir feststellen, dass eine bereits erfolgte Rehabilitation zu einer erneuten hohen Antragsneigung führen kann. Ebenso als möglicher Einflussfaktor diskutiert wurde ein von Zimmermann et al. [49] beschriebener subjektiver Rehabilitationsbedarf, welcher als zusammenhängend mit einer erhöhten Antragsintention diskutiert wurde. Laut aktueller prospektiver Daten von Mittag et al. [71] führen neben muskuloskelettalen Erkrankungen vor allem psychische Störungen zu einer frühzeitig bedingten Berentung. Dies deckt sich mit Daten von Stengler et al. [76], wonach psychische Erkrankungen auch einen bedeutenden Grund für medizinische und berufliche Rehabilitation darstellen. Aktuelle statistische Angaben der Deutschen Rentenversicherung machen ebenfalls auf den Zuwachs psychischer Erkrankungen im Rehabilitationswesen aufmerksam [8]. Sie stehen im Rahmen medizinischer Rehabilitation nach Erkrankungen des Stützapparates bei Frauen an zweiter, bei Männern nach muskuloskelettalen Erkrankungen und Rehabilitation bei Neubildungen an dritter Stelle. Demzufolge könnte die Frage nach dem körperlichen und seelischen Gesundheitszustand und der Absicht, medizinische Rehabilitation zu beantragen, für die Einleitung betrieblicher gesundheitsfördernder Maßnahmen von Bedeutung sein. Hierfür in Frage kämen Arbeitsplatzanpassungen oder Qualifizierungen zur Ermöglichung eines

innerbetrieblichen Wechsels. Dies kann beispielsweise im Rahmen eines betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) erfolgen, wozu Arbeitgeber verpflichtet sind, um einer krankheitsbedingten Kündigung vorzubeugen [77, 78].

Die Erhöhung der Antragsintention auf LTA war stark mit dem Bedürfnis zu medizinischer Rehabilitation verbunden. Das entspricht Ergebnissen einer Studie medizinisch-beruflicher Maßnahmen von Stengler et al. [76]. Bei einer Stichprobe von 1311 psychisch kranken Rehabilitanden, die medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen hatten, entschied sich eine Subgruppe von 39,1 % auch für eine LTA. Dies entspricht Untersuchungen im Sinne einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR). Anhand verschiedener Analysen wurde die Relevanz des Zusammenspiels dieser beiden Rehabilitationsarten sowie ihre Funktionalität bereits deutlich [79, 80]. Hier decken sich unsere Ergebnisse mit ähnlichen Erhebungen im Bereich medizinischer und beruflicher Rehabilitation.

Entsprechend bisheriger Analysen war eine hohe Anzahl beeinträchtigter Tage und Krankenhausaufenthalte verbunden mit einer gesteigerten Antragsintention [51, 57]. Hinzu kam ein vermehrter Kontakt zu Allgemeinmedizinern und Fachärzten. Ebenso eine anerkannte Schwerbehinderung zeigte eine univariate Erhöhung der Antragsintention. Auf die Bedeutung ärztlicher Unterstützung und die Nutzung gesundheitlicher Leistungen wurde in Untersuchungen zu medizinischer Rehabilitation bereits mehrfach hingewiesen [8, 49, 57]. Neben der persönlichen Motivation, die aufgebracht werden muss einen Antrag zu stellen, ist die Unterstützung z. B. von ärztlicher Seite oft notwendig. Dies wurde beispielsweise anhand des sozial-kognitiven Phasenmodells gesundheitlichen Handelns von Spanier et al. [52] analysiert, wonach ärztliche Unterstützung direkt mit der Handlungsplanung zur Rehaantragstellung assoziiert ist. Das macht deutlich, wie wichtig der Informationsgewinn auch für Ärzte ist, um Patienten adäquat beraten zu können. Wie in den Analysen von Mohnberg et al. [57] bereits angeregt wurde, wäre eine webbasierte und damit aktualisierte Übersicht für den Gebrauch in medizinischen Hausarztpraxen durchaus eine Option, um eine gute Rehaantragstellung zu ermöglichen. Die Notwendigkeit rehabilitativer Leistungen ist weitestgehend bekannt. Doch nicht nur Hausarztpraxen, auch spezialisierte Fachrichtungen sind dahingehend in der Vergangenheit sensibilisiert worden [81]. Begleitend zu medikamentöser Therapie ist die

Wirkung nichtmedikamentöser Therapie wie bei medizinischer Rehabilitation oder LTA (z. B. psychologische oder pädagogische Hilfen) in den Fokus gerückt [52]. Entsprechende Anstöße beispielsweise in der Entwicklung der Musterweiterbildungsordnung für Ärzte sind bereits in Kraft getreten [83]. Als Lernziele sind hierfür im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) die Arztposition im Sinne eines Gesundheitsberaters und der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention fest verankert. Der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und Organisationen des Gesundheitswesens wird hier ein hoher Stellenwert beigemessen [84].

Ein weiterer, die Antragsintention auf LTA besonders positiv beeinflussender, Bestandteil war die familiäre Unterstützung bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation. Dieser Zusammenhang ist einleuchtend, da medizinische Rehabilitation häufig einen Türöffner darstellt, sich mit anderen Rehabilitationen zu beschäftigen. Entsprechend bisheriger Studien zu medizinischer Rehabilitation [49, 52, 57] nimmt die Familie entscheidenden Einfluss darauf, ob eine rehabilitative Leistung in Angriff genommen wird oder nicht. Laut aktueller Studienlage werden durch soziale Unterstützung im Allgemeinen zudem andere gesundheitliche Aspekte wie Impfentscheidungen [85, 86], gesunde Ernährung [87, 88], Nutzung medizinischer Versorgung [89, 90] und physische Aktivität [91] positiv beeinflusst.

In der Gruppe der Erwerbstätigen konnte festgestellt werden, dass die Faktoren, die eine Antragsabsicht univariat begünstigen, annähernd identisch waren mit denen aus der Gesamtstichprobe. Es gab nur wenige Abweichungen wie z. B. soziodemografische Daten. Fehlende Partnerschaft, geringer Bildungsstand und niedriger Berufsabschluss schienen eine Antragsintention nicht zu beeinflussen. Auffallend war jedoch, dass in der Gesamtstichprobe Erwerbslosigkeit eine starke Erhöhung sowohl in der logistischen Regression als auch in der multivariaten Analyse hervorrief. Dies entspricht ähnlichen bisherigen Untersuchungen. In einer dänischen Studie von Hindhede et al. [92] wurde die Nutzung gesundheitlicher Leistungen (z. B. Hausarztbesuche, Krankenhausaufenthalte) abhängig von sozio-ökonomischen Verhältnissen untersucht. Beurteilt wurden Bildungsgrad, Herkunft, Einkommen und Rate der Erwerbslosigkeit. Bei Personen mit geringem sozio-ökonomischen Status konnte eine Häufung der Inanspruchnahme

festgestellt werden. Dies betont die Bedeutung beispielsweise auch von LTA für erwerbslose Personen im Rahmen der Wiedereingliederung in das Berufsleben.

In den Analysen der Moderatoren wurden Einflüsse aus Soziodemografie und sozialer Unterstützung vom Geschlecht moderiert. Entgegen unserer Erwartungen zeigte sich bei Männern eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der Antragsabsicht bei fehlender Partnerschaft und Kinderlosigkeit. Eher unseren Vermutungen entsprach die Erhöhung bei familiärer und ärztlicher Unterstützung. Für Männer konnten wir einen stärkeren Zusammenhang feststellen als für Frauen. Bei Frauen erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit einer Antragsabsicht mit einem Alter von über 50 Jahren. Diese verstärkte Antragsabsicht auf LTA bei Frauen ist bisher nicht beschrieben worden, zumal Männer und Frauen bei der Inanspruchnahme laut der Deutschen Rentenversicherung in etwa gleich alt sind und im Allgemeinen LTA bisher eher von Männern genutzt werden [8]. Die durch uns gezielte Betrachtung des Alters bestätigte wiederum den stärkeren Einfluss des Alters bei Frauen. Zur Festigung einer solchen These sind ggf. weitere Langzeiterhebungen notwendig. Die von Erwerbstätigkeit moderierten Faktoren schlechte subjektive Arbeitsfähigkeit, schlechter allgemeiner Gesundheitszustand, Rentenbegehren und die Intention, medizinische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, entsprachen unseren Erwartungen und glichen denen der Gesamtstichprobe.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind ein wichtiger Bestandteil bei der Prävention eines verfrühten Eintritts in die Erwerbsunfähigkeit. Bislang ist die Kenntnis hierüber jedoch noch eingeschränkt. Daten zur Intention, eine solche Form der Rehabilitation zu beantragen, sind bisher spärlich veröffentlicht. Die Betrachtung der Einflussfaktoren verschaffte uns einen Einblick in Ursachen und Unterstützungsmodalitäten für berufliche Rehabilitation. Außerdem konnten Parallelen zu medizinischer Rehabilitation gezogen werden. So ähnelten sich der positive Effekt von Unterstützung oder der Einfluss von subjektiv schlechter Arbeitsfähigkeit und Rentenbegehren auf die Nutzung zu LTA. Eine aktive Beratung müsste demzufolge an Versicherte herangetragen werden. Zusätzlich erkenntnisreich war eine erhöhte Antragsabsicht für LTA bei Erwerbslosigkeit und gleichzeitiger Intention medizinische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Dies sind Erfahrungen, die in Zukunft einer weiteren Abklärung bedürfen. Darüber hinaus wäre es interessant zu erfahren, inwiefern es bei bestehender Antragsintention zu einer

tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistungen beruflicher Rehabilitation kommt. In einer von uns durchgeführten Analyse konnte nur eine geringe Anzahl von Teilnahmen an LTA festgestellt werden. Zu bedenken wäre, ob es, wie auch bei der medizinischen Rehabilitation, ggf. erst später zu einer Nutzung von LTA kommt. Ganz im Sinne der motivationalen Phase („Abwägen“) und volitionalen Phase („Handlungsvorbereitung“) laut Überlegungen von Mittag et al. [51] und Spanier et al. [93].

4.1.1 Limitierungen der Studie

Den dargelegten Ergebnissen sind einige Limitationen hinzuzufügen. Zum einen stellen Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund eine ausgewählte Stichprobe dar, die sich von den Regionalträgern hinsichtlich Bildungsstand und Schwere der körperlichen Tätigkeiten unterscheidet. Zudem konnte nur eine Rücklaufquote von einem Drittel erreicht werden. Die Zahl von 3227 Personen ermöglichte jedoch multivariate Analysen. Obwohl nur minimale Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern, z. B. bei Alter und Geschlecht, bestanden, könnte dies mit einer Verzerrung der Ergebnisse verbunden sein. Weiterhin fehlen vergleichbare Erhebungen aus Längsschnittstudien, welche genauere Auskunft über das tatsächliche Antragsverhalten geben können. Da es sich um eine Querschnittstudie handelt, sind kausale Schlussfolgerungen nicht möglich. Hierzu könnten aktuelle mit administrativen Daten verglichen werden. Verbunden mit einer limitierten objektivierbaren Auswertung ist die Einschränkung, dass sich die Erhebungen auf einen Fragebogen stützen, welcher von den Befragten aus persönlicher Sicht beantwortet wurde. Beurteilungen beispielsweise durch Ärzte, anderes medizinisches Personal oder rehabilitative Fachkräfte fehlen. Zwar ist der WAI ein geeignetes Screening-Instrument, jedoch könnten gezieltere Methoden eine genauere Auskunft über die Notwendigkeit von LTA liefern. Zudem bezog sich die Fragestellung nach familiärer und ärztlicher Unterstützung auf die Hilfe bei der Beantragung auf medizinische Rehabilitation. Durch eine konkrete Ermittlung der familiären und ärztlichen Unterstützung bei der Beantragung auf LTA könnten Zusammenhänge noch besser dargestellt werden. Darüber hinaus enthalten die Datensätze teilweise einen Anteil fehlender Werte, was insbesondere die multivariaten Analysen belastet.

4.1.2 Stärken der Studie

Gleichwohl zeigen sich Stärken der Studie. Es wurden Versicherte des größten Rententrägers Deutschlands befragt. Bei einer Gesamtzahl von 3227 Personen waren sehr genaue Schätzungen möglich (geringe Standardfehler, schmale Konfidenzintervalle). Es handelte sich um Befragte mit vorherigem Krankengeldbezug, wodurch gezielt Angaben einer Risikogruppe für verfrühten Renteneintritt bzw. einer Rehabedürftigkeit erbracht werden konnten. Die Stichprobe war berufsgruppenübergreifend und Männer und Frauen wurden zu fast gleichen Anteilen in die Berechnungen mit einbezogen. Neben univariaten Analysen wurden in logistischen Regressionen auch multivariate Analysen durchgeführt, also mehrere relevante Faktoren in einem Modell berücksichtigt. Diese gegenseitige Adjustierung der untersuchten Einflussgrößen reduzierte das Risiko verzerrter Effektschätzer.

5 Zusammenfassung

In einer postalischen Befragung von Personen, die bei der Deutschen Rentenversicherung Bund rentenversichert sind, wurden im Jahr 2013 von 3227 Personen Daten zu Soziodemografie, sozialer Unterstützung, Arbeitsfähigkeit und erwerbsbezogenen Parametern, Gesundheit und Gesundheitsverhalten, Rehabilitation und Rente sowie Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausaufenthalte erhoben. Im Rahmen der Arbeit stellte sich die Frage, ob bei diesen Personen der Bedarf einer beruflichen Rehabilitation besteht und welche Determinanten dabei eine Rolle spielen. Alle Analysen wurden sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für die Subgruppe erwerbstätiger Personen durchgeführt.

Es konnte gezeigt werden, dass die Unterstützung durch die Familie bei der Beantragung medizinischer Rehabilitation auch einen Einfluss auf die Antragsabsicht für LTA hat. Weitere einflussreiche Faktoren für LTA waren die häufige Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, wie Kontakte zu Fachärzten, bestehendes Rentenbegehren oder die Absicht medizinische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Des Weiteren zeigten gesundheitlich bereits Beeinträchtigte mit z. B. schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand oder subjektiv als schlecht eingeschätzter Arbeitsfähigkeit eine erhöhte Antragsneigung. Hiervon waren vor allem Männer betroffen. Diese Ergebnisse decken sich mit Daten zu medizinischer Rehabilitation.

Aus den Ergebnissen der Arbeit lässt sich schließen, dass es neben der persönlichen Einschätzung und Eigeninitiative, bei offensichtlichem Bedarf einer beruflichen Rehabilitation, einer Unterstützung durch Außenstehende bedarf. Diese Unterstützung ist vor allem durch die Familie oder Ärzte notwendig. Eine Einbeziehung Angehöriger und Fortbildungsangebote für Ärzte sind dabei bedeutsam. Darüber hinaus sollten Betriebe für den Nutzen einer beruflichen Rehabilitation sensibilisiert werden. Neben der Verbesserung der individuellen Arbeitssituation soll schließlich einem verfrühten Eintritt in die Erwerbsunfähigkeit vorgebeugt werden. Es bleibt abzuwarten, wie viele derjenigen die eine Antragsabsicht auf LTA haben diese tatsächlich in Anspruch nehmen.

Literaturverzeichnis

1. Escorpizo R, Brage S, Homa D, Stucki G (2015) Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation: Application and Implementation of the ICF. Springer International Publishing
2. Faltermaier T, Mayring P, Saup W, Strehmel P (2002) Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
3. Janlert U, Winefield AH, Hammarström A (2015) Length of unemployment and health-related outcomes: a life-course analysis. Eur J Public Health 25:662–667. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku186>
4. Hiswåls A-S, Marttila A, Mälstam E, Macassa G (2017) Experiences of unemployment and well-being after job loss during economic recession: Results of a qualitative study in east central Sweden. J Public Health Res 6:. <https://doi.org/10.4081/jphr.2017.995>
5. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013) Lebenslagen in Deutschland. Bonn
6. Zagożdżon P, Parszuto J, Wrotkowska M, Dydjow-Bendek D (2014) Effect of unemployment on cardiovascular risk factors and mental health. Occup Med Oxf Engl 64:436–441. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu044>
7. Bundesagentur für Arbeit (2019) Situation schwerbehinderter Menschen. Nürnberg
8. Deutsche Rentenversicherung Bund (2018) Reha-Bericht 2018
9. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2018) SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Berlin
10. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017) SGB IX Behinderung. In: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Berlin
11. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (2017) Trägerübergreifende Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe. Frankfurt/Main
12. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018) 7,8 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland. Wiesbaden
13. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018) Teilhabe behinderter Menschen - Leistungen nach SGB IX. In: www.bmas.de. <https://www.bmas.de/DE/Themen/Teilhabe-Inklusion/Politik-fuer-behinderte-Menschen/sgb-ix-leistungen.html>. Accessed 26 Oct 2018

14. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017) SGB IX Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. In: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Berlin
15. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2019) SGB III Teilhabe am Arbeitsleben. In: Arbeitsförderung. Berlin
16. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2019) Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung | www.teilhabeberatung.de. <https://www.teilhabeberatung.de/woerterbuch/ergaenzende-unabhaengige-teilhabeberatung>. Accessed 22 Oct 2019
17. Pfahl L, Powell JJW (2010) Draußen vor der Tür: Die Arbeitsmarktsituation von Menschen mit Behinderung. Aus Polit Zeitgesch 32–38:
18. Institut der deutschen Wirtschaft (2019) Erwerbsquote behinderter Menschen. Köln
19. Berufsgenossenschaft für Gesundheitspflege und Wohlfahrtsdienst (2017) Behindertenhilfe in Deutschland (Zahlen-Daten-Fakten). Hamburg
20. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017) Lebenslagen von Menschen mit Behinderung. 26
21. Schmidt C, Peschkes L, de Boer W, Weber A (2014) Return to Work - Arbeit für alle. Gentner, A.W.
22. Deutsche Rentenversicherung (2019) -Erwerbsminderungs-renten. In: DRV. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html. Accessed 12 Apr 2020
23. Slesina W, Rennert D, Patzelt C (2010) Prognosemodelle zur beruflichen Wiedereingliederung von Rehabilitanden nach beruflichen Bildungsmaßnahmen. Rehabil 49:237–247. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1261903>
24. Gutenbrunner Chr (2007) Grundlagen der Rehabilitation. In: Gutenbrunner C, Glaesener J-J (eds) Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Springer, Berlin, Heidelberg, pp 113–134
25. World Health Organization (2017) Rehabilitation in health systems. In: Rehabilitation in health systems. Genf
26. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2015) ICF-Praxisleitfaden 1, 2nd ed. Frankfurt/Main
27. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017) SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. In: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Berlin

28. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2019) SGB IX Ergänzende Leistungen. In: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin
29. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2019) SGB IX Leistungen zur Sozialen Teilhabe. In: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin
30. Deutsche Rentenversicherung Bund (2019) Reha-Bericht 2019. 100
31. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017) SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. In: Gesetzliche Rentenversicherung. Berlin
32. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2019) SGB VI Leistungen zur Kinderrehabilitation. In: Gesetzliche Rentenversicherung. Berlin
33. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017) SGB VI Sonstige Leistungen. In: Gesetzliche Rentenversicherung. Berlin
34. Marnetoft S-U (2000) Vocational Rehabilitation of Unemployed Sick-listed People in a Swedish Rural area. Stockholm
35. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017) SGB IX Rehabilitationsträger. In: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Berlin
36. Nivorozhkin A, Reims N, Zollmann P, Bethge M (2018) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung im Vergleich. Rehabil 57:149–156. <https://doi.org/10.1055/a-0608-8879>
37. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017) SGB VI Versicherungsrechtliche Voraussetzungen. In: Gesetzliche Rentenversicherung. Berlin
38. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2018) SGB IX Leistungen an Arbeitgeber. In: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin
39. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2018) SGB IX Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. In: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin
40. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2019) SGB IX Begriff und Aufgaben der Werkstatt für behinderte Menschen. In: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin
41. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017) SGB VI Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Gesetzliche Rentenversicherung. Berlin
42. Deutsche Rentenversicherung Bund (2019) Rentenversicherung in Zahlen 2019. In: Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Berlin

43. Deutsche Rentenversicherung Bund (2019) Rentenversicherung in Zeitreihen Oktober 2019. In: Sonderausgabe der DRV. Berlin
44. Deutsche Rentenversicherung Bund (2018) Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Statistikportal der Rentenversicherung. Berlin
45. Deutsche Rentenversicherung Bund (2018) Anzahl der Rehabilitanden mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Statistikportal der Rentenversicherung. Berlin
46. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2019) SGB II Leistungsberechtigte. In: Grundsicherung für Arbeitsuchende. Berlin
47. Deutsche Rentenversicherung Bund (2014) Reha-Bericht Update 2014. In: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, 5000th ed. Berlin
48. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017) SGB VI Persönliche Voraussetzungen. In: Gesetzliche Rentenversicherung. Berlin
49. Zimmermann M, Glaser-Möller N, Deck R (1999) Determinanten der Antragstellung auf eine medizinische Rehabilitation – Ergebnisse einer Befragung von Versicherten der LVA Schleswig-Holstein. *Gesundheitswesen* 61:292–298
50. Zimmermann M, Glaser-Möller N, Deck R, Raspe H (1999) Subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit, Antragsintention und Antragstellung auf medizinische Rehabilitation - Ergebnisse einer Befragung von LVA-Versicherten. In: *Rehabilitation 1999*. pp 122–127
51. Mittag O, Meyer T, Glaser-Möller N, et al (2007) Prädiktoren der Reha-Antragstellung in einer Bevölkerungsstichprobe von 4.225 Versicherten der Arbeiterrentenversicherung. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*:
52. Spanier K, Mohnberg I, Peters E, et al (2016) Motivationale und volitionale Prozesse im Kontext der Beantragung einer medizinischen Rehabilitationsleistung. *PPmP - Psychother · Psychosom · Med Psychol* 66:242–248. <https://doi.org/10.1055/s-0042-106288>
53. Bandura A (1997) *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York
54. Weber A, Weber U, Raspe H (1999) Medizinische Rehabilitation bei Langzeitarbeitsunfähigkeit. In: *Rehabilitation*. pp 220–226
55. Deck R, Raspe H (2005) Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein - Ein Modell der eigeninitiativen Qualitätssicherung. In: *DRV-Schriften 2005*. pp 108–109
56. Bethge M, Spanier K, Neugebauer T, et al (2015) Self-Reported Poor Work Ability—An Indicator of Need for Rehabilitation? A Cross-Sectional Study of a Sample of

German Employees: *Am J Phys Med Rehabil* 94:958–966.
<https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000281>

57. Mohnberg I, Spanier K, Peters E, et al (2016) Determinanten für intendierte Anträge auf medizinische Rehabilitation bei vorangegangenen Krankengeldbezug. *Rehabilitation* 2016:81–87. <https://doi.org/10.1055/s-0042-100588>
58. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019) Erwerbstätigenquoten 1991 bis 2017. Wiesbaden
59. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018) 44,7 Millionen Erwerbstätige im November 2017. Wiesbaden
60. Bethge M, Radoschewski FM, Spanier K, et al (2014) Drittes Sozialmedizinisches Panel für Erwerbspersonen - Rehabilitation und Teilhabe. Zwischenbericht:
61. Schenk L, Bau A-M, Borde T, et al (2006) Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus: Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. 49:853–860. <https://doi.org/10.1007/s00103-006-0018-4>
62. Deck R, Röckelein E (1999) Zur Erhebung soziodemographischer und sozialmedizinischer Indikatoren in den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbänden. DRV-Schriften
63. Dalgard OS, Bjørk S, Tambs K (1995) Social support, negative life events and mental health. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 166:29–34
64. Brähler E, Zenger M, Kemper CJ (2015) Psychologische und sozialwissenschaftliche Kurzskalen: Standardisierte Erhebungsinstrumente für Wissenschaft und Praxis. MWV
65. El Fassi M, Bocquet V, Majery N, et al (2013) Work ability assessment in a worker population: comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability Score. *BMC Public Health* 13:305. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-305>
66. Ilmarinen J (2009) Work ability—a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scand J Work Environ Health* 35:1–5. <https://doi.org/10.2307/40967749>
67. Bullinger M, Morfeld M, Kohlmann T, et al (2003) Der SF-36 in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung - Ergebnisse aus dem Norddeutschen Verbund für Rehabilitationsforschung (NVRF) im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften. *Rehabil* 42:218–225. <https://doi.org/10.1055/s-2003-41645>
68. DAG - Deutsche Adipositas Gesellschaft (2012) Definition Adipositas. <https://www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=39>. Accessed 17 Feb 2020
69. Mittag O, Meyer T, Glaser-Möller N, et al (2006) Vorhersage der Erwerbstätigkeit in einer Bevölkerungstichprobe von 4225 Versicherten der LVA über einen

- Prognosezeitraum von fünf Jahren mittels einer kurzen Skala (SPE-Skala). *Gesundheitswesen* 68:294–302. <https://doi.org/10.1055/s-2006-926781>
70. Schwarzer R, Lippke S, Luszczynska A (2011) Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabil Psychol* 56:161–170
 71. Mittag O, Reese C, Meffert C (2014) (Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005-2009. *WSI-Mitteilungen* 67:149–155. <https://doi.org/10.5771/0342-300X-2014-2-149>
 72. Siegrist J, Dragano N (2008) Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 51:305–312. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0461-5>
 73. Martin S, Zollmann P, Buschmann-Steinhage R, Deutsche Rentenversicherung Bund (2012) Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung: Projektbericht I zur Studie, [Stand] Oktober 2012. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
 74. Bethge M, Radoschewski F, Gutenbrunner C (2012) The Work Ability Index as a screening tool to identify the need for rehabilitation: Longitudinal findings from the Second German Sociomedical Panel of Employees. *J Rehabil Med* 44:980–987. <https://doi.org/10.2340/16501977-1063>
 75. Deutsche Rentenversicherung Bund (2017) Rentenversicherung in Zeitreihen Oktober 2017. In: Sonderausgabe der DRV. Berlin, p 334
 76. Stengler K, Kauffeldt S, Theißing A, et al (2015) Medizinisch-berufliche Rehabilitation in Rehaeinrichtungen für psychisch Kranke in Deutschland. *Nervenarzt* 86:603–608. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4207-3>
 77. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2019) SGB IX Prävention. In: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin
 78. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018) BMAS - Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: www.bmas.de. <https://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsschutz/Gesundheit-am-Arbeitsplatz/betriebliches-eingliederungsmanagement.html>. Accessed 12 Sep 2019
 79. Bethge M (2011) Erfolgsfaktoren medizinisch-beruflich orientierter orthopädischer Rehabilitation. *Rehabil* 50:145–151. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1275687>
 80. Bethge M, Löffler S, Schwarz B, et al (2014) Gelingt die Umsetzung des Anforderungsprofils zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation? *Rehabil* 53:184–190. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1353192>

81. Mau W, Beyer W, Ehlebracht-König I, et al (2014) Leistungstrends der rehabilitativen rheumatologischen Versorgung in Deutschland. *Z Für Rheumatol* 73:139–148. <https://doi.org/10.1007/s00393-013-1259-x>
82. Drambyan Y, Parthier K (2014) Erwerbsfähigkeit erhalten und berufliche Teilhabe sichern. *Z Für Rheumatol* 73:20–26. <https://doi.org/10.1007/s00393-013-1206-x>
83. Mau W, Bengel J, Pfeifer K (2017) Rehabilitation in der Aus-, Fort- und Weiterbildung beteiligter Berufsgruppen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 60:402–409. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2515-z>
84. Wissing F (2018) Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin und Zahnmedizin (NKLM/NKLZ). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 61:170–170. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2688-0>
85. Ernsting A, Knoll N, Schneider M, Schwarzer R (2015) The enabling effect of social support on vaccination uptake via self-efficacy and planning. *Psychol Health Med* 20:239–246. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.920957>
86. Payaprom Y, Bennett P, Alabaster E, Tantipong H (2011) Using the Health Action Process Approach and Implementation Intentions to Increase Flu Vaccine Uptake in High Risk Thai Individuals: A Controlled Before-After Trial. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc* 30:492–500. <https://doi.org/10.1037/a0023580>
87. Reyes Fernández B, Warner L, Knoll N, et al (2015) Synergistic effects of social support and self-efficacy on dietary motivation predicting fruit and vegetable intake. *Appetite* 87:.. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.12.223>
88. Scholz U, Ochsner S, Hornung R, Knoll N (2013) Does Social Support Really Help to Eat a Low-Fat Diet? Main Effects and Gender Differences of Received Social Support within the Health Action Process Approach. *Appl Psychol Health Well-Being* 5:270–290. <https://doi.org/10.1111/aphw.12010>
89. DiMatteo MR (2004) Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychol* 23:207–218. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.207>
90. Warner LM, Schüz B, Aiken L, et al (2013) Interactive effects of social support and social conflict on medication adherence in multimorbid older adults. *Soc Sci Med* 87:23–30. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.03.012>
91. Parschau L, Barz M, Corbett J, et al (2014) Physical Activity Among Adults With Obesity: Testing the Health Action Process Approach. *Rehabil Psychol* 59:.. <https://doi.org/10.1037/a0035290>
92. Hindhede AL, Bonde A, Schipperijn J, et al (2016) How do socio-economic factors and distance predict access to prevention and rehabilitation services in a Danish municipality? *Prim Health Care Res Dev* 17:578–585. <https://doi.org/10.1017/S1463423616000268>

93. Spanier K, Peters E, Mohnberg I (2016) Motivationale und volitionale Prozesse im Kontext der Beantragung einer medizinischen Rehabilitationsleistung: eine Anwendung des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns. *Psychother Psychosom Med Psychol* 66:242–248

Anhang

Befragung

zu Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und beruflicher Situation

durchgeführt von:



gefördert von der
Deutschen Rentenversicherung Bund

Fragebogen-Nr.:

--	--	--	--	--	--

3072153214

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bitte beantworten Sie alle Fragen und lassen Sie keine für Sie zutreffenden Fragen aus. Sollte Ihnen die Beantwortung einiger Fragen schwer fallen, entscheiden Sie sich bitte für die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Verwenden Sie zum Ausfüllen bitte einen **schwarzen** oder **blauen** Stift.

Bitte achten Sie bei der Beantwortung der einzelnen Fragen auf die **Zeitangaben** (z. B. "in den vergangenen 4 Wochen" oder "in den letzten 3 Monaten").

Bei den meisten Fragen genügt es, wenn Sie in eines der Antwortfelder ein Kreuz machen. Vermeiden Sie bitte Ankreuzungen zwischen den Feldern.

Beispiel 1:

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bei einigen Fragen tragen Sie bitte Zahlen in die vorgesehenen Felder ein. Bitte achten Sie darauf, die Begrenzung der Felder nicht zu überschreiten.

Beispiel 2:

Waren Sie in den **vergangenen 6 Monaten** einmal so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten? Wenn ja, wie viele Tage?

<input type="radio"/> nie	<input checked="" type="radio"/> ja	insgesamt ungefähr	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="2"/>	Tage
---------------------------	-------------------------------------	--------------------	---	------

Hier sind die Beispiele zu Ende.

Beginnen Sie jetzt bitte auf der folgenden Seite mit der Beantwortung der Frage 1.

Gesundheit und Lebensqualität

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, über- haupt nicht eingeschränkt
2.a anstrengende Tätigkeiten, z. B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.b mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.c Einkaufstaschen heben und tragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.d mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.e einen Treppenabsatz steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.e sich beugen, knien, bücken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.f mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.f mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.g eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.g sich baden oder anziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Hatten Sie **in den vergangenen 4 Wochen** aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	ja	nein
3.a Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.b Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.c Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.d Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Hatten Sie **in den vergangenen 4 Wochen** aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	ja	nein
4.a Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.b Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.c Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme **in den vergangenen 4 Wochen** Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

überhaupt nicht etwas mäßig ziemlich sehr

6. Wie stark waren Ihre Schmerzen **in den vergangenen 4 Wochen**?

keine Schmerzen sehr leicht leicht mäßig stark sehr stark

7. Inwieweit haben die Schmerzen Sie **in den vergangenen 4 Wochen** bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

überhaupt nicht etwas mäßig ziemlich sehr

8. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen **in den vergangenen 4 Wochen** gegangen ist. *Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht.* Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
8.a voller Schwung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.b sehr nervös?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.c so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.d ruhig und gelassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.e voller Energie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.f entmutigt und traurig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.g erschöpft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.h glücklich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.i müde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
9.a Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.b Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.c Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.d Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder Ihre seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?				
immer	meistens	manchmal	selten	nie
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.a Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?				
häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.b Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?				
immer	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.c Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?				
ständig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Waren Sie in den vergangenen 6 Monaten einmal so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten? Wenn ja, wie viele Tage?				
<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> ja	insgesamt ungefähr		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Tage
13. Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre aktuellen, von einem Arzt diagnostizierten Krankheiten oder Verletzungen an.				
	Ärztliche Diagnose			
13.a Unfallverletzungen (z. B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="radio"/>			
13.b Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z. B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="radio"/>			
13.c Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Herzkrankheiten, Herzinfarkt)	<input type="radio"/>			
13.d Atemwegserkrankungen (z. B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="radio"/>			
13.e Psychische Beeinträchtigungen (z. B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="radio"/>			
13.f Neurologische und Nervenkrankheiten (z. B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="radio"/>			
13.g Erkrankungen des Verdauungssystems (z. B. Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="radio"/>			
13.h Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z. B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="radio"/>			
13.i Hautkrankheiten (z. B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="radio"/>			
13.j Tumore/Krebs	<input type="radio"/>			
13.k Hormon-/Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme) ..	<input type="radio"/>			
13.l Krankheiten des Blutes (z. B. Anämie)	<input type="radio"/>			
13.m Angeborene Leiden/Erkrankungen	<input type="radio"/>			
13.n Andere Leiden oder Krankheiten?	<input type="radio"/>			

14. Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? Bitte beantworten Sie diese Frage auch, wenn Sie derzeit nicht erwerbstätig sind.

voll arbeitsunfähig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **derzeit die beste Arbeitsfähigkeit**

Gesundheitsverhalten

15. Waren Sie im Verlauf der letzten 12 Monate in ärztlicher Behandlung (ohne Zahnbehandlung)?

	nein	ja	Wie oft?
15.a bei Ihrem Hausarzt oder Allgemeinmediziner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
15.b bei einem Orthopäden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
15.c bei einem Kardiologen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
15.d bei einem Internisten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
15.e bei einem Neurologen/Psychiater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
15.f bei einem Psychotherapeuten/Psychologen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
15.g bei einem Frauenarzt (Gynäkologen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
15.h bei einem sonstigen Facharzt (z. B. Augenarzt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
15.i im Krankenhaus (ohne Entbindung und mind. 1 Nacht) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
15.j <u>Ich war in den letzten 12 Monaten bei keinem Arzt.</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

16. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

nein

ja

Grad der Behinderung

17. Wie groß sind Sie?

 cm

18. Wie viel wiegen Sie?

 kg

19. Rauchen Sie?

ja, ich rauche

nein, aber ich habe geraucht

nein, ich habe nie geraucht

20. Haben Sie in den letzten 12 Monaten aktiv Sport, Fitness oder Gymnastik betrieben?	21. Wie häufig nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?
<input type="radio"/> 4 und mehr Stunden jede Woche <input type="radio"/> 2 bis weniger als 4 Stunden jede Woche <input type="radio"/> 1 bis weniger als 2 Stunden jede Woche <input type="radio"/> weniger als 1 Stunde in der Woche <input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> fast jeden Tag <input type="radio"/> 2 bis 4 mal pro Woche <input type="radio"/> 2 bis 4 mal pro Monat <input type="radio"/> seltener (als 2 mal pro Monat) <input type="radio"/> überhaupt nicht

Medizinische Rehabilitation

Sie wissen vermutlich, dass für Personen mit gesundheitsbedingten Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit die Möglichkeit besteht, **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** (Kuren) bei der Deutschen Rentenversicherung zu beantragen. Jetzt möchten wir Sie bitten, einige Fragen zu diesem Thema zu beantworten. Bitte beantworten Sie die Fragen auch, wenn Sie noch keine persönlichen Erfahrungen damit gemacht haben.

22. Haben Sie schon einmal eine medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch genommen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	--

23. Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen? Von einer medizinischen Rehabilitation erwarte ich, ...					
	völlig richtig	ziemlich richtig	teils/ teils	ziemlich falsch	völlig falsch
23.a dass man gesundheitsfördernde Verhaltensweisen erlernt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.b dass man Hilfestellung im Umgang mit krankheitsbedingten Problemen in Alltag und Beruf erhält.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.c dass eine frühzeitige Berentung verhindert wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.d dass ich danach meine Arbeit besser bewältigen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen? Wenn ich an einer medizinischen Rehabilitation teilnehme, ...					
	völlig richtig	ziemlich richtig	teils/ teils	ziemlich falsch	völlig falsch
24.a weiß ich nicht, wer meine Verpflichtungen zu Hause übernimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.b befürchte ich einschneidende finanzielle Belastungen. .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.c leidet darunter meine Partnerschaft bzw. mein Familienleben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.d gelte ich bei der Arbeit als Drückeberger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.e bleibt meine Arbeit im Beruf unerledigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.f mindert dies meine Aufstiegschancen im Beruf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Ich habe mir vorgenommen, ...		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
25.a	innerhalb des nächsten Jahres eine medizinische Rehabilitation zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.b	in den nächsten Wochen einen Reha-Antrag zu stellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Ich bin mir sicher, dass ich einen Reha-Antrag stellen werde, ...		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
26.a	auch wenn das ganz schön kompliziert ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.b	auch wenn ich mir dazu einen Ruck geben muss.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.c	auch wenn ich eigentlich gerade andere Sorgen habe. .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.d	auch wenn nicht klar ist, ob der Antrag überhaupt genehmigt wird.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Ich habe bereits konkret geplant, ...		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
27.a	wann ich mit meinem Hausarzt über einen Reha-Antrags spreche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.b	wo ich mir die Unterlagen für einen Reha-Antrag besorge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.c	wann ich die Antragsformulare ausfüllen werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.d	wann ich meinen Reha-Antrag abschicken werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Haben Ihre Familienangehörigen oder Freunde in den vergangenen drei Monaten das Folgende getan?		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
28.a	Mit mir über die Möglichkeit einer medizinischen Rehabilitation gesprochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.b	Mich ermutigt, eine medizinische Rehabilitation zu beantragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.c	Mir angeboten, mich bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation zu unterstützen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Haben Ihre Ärzte oder Therapeuten in den vergangenen drei Monaten das Folgende getan?		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
29.a	Mit mir über die Möglichkeit einer medizinischen Rehabilitation gesprochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.b	Mich ermutigt, eine medizinische Rehabilitation zu beantragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.c	Mir angeboten, mich bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation zu unterstützen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Soziale Unterstützung

30. Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernsthafte Probleme haben?

niemand

1 oder 2

3 bis 5

mehr als 5

31. Wie viel Interesse und Anteilnahme zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?

sehr viel

viel

weder viel
noch wenig

wenig

kein Interesse
und Anteilnahme

32. Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?

sehr einfach

einfach

möglich

schwierig

sehr schwierig

Berufliche Situation

33. Glauben Sie, dass Sie Ihre jetzige Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben können? *Wenn Sie derzeit nicht erwerbstätig sind, beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzte Tätigkeit.*

sicher

eher ja

unsicher

eher nein

auf keinen Fall

34. Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre **allgemeine Erwerbsfähigkeit** dauerhaft gefährdet?

ja

nein

35. Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Antrag auf Leistungen zur beruflichen Rehabilitation zu stellen (sogenannte Leistungen zur Teilhabe am

 nein ja, und zwar

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (z. B. Arbeitsplatzumsetzung, Inanspruchnahme von Integrationsfachdiensten)

Gründungszuschuss

Verfahren zur Auswahl von beruflichen Leistungen (z. B. Arbeitserprobung, Berufsfindung, Eignungsabklärung)

Leistungen zur beruflichen Bildung (z. B. Qualifizierungs-, Integrationsmaßnahmen, Aus-, Weiterbildungsmaßnahmen)

Kfz-Hilfen

Sonstige Hilfen

36. Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Renten-antrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?

ja

nein

37. Sind Sie derzeit erwerbstätig? Das heißt, besteht ein aktuelles Beschäftigungsverhältnis oder sind Sie selbstständig tätig?

- nein** *Machen Sie bitte weiter mit Frage 48 auf Seite 11.*
- ja, und zwar**
- ganztags
- mindestens
- halbtags

Die folgenden Fragen 38 bis 47 beziehen sich auf Ihre **aktuelle Situation am Arbeitsplatz und ihre berufliche Gesundheit**. Bitte beantworten Sie diese Fragen auch bei einer gegenwärtigen Krankschreibung.

Sollten Sie **nicht erwerbstätig** sein (d. h. arbeitslos bzw. Hausfrau/-mann), gehen Sie bitte zu **Frage 48 auf Seite 11** und bearbeiten Sie die abschließenden Fragen.

38. Sind Sie bei Ihrer Arbeit...

**vorwiegend
geistig tätig**

**vorwiegend
körperlich tätig**

**etwa gleichermaßen
geistig und körperlich tätig**

39. Bitte schätzen Sie im Folgenden die körperliche Arbeitsbelastung Ihrer derzeit ausgeübten beruflichen Tätigkeit ein. Kreuzen Sie hierzu die entsprechenden Felder an. Wichtig ist dabei Ihr persönliches Empfinden.

Wie oft oder wie stark trifft dieses Merkmal
oder der Faktor auf Ihre Arbeit zu?

39.a	schwere körperliche Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.b	Halten schwerer Lasten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.c	Tragen schwerer Lasten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.d	Heben schwerer Lasten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.e	Ziehen/Schieben schwerer Lasten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die...

	sehr gut	eher gut	mittel- mäßig	eher schlecht	sehr schlecht
40.a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40.b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit? Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung/Ich habe keine Erkrankung.
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden.
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten.
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.

42. Wie viele Tage blieben Sie aufgrund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) **in den letzten 12 Monaten** der Arbeit fern?

überhaupt keinen höchstens 9 Tage 10-24 Tage 25-99 Tage 100-365 Tage

43. Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den **nächsten zwei Jahren** ausüben können?

unwahrscheinlich nicht sicher ziemlich sicher

44. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Arbeitssituation. *Bitte geben Sie für jede der Aussagen die zutreffende Antwort an. Bitte beantworten Sie diese Fragen auch, wenn Sie derzeit krankgeschrieben sind.*

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
44.a Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.b Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.c Im Laufe der letzten beiden Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.d Ich erhalte von meinen Vorgesetzten die Anerkennung, die ich verdiene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.e Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.f Ich erfahre - oder erwarte - eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.g Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.h Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.i Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.j Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt/meinen Lohn für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.k Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.l Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.m Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.n Diejenigen, die mir am nächsten stehen, sagen, dass ich mich für meinen Beruf zu sehr aufopfere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.o Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends im Kopf rum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.p Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die betrieblichen Entscheidungsprozesse an Ihrem Arbeitsplatz. Bitte geben Sie für jede Aussage an, inwieweit Sie dieser zustimmen.

	stimme voll zu	stimme eher zu	teils/ teils	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
45.a Entscheidungen werden auf Grundlage präziser Informationen getroffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45.b Beschäftigten wird die Gelegenheit gegeben, Entscheidungen, die sie für erfolglos halten, zu hinterfragen oder ihnen zu widersprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45.c Alle von einer Entscheidung betroffenen Seiten werden in die Entscheidungsfindung einbezogen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45.d Alle Entscheidungen werden konsistent getroffen (die Regeln gelten für alle Beschäftigten gleichermaßen)....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45.e Vor einer Entscheidungsfindung werden die Bedenken aller, die von einer Entscheidung betroffen sind, angehört.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45.f Es werden Rückmeldungen bezüglich der Entscheidung und ihrer Umsetzung gesammelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45.g Es ist möglich hinsichtlich einer Entscheidung, um Klarstellung zu bitten oder zusätzliche Informationen anzufordern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf das allgemeine Verhalten Ihres Vorgesetzten. Bitte

	stimme voll zu	stimme eher zu	teils/ teils	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
46.a Unser Vorgesetzter berücksichtigt unseren Standpunkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46.b Unser Vorgesetzter ist in der Lage persönliche Vorlieben zurückzustellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46.c Unser Vorgesetzter informiert uns rechtzeitig über Entscheidungen und ihre Folgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46.d Unser Vorgesetzter behandelt uns freundlich und rücksichtsvoll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46.e Unser Vorgesetzter achtet unsere Rechte als Angestellte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46.f Unser Vorgesetzter bemüht sich ehrlich mit uns umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. Wie viele Beschäftigte hat das Unternehmen, in dem Sie zurzeit hauptberuflich beschäftigt sind? Machen Sie bitte nur ein Kreuz.

weniger als 10

10 bis 49

50 bis 249

250 und mehr

Was für eine Persönlichkeit sind Sie?

48. Nun etwas ganz anderes. Unsere alltäglichen Handlungen werden davon beeinflusst, welche Grundüberzeugungen wir haben. Hier sind unterschiedliche Eigenschaften, die eine Person haben kann. Wahrscheinlich werden einige Eigenschaften auf Sie persönlich voll zutreffen und andere überhaupt nicht.
 Antworten Sie bitte auf der folgenden Skala. Der Wert 1 bedeutet: trifft überhaupt nicht zu. Der Wert 7 bedeutet: trifft voll zu. Mit den Werten zwischen 1 und 7 können Sie Ihre Meinung abstimmen.

Ich bin jemand, der ...	trifft über- haupt nicht zu						trifft voll zu
	1	2	3	4	5	6	7
48.a gründlich arbeitet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.b kommunikativ, gesprächig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.c manchmal etwas grob zu anderen ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.d originell ist, neue Ideen einbringt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.e sich oft Sorgen macht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.f verzeihen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.g eherfaulist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.h aus sich herausgehen kann, gesellig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.i künstlerische Erfahrungenschätzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.j leicht nervös wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.k Aufgaben wirksam und effizient erledigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.l zurückhaltend ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.m rücksichtsvoll und freundlich mit anderen umgeht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.n eine lebhaft Phantasie, Vorstellungen hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.o entspannt ist, mit Stress gut umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragen zu Ihrer Person

49. In welchem Jahr sind Sie geboren?

1	9		
---	---	--	--

50. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

Mutter

- in Deutschland
 in einem anderen Land

Vater

- in Deutschland
 in einem anderen Land

51. Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?

- seit meiner Geburt

seit

--	--	--	--

 (Jahreszahl)

52. Ist Deutsch Ihre Muttersprache?

- ja
 nein

53. Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

- ja
 nein

54. Wie ist Ihr Familienstand?

- ledig
 verheiratet
 geschieden bzw. getrennt lebend
 verwitwet

55. Leben Sie mit einem festen Partner zusammen?

- ja
 nein

56. Haben Sie Kinder?

- nein** **1 Kind** **2 Kinder** **3 Kinder** **mehr als 3 Kinder**
-

57. In welcher hauptberuflichen Stellung waren Sie zuletzt bzw. sind Sie derzeit beschäftigt?

- Arbeiter** **Angestellter** **Beamter** **Selbstständiger** **Sonstiges**
-

58. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? *Machen Sie bitte nur ein Kreuz.*

- Hauptschul-/Volksschulabschluss
 Realschulabschluss
 Polytechnische Oberschule
 Fachhochschulreife
 Abitur
 anderer Schulabschluss
 keinen Schulabschluss

59. Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie? *Machen Sie bitte nur ein Kreuz.*

- Lehre (berufliche Ausbildung)
 Fachschule (Meister-/Technikerschule)
 Fachhochschule
 Universität/Hochschule
 (noch) keinen Berufsabschluss

Abschließend möchten wir Ihnen jene Fragen stellen, auf die wir Sie bereits im Anschreiben und in den Datenschutzhinweisen aufmerksam gemacht haben. Für die Auswertung ist geplant, dass Ihre Fragebogenangaben um wenige ausgewählte, bei der Deutschen Rentenversicherung gespeicherte Versicherungsdaten (Beitragszeiten, Rentenantragstellung, Rehabilitationsmaßnahmen) ergänzt werden.

Entscheiden Sie bitte, ob Sie der Nutzung dieser Daten zustimmen! Zudem soll in zwei Jahren eine Wiederholungsbefragung durchgeführt werden, um zu sehen, ob und wie sich Ihre gegenwärtige Situation verändert hat. Auch hier ist Ihre Entscheidung gefragt!

A. Sind Sie mit der Nutzung ausgewählter, bei der Rentenversicherung gespeicherter Daten einverstanden?

- ja
 nein

B. Wären Sie grundsätzlich bereit an einer Folgebefragung in zwei Jahren teilzunehmen?

- ja
 nein

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die mich bei der Anfertigung und Bearbeitung meiner Doktorarbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. Matthias Bethge für seine große Geduld und ausgezeichnete Betreuung.

Außerdem möchte ich mich bei meiner Betreuerin Katja Spanier bedanken, die mich bei Fragen zum statistischen Arbeiten stets mit Rat begleitet hat.

Meiner Familie danke ich für Verständnis, Ermutigungen und Zusprüche während des gesamten Studiums und der Arbeit an dieser Dissertation.

Lebenslauf

Name	Juliane Maria Houben (geb. Hellfors)
Geburtsdatum	16.12.1988
Geburtsort	Brandenburg a.d. Havel
Schulbildung	1995 – 1997 Grundschule Wilhelm-Busch (Brandenburg Havel) 1997 – 2001 Grundschule Wilhelm-Gentz (Neuruppin) 2001 – 2008 Evangelisches Gymnasium (Neuruppin)
Freiw. soz. Jahr	Aug 2008 – Aug 2009 ICJA in Taulabé (Honduras)
Medizinstudium	2009 – 2016 Studium Humanmedizin an der Universität zu Lübeck Sep 2011 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M1) Apr 2015 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M2) Dez 2016 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M3)
Erasmus	Sep 2013 – Jun 2014 Karlsuniversität (Prag)
Praktisches Jahr	Nov 2015 – Mär 2016 Chirurgie (St. Josefs-Krankenhaus in Potsdam) Mär 2016 – Jun 2016 Dermatologie (Universitätsklinikum in Leipzig) Jun 2016 – Okt 2016 Innere Medizin (Sana Klinik in Lübeck)
Beruf	Okt 2017 – Okt 2018 Dermatologie (Städtisches Klinikum Dessau) Jan 2020 – Dez 2020 Dermatologie (Praxis Dr. Raschke Magdeburg)
Dissertation	Jun 2015 Vergabe des Promotionsthemas Jul 2015 – Okt 2017 Statistische Analysen Nov 2017 – Nov 2020 Verfassen der Dissertation

