

## **Vernetzung von Arbeitswelt und Sozialversicherung: Zukunft der Arbeit für ältere gesundheitlich eingeschränkte und behinderte Arbeitnehmer**

---

### **Abstract**

Um die Betroffenen mit und nach einer Erkrankung möglichst schnell wieder ins Arbeitsleben zurückzuführen, ist eine Zusammenarbeit verschiedener Professionen bei der Versorgung notwendig. Die sektorale Gliederung unseres Sozial- und Gesundheitssicherungssystems führt vielfach zu Problemen an deren Schnittstellen. Für die Betroffenen ergeben sich somit bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen zahlreiche Herausforderungen. Diese treten insbesondere dann auf, wenn Antragsstellung und Informationsweitergabe zu lange dauern oder Informationen und Unterstützung gänzlich fehlen. Daher sollten ganzheitliche gesundheitliche Bedarfe der Rehabilitation stärker als bisher in den Mittelpunkt gerückt werden.

Bei der Betrachtung der betrieblichen Aspekte stellt sich die Frage, wie das Arbeitskräftepotential am sinnvollsten ausgeschöpft werden kann. Grundlegend ist dabei die Beschäftigungsfähigkeit, die sich aus den fachlichen, sozialen, personellen sowie methodischen Kompetenzen einer Person zusammensetzt und als Leitziel einer Rehabilitation und Wiedereingliederung fungiert. Es ist nun eine gemeinsame Herausforderung für Beschäftigte, Betrieb und Sozialversicherungsträger, diese Beschäftigungsfähigkeit wiederherzustellen bzw. zu verbessern, indem zum Beispiel das Betriebsumfeld stärker im Rehabilitationsprozess berücksichtigt wird und die vorhandenen Instrumente in den Betrieben besser miteinander koordiniert werden.

Hierbei ergibt sich die Frage nach erfolgreichen und effektiven Netzwerken sowie deren Voraussetzungen und Wirkungsweisen. Netzwerke sind allgemein als Form organisationübergreifender Zusammenarbeit von mehreren interagierenden, rechtlich selbständigen Organisationen anzusehen. Dabei stellen Netzwerke in der Rehabilitation eine ganze Reihe besonderer Herausforderungen an Struktur und Teilnehmer.

### **1 Demografischer Wandel und seine Auswirkungen auf die Arbeitswelt**

Der demografische Wandel wird in den nächsten Jahren zu zahlreichen Veränderungen in der deutschen Bevölkerung führen. Der Altersaufbau ändert sich, die Bevölkerung schrumpft und wird dabei durchschnittlich älter. Die Zahl der Einwohner in Deutschland wird voraussichtlich von aktuell rund 82 Millionen auf ca. 77 Millionen im Jahr 2030 sinken<sup>1</sup>. Von Rückgang und Alterung wird besonders die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter betroffen sein. Heute gehören knapp 50 Millionen Menschen dieser Altersgruppe an. Ab dem Jahr 2020 wird diese

---

<sup>1</sup> Die angegebenen Daten beziehen sich auf die Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes: Zugrunde liegen die folgenden Annahmen (Variante 1 - W2: Untergrenze der "mittleren" Bevölkerung): Geburtenhäufigkeit: 1,4 Kinder je Frau; Lebenserwartung: männlich: 85,0 Jahre, weiblich: 89,2 Jahre; Wanderungssaldo: 100 000 ab 2014 (STASTISTISCHES BUNDESAMT 2009).

Zahl deutlich zurückgehen und im Jahr 2030 voraussichtlich nur noch etwa 42 Millionen betragen (STATISTISCHES BUNDESAMT 2009).

## **1.1 Veränderungen des Krankheitspanoramas**

Verschiedene Krankenkassendaten belegen eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage mit steigendem Alter, was auf die Schwere der Erkrankungen und die hiermit verbundenen längeren Krankheitsdauern zurückzuführen ist (z.B. BKK 2012). Durch die fortschreitende Alterung der deutschen Bevölkerung und auf Basis der heutigen Analysen kann davon ausgegangen werden, dass es zukünftig noch verstärkt zu einer Häufung von chronischen und altersbedingten (Mehrfach-)Erkrankungen (z. B. Schlaganfälle, Diabetes etc.) und hierdurch wiederum bedingten Folgeerkrankungen kommen wird. In einer Veröffentlichung von PETERS et al. (2010) wird eine Übersicht über projizierte Erkrankungszahlen für das Jahr 2050 gegeben. In ausgewählten Erkrankungsbereichen wie Schlaganfällen, Herzinfarkten oder Diabetes mellitus wird es laut den Berechnungen zu einer prozentualen Zunahme bis zum Jahr 2050 um bis zu 109 Prozent kommen (PETERS et al. 2010). Mit dem Blick auf die Zahlen der Frühverrentung stehen zudem derzeit im Mittelpunkt des krankheitsbedingten Ausscheidens aus dem Arbeitsleben Beschwerden im Bereich der muskuloskeletalen Erkrankungen und psychischer Erkrankungen (BMAS 2010).

## **1.2 Veränderungen in der Arbeitswelt**

In den letzten Jahren fanden Veränderungen in der Arbeitswelt statt, die einen Wandel von Belastungen der Beschäftigten zur Folge hatten. Viele der Ursachen befinden sich im Bereich der Arbeitsorganisation. Laut einer Studie der Occupational Safety and Health Administration (OSHA) rangiert die Bedeutung von Arbeitsorganisation für den Gesundheitszustand der Mitarbeiter deutlich vor klassischen Risikofaktoren wie biologischen, chemischen oder physikalischen Einwirkungen (MANZ 2005). Wichtige Gründe für z. B. die steigende psychische Belastung sind dabei Arbeitsverdichtungen mit steigenden Leistungsanforderungen und Zeitdruck, der Wechsel der Rahmenbedingungen und Inhalte der Arbeit, Kostendruck und die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust (NAWRATH 2005). Einen weiteren Grund für eine übermäßige Beanspruchung am Arbeitsplatz stellen arbeitsbedingte Über- oder Unterforderungen teilweise kombiniert mit hohem Arbeitsdruck dar. Das Gefühl mit Bezug auf die eigenen Fähigkeiten über- bzw. unterfordert zu sein, kann dabei viele Ursachen haben. Die meisten werden durch die Art und Weise der Arbeit bedingt, so z. B. zu hohe/niedrige Arbeitslast, schnelles/langsames Arbeitstempo, schlechte Organisation der Arbeitszeit bzw. fehlende Teilhabe an der Entscheidungsfindung. Aber auch der Status eines Menschen innerhalb einer Organisation, die Entlohnung, die zwischenmenschlichen Beziehungen und die Organisationskultur können Ursachen für arbeitsbedingte Belastungen bei einem Menschen sein (WHO 2006). Diese Stressfaktoren gelten in der Wissenschaft als der arbeitsweltbezogene Hauptrisikofaktor für psychische Störungen und Erkrankungen und sind Ursache für die Zunahme psychischer Belastungen am Arbeitsplatz. Diesen Zusammenhang legen zumindest die Ergebnisse einer Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) unter 30.000 Beschäftigten nahe. Danach wurden ständige Aufmerksamkeit und Konzentration als beson-

ders belastend empfunden, knapp 30 Prozent klagten über Termin- und Leistungsdruck (BAUA 2012). Zudem gaben die befragten Beschäftigten in einer Erhebung zum DGB-Index „Gute Arbeit“ zur Frage, ob unter den derzeitigen Anforderungen ihre jetzige Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben könnten, 36 Prozent an, dass sie dies wahrscheinlich nicht können (REUSCH/ LENHARDT 2012).

Die Statistiken stellen das Ergebnis aus Arbeitsbelastungen, gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie individuellen Lebensstilen und -bedingungen in deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit und -tätigkeit dar (BAuA 2011). Diese gesellschaftlichen und krankheitsbezogenen Veränderungen führen zu zahlreichen Herausforderungen beispielsweise in der Planung der Gesundheitsversorgung, aber auch bei der Wahrung der Rechte zur Teilhabe von Menschen mit einer Behinderung bzw. von Behinderung bedrohten Menschen. Einen wichtigen Schritt in diesem Bereich erfüllt die Bundesrepublik Deutschland mit der Vereinbarung einer Demografiestrategie. Diese besagt u.a., dass die Bundesrepublik Deutschland zusätzlich Maßnahmen zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit, zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und zur Wiedereingliederung erkrankter und behinderter Menschen ergreifen wird. Die Krankenkassen sollen zudem gewonnen werden, verstärkt in betriebliche Gesundheitsprojekte zu investieren. Insgesamt soll die Betriebliche Gesundheitsförderung und das betriebliche Eingliederungsmanagement gestärkt werden (BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES 2012).

### **1.3 Bedarfe zur Anpassung an die demografisch bedingten Veränderungen**

Die Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten im Alter von 50 Jahren und mehr steigt seit dem Jahr 1999 jährlich um ca. 300.000 Personen. Der Höhepunkt dieser Entwicklung wird voraussichtlich im Jahr 2020 erreicht, dann werden etwa 40 Prozent aller Erwerbstätigen in Deutschland 50 Jahre oder älter sein (BAuA 2011). Das Altern der erwerbstätigen Bevölkerung ist in der betrieblichen Realität angekommen.

Parallel zum steigenden Durchschnittsalter der Erwerbsbevölkerung erfolgt die stufenweise Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters auf 67 Jahre. Diese Entwicklungen werden auch einen prägnanten Einfluss auf die Unternehmen und deren Betriebspolitik haben. Ein Umdenken bei den Arbeitgebern ist erforderlich, um die unternehmensbezogenen Strategien an die sich verändernden Rahmenbedingungen anzupassen. Arbeitsplätze und -verhältnisse sind so zu gestalten, dass eine Beschäftigung unter gesundheitserhaltenden und auch -fördernden Bedingungen möglich ist. Als wichtig zu erachten sind dabei, die Implementierung und Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements, der Förderung von Prävention, Unfallschutz und Rehabilitation, die Einführung von alters- und altersgerechter Formen der Arbeitsorganisation sowie auch spezifische, auf die sich verändernde Belegschaft zugeschnittene Programme zur Personalentwicklung und Weiterbildung. Grundsätzlich gilt, dass diese Maßnahmen schon bei Tätigkeitsbeginn und nicht erst im mittleren oder höheren Alter eingesetzt werden sollten (BMAS 2012).

Bei der Betrachtung der betrieblichen Aspekte stellt sich die Frage, wie das Arbeitskräftepotential am sinnvollsten ausgeschöpft werden kann. Grundlegend ist dabei die Beschäfti-

gungsfähigkeit, die sich aus den fachlichen, sozialen, personalen und methodischen Kompetenzen einer Person zusammensetzt und als Leitziel gesetzt werden kann. Der Erhalt der Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmer ist für die Volkswirtschaft notwendig, für die Beschäftigten persönlichkeitsfördernd und für die Betriebe nützlich. Die Möglichkeiten zum Verbleib älterer Menschen im Arbeitsleben sind nicht nur vor dem Hintergrund der volkswirtschaftlichen Betrachtung zu diskutieren, sondern auch unter dem Aspekt des betrieblichen Bedarfs (z. B. Fachkräftemangel, Wegfall von Kompetenzen) und unter Berücksichtigung der Bedeutung von Arbeit als Möglichkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (BAuA 2011).

Es gilt in zunehmendem Maße ältere Beschäftigte in den Unternehmen zu halten und hierfür entsprechende Rahmenbedingungen zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit (insbesondere auch älterer Beschäftigter) zu schaffen (FRIMELT/ RITTER 2012). Es ist nun eine gemeinsame Herausforderung für Beschäftigte, Betrieb und Leistungsträger, diese Beschäftigungsfähigkeit zu verbessern, indem zum Beispiel das Betriebsumfeld stärker im Rehabilitationsprozess berücksichtigt wird und die vorhandenen Instrumente in den Betrieben besser miteinander koordiniert werden.

## **2 Schnittstellen in der Rehabilitation**

Im Rahmen der Strukturdefizitanalysen des Gesundheitssystems sind die Diskussionen über Schnittstellen und damit verbundenen Herausforderungen an diesen Übergängen bereits vielfältig erfolgt. Trotz langjährigen Wissens um deren Existenz und zahlreichen Bemühungen diesen entgegenzusteuern, ist bis heute der vorhandene Bedarf an abgestimmten, nahtlosen Präventions- und Rehabilitationsprozessen nicht erfüllt worden. Die einzelnen Sektoren arbeiten weiterhin mehr oder minder unverbunden nebeneinander. Zahlreiche Faktoren sorgen dafür, dass diese fragmentierten Strukturen, die Schnittstellen sowie die unterschiedlichen Sicht- und Handlungsweisen der Akteure und die damit verbundenen Verständigungs- und Kooperationsbarrieren beständig sind. Gleichzeitig wächst der Bedarf an nahtlosen und abgestimmten Prozessen im Bereich der Rehabilitation, da Untersuchungen deutlich machen, dass die Häufigkeit der Erfahrungen an den Übergängen im Bereich der Rehabilitation mit zunehmendem Alter steigt (BRAUN et al. 2011). Im Folgenden werden einige der Herausforderungen im Bereich der Rehabilitation aufgezeigt.

### **2.1 Schnittstellen in die medizinische Rehabilitation**

DECK et al. (2012) untersuchten in der Studie zur „Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung“ Barrieren in der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren der medizinischen Rehabilitation. Im Rahmen der Untersuchung wurde deutlich, dass die Betroffenen selbst zu wenig über die Abläufe beim Antragsverfahren sowie zum Antritt und zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme wissen (DECK et al. 2012). Dies bestätigt auch die Ergebnisse anderer Studien, die feststellten, dass zukünftige Rehabilitanden schlecht aufgeklärt sind (DECK 2003), das Wunsch- und Wahlrecht nur zum Teil kennen (POHONTSCH et al. 2011) und nur unkonkrete Reha-Ziele haben (MEYER et al. 2009).

Neben den Rehabilitanden weisen auch die niedergelassene Ärzte meist nur unzureichende Kenntnisse im Bereich der Rehabilitation auf (TRÄDER 2007; DECK et al. 2009; MAU 2010). Verstärkt wird dieser Effekt durch die teilweise eher schlechte Erreichbarkeit von Ansprechpartnern auf Seiten der Sozialversicherungsträger und die teils lange Bearbeitungszeit der Anträge sowie Verzögerungen beim Antritt der Reha-Maßnahme. Dies hat zum Teil weitreichende Auswirkungen für die Betroffenen und den Erfolg einer Maßnahme. Einerseits kann es zu einer Verschlimmerung oder auch Verbesserung der rehabilitationsrelevanten Erkrankungen führen, wodurch der Reha-Aufenthalt nicht mehr oder ggf. in veränderter Form notwendig wäre. Andererseits kann auch das Auslaufen bestimmter Fristen (z.B. Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall) eine mögliche Folge sein (DECK et al. 2012).

## **2.2 Schnittstellen in die berufliche Rehabilitation**

Eine Herausforderung in der beruflichen Rehabilitation ist der oftmals fehlende Bezug zum (alten) Arbeitsplatz. So orientiert sich beispielsweise die Reha-Bedarfseinschätzung vor allem an gesundheitlichen bzw. krankheitsbezogenen Kriterien und weniger an den Risiken für die Erwerbstätigkeit (MAU 2010; GUTENBRUNNEN/ SCHWARZE 2011).

Insbesondere in den Reha-Kliniken fehlen häufig präzise und medizinisch verwertbare Arbeitsplatzbeschreibungen. Dies ermöglicht oftmals erst eine arbeitsplatzorientierte Rehabilitation, darüber hinaus stellen sie die Grundlage für eine arbeitsplatzbezogene sozialmedizinische Beurteilung dar. Die Studie „Kooperation Rehabilitation Betrieb“ (KoRB) ergab, dass sich 67 Prozent der Reha-Kliniker genauere Informationen wünschen, als ihnen zurzeit zur Verfügung stehen. Sie brauchen weitergehende Informationen zu den Arbeitsabläufen, zur technischen Ausstattung und zu Hilfsmitteln. Wünschenswert wäre eine Arbeitsplatzbeschreibung durch den Betriebsarzt, da dieser medizinisch verwertbare Informationen für den Reha- Prozess bereitzustellen vermag. Hilfreich erscheinen außerdem Informationen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement, zur tariflichen Situation, zu Betriebsvereinbarungen und Arbeitszeiten des Rehabilitanden (HESSE et al. 2008; GUTENBRUNNEN/ SCHWARZE 2011; HEUER et al. 2012).

Sowohl Reha-Kliniker als auch Betriebsärzte sind sich dieser Defizite bewusst. Diese Erkenntnis ist besonders herauszuheben, da rund 30 Prozent der Rehabilitanden berufliche Problemlagen aufweisen (DRV 2012). Weiterhin können deutliche Unterschiede in der Einschätzung der Problemlagen zwischen den Betroffenen, Leistungserbringern und Rehabilitationsträgern festgestellt werden, wodurch auch hier die Bedeutung von verbesserter Kommunikation und Kooperation deutlich wird (REHAFUTUR 2012).

## **2.3 Schnittstellen in den Bereich der Arbeitswelt**

Ziel der Rehabilitation muss sein, dass der Betroffene eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt – nach Möglichkeit an seinem alten Arbeitsplatz – unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation oder Behinderung ausüben kann. Hierfür ist es erforderlich, dass möglichst frühzeitig geklärt wird, wie und mit welcher Hilfe die betroffene Person wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren kann (REHAFUTUR 2009). Gleichzeitig muss jedoch fest-

gestellt werden, dass insbesondere Kleinbetriebe noch wenig Erfahrungen in den Bereichen Rehabilitation, Umgang mit Langzeiterkrankten und Betriebliches Eingliederungsmanagement haben (NIEHAUS et al. 2008; VATER 2011, RAMM et al. 2012).

Auf Seiten der Unternehmen beklagen sich Betriebsärzte, dass sie zu selten in den Rehabilitationsprozess einbezogen werden. Weiterhin erhalten sie die Entlassungsberichte für die Wiedereingliederung eines Rehabilitanden oftmals erst kurz vor der Rückkehr des Betroffenen an den (alten) Arbeitsplatz, wodurch vorbereitende Maßnahmen, die eine Wiedereingliederung erleichtern, nicht oder erst zu spät getroffen werden können. Die Entlassberichte sind aus Sicht der Betriebsärzte zudem oft wenig hilfreich und nach deren Aussagen in einigen Fällen sogar arbeitsplatzgefährdend (HESSE et al. 2008; HEUER et al. 2012). Oftmals wird die fehlende Kommunikation zwischen Betriebs- und Rehabilitationsarzt und somit das Fehlen einer gemeinsamen Reintegrationsstrategie beklagt (GUTENBRUNNEN/ SCHWARZE 2011).

In den letzten Jahren entwickelten sich jedoch zahlreiche Verbundprojekte zwischen Sozialversicherungsträgern und (Groß-)Unternehmen, die den genannten Problemen entgegenzutreten wollen. Diese Kooperationen sollen zur besseren Einbindung der Arbeitswelt in den Reha-Prozess dienen. Der Betriebsarzt kann bei Feststellung einer Gesundheitsstörung gemeinsam mit dem Beschäftigten das Reha-Verfahren einleiten. Nach Abschluss der Rehabilitation erhält der Betriebsarzt den Reha-Entlassungsbericht und prüft, ob weitere Leistungen wie zum Beispiel eine stufenweise Wiedereingliederung erforderlich sind. Darüber hinaus begleitet er die Rückkehr des Mitarbeiters in den Arbeitsprozess (HEUER et al. 2012).

### **3 Schnittstellenmanagement durch interorganisationale Vernetzung?**

#### **3.1 Ziele von Kooperation im Bereich Rehabilitation**

Um die Betroffenen mit und nach einer Erkrankung möglichst schnell wieder ins Arbeitsleben zurückzuführen, ist eine Zusammenarbeit verschiedener Professionen bei der Versorgung notwendig. Der Versorgungsbereich der Rehabilitation lässt sich dabei als vernetztes System betrachten, das vom Funktionieren der Kooperationen der einzelnen Teilbereiche abhängt. Einzelne Leistungsträger und -erbringer sind über Kontaktstellen miteinander verbunden (TOEPLER 2011). Die sektorale Gliederung des deutschen Sozial- und Gesundheitssicherungssystems führt vielfach zu Problemen an deren Schnittstellen und Kontaktpunkten (BALLÜER et al. 2013). Aus den Kooperations- und Koordinationsproblemen, die Folge unterschiedlicher Zuständigkeiten beispielsweise im System der medizinischen Rehabilitation sind, ergeben sich für alle Beteiligten an der Rehabilitationskette (Kostenträger, Rehabilitationskliniken, ambulante Versorgung und Rehabilitanden) Nachteile (DECK et al. 2012). Zu beobachten ist dabei, dass kaum Wissen oder Abstimmung darüber vorherrscht, wie der Patient bzw. Klient in den anderen Sektoren betreut wird. Kooperationen und systematisches Zusammenarbeiten sind dabei eher mühsam und oftmals fehlen Anreize, die zunächst entstehende Mehrarbeit in Kauf zu nehmen. Für die Betroffenen ergeben sich hieraus bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen zahlreiche Herausforderungen. Diese treten insbesondere dann auf, wenn Antragsstellung und Informationsweitergabe zu lange dauern oder

Informationen und Unterstützung gänzlich fehlen. Ganzheitliche gesundheitliche Bedarfe der Rehabilitation sind bislang nicht im Fokus und müssen stärker als bisher in den Mittelpunkt gerückt werden (BRAUN et al. 2011).

### **3.2 Netzwerke im Bereich der Rehabilitation**

In der wissenschaftlichen Diskussion herrscht ein allgemeiner Konsens über Vernetzung als Zielsetzung in der Gesundheitsversorgung allgemein (und in der Rehabilitation im Speziellen) verbunden mit der These 'Kooperationen steigern Effektivität und Effizienz'. Im Bereich der allgemeinen Gesundheitsversorgung hat dies – auch auf Grundlage des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes aus dem Jahr 2004 – zur Gründung zahlreicher Netzwerke in Form integrierter Versorgungskonzepte sowie von Praxisnetzwerken und Medizinischen Versorgungszentren geführt (TOEPLER 2008).

TOEPLER (2011) gibt eine Definition von Vernetzung vor. Er bezieht sich dabei auf das Rehabilitationsmanagement der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. *„In Netzwerken arbeiten Leistungserbringer verschiedener Fachbereiche und Leistungsträger zusammen. Grundlage eines Netzwerkes ist ein gemeinsames und abgestimmtes Handeln, bei dem jeder Netzwerkpartner entsprechend den Vereinbarungen seinen Teil zum Gesamterfolg beiträgt. Ziel ist es, ein abgestimmtes, nahtloses Rehabilitationsverfahren ohne hemmende Schnittstellen sicherzustellen. Dazu sind die Ansprechpartner der Netzwerkpartner bekannt, sie arbeiten ohne „bürokratische Schranken“ eng zusammen. Die Netzwerkpartner sind über die Reha-Planung informiert und die Verantwortlichkeiten für die einzelnen Phasen zwischen den Partnern sind festgelegt“* (vgl. TOEPLER 2011, 141).

Dieser Definition liegen klare Merkmale von Vernetzung zugrunde. Zunächst ist die Auswahl der Netzwerkpartner von besonderer Bedeutung. Neben den fachlichen Anforderungen an die einzelnen Netzwerkpartner stellt sich die Frage nach den für die Zusammenarbeit nötigen Ressourcen und ob diese eingebracht werden können. Die finanziellen und personellen Ressourcen sind insbesondere bei der Gründung eines Netzwerks von hoher Bedeutung. Hierbei spielen zudem auch die Möglichkeiten zu regelmäßigen Netzwerktreffen, Erreichbarkeit von Ansprechpartnern und die Bereitschaft Veränderungen und Optimierungen voranzutreiben eine Rolle (TOEPLER 2011).

Die Komplexität eines Netzwerks im Versorgungsbereich Rehabilitation besteht nicht (nur) aus der Zahl unterschiedlicher Akteure, sondern aus der fehlenden Linearität des Prozesses. Aus diesem Grund sind neben der sorgfältigen Auswahl der Netzwerkpartner auch die gemeinsame Zielfestlegung und der damit verbundene spezifische Nutzen der Netzwerkpartner von besonderer Bedeutung. Eine gemeinsame Vision geht dabei über die Nutzenmaximierung für den einzelnen Netzwerkpartner hinaus – gleichwohl muss der „Nutzen“ des Netzwerks für jeden beteiligten Netzwerksakteur deutlich werden und eine Reziprozität zwischen den Partnern vorherrschen (TOEPLER 2011; BAR 2012). Ein Beispiel für den Nutzen einer Kooperation zwischen Arbeitswelt und Sozialversicherung zeigte sich im Rahmen des WeB-Reha Verfahrens (Werks- und Betriebsärzte in Reha-Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung) (DRV RHEINLAND 2013).

### *3.2.1 Nutzen*

Das WeB-Reha Verfahren hat das Ziel, die Zusammenarbeit zwischen Werksärztlichem Dienst, der Deutschen Rentenversicherung und den Rehabilitationskliniken zu intensivieren, um so Rehabilitationserfolg der Rehabilitanden nachhaltig zu verbessern. Durch diese Kooperation wird ermöglicht, unter Zustimmung des betroffenen Mitarbeiters, das Reha-Verfahren selbst einzuleiten und zu begleiten. Die Rehabilitationsleistungen sollen sich im jeweiligen Umfang konkret auf den Arbeitsplatz des Rehabilitanden beziehen, wodurch ein regelmäßiger Austausch zwischen Reha-Klinik und Werksärztlichem Dienst notwendig und sinnvoll ist. Erste Erfolge konnten bereits im Projekt erzielt werden. So wurde eine Eingliederungsquote von 95 Prozent erreicht (dem gegenüber stehen 77 Prozent über das 'normale' externe Verfahren). Gleichzeitig konnte die Zeitspanne zwischen Rehabilitationsende und vollschichtiger Arbeitsaufnahmen von 52 (extern) auf 17 Kalendertage verkürzt werden. Der Nutzen für die Unternehmen zeigt sich dadurch deutlich: Erhalt der Arbeitsfähigkeit, Vermeidung der Chronifizierung und eine Erhöhung der Reputation der betriebsärztlichen Betreuung (V. MANTEUFFEL 2011). Neben diesem praxisnahen Beispiel ergibt sich auch ein übergeordneter Nutzen aus den Kooperationen zwischen Unternehmen und Sozialversicherungsträger. Der Bestand der Sozialsysteme hängt auch vom Erhalt der Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten ab (IGA 2005). Auf Seiten der Unternehmen ergibt sich der Nutzen einer erfolgreichen Rehabilitation aus der Vermeidung gesundheitsbedingter Arbeitsausfälle (FRIEMELT/RITTER 2012).

### *3.2.2 Mitarbeiteraktivierung und -einbindung*

Im Rahmen der Vernetzung von Sozialversicherungsträgern und Arbeitswelt spielt insbesondere auch die Mitarbeiteraktivierung und -einbindung eine herauszustellende Rolle. Bei einer erfolgreichen Rehabilitation müssen alle Beteiligten mitwirken – insbesondere der Rehabilitand selbst. Ein nachhaltiger Erfolg ist ohne die aktive Mitwirkung des Rehabilitanden nicht vorstellbar (KÖPKE/ SCHLIEHE 2012).

### *3.2.3 Vertrauen*

Vertrauen zwischen den Netzwerkpartnern ist ein weiterer wichtiger Faktor zur Etablierung einer dauerhaften erfolgreichen Kooperationen. Dabei ist auch die stetige Kommunikation zwischen den Beteiligten ein wichtiger Faktor. Voraussetzung dafür ist eine Kommunikation zwischen mehreren Partnern, die durch Vereinbarungen, Verträge oder auch betriebliche Routinen, abgesichert wird. Die Kommunikation muss dabei von Transparenz und Offenheit geprägt sein, so dass sie im Ergebnis zur Befriedigung des Informationsbedarfs des jeweiligen Netzwerkpartners führt (BAR 2012). Prägend ist dabei nicht eine hierarchische Ordnung, sondern eine eher gleichberechtigte partnerschaftliche Beziehung und eine wechselseitige Akzeptanz der Rahmenbedingungen der Netzwerkpartner. Eine vertrauensvolle, regelmäßige und zielorientierte Kommunikation und Zusammenarbeit kann dazu beitragen, dass das Ziel der rehabilitativen Versorgung nicht nur in der Verbesserung von Einzelleistungen liegt, sondern das Ergebnis einer umfassenden rehabilitativen Versorgung erreicht werden kann (TOEPLER 2011).



### 3.2.4 *Koordinierende Stelle*

Ein weiterer kooperationsfördernder Faktor ist die Einrichtung einer koordinierenden Stelle. Diese muss von allen Netzwerkpartnern anerkannt sowie über alle Prozesse und Leistungen im Verlauf der Rehabilitation informiert werden (TOEPLER 2011).

Kooperationen und Netzwerke werden oftmals mit dem Vorhaben gegründet, die rehabilitativen Versorgungsleistungen zu optimieren. Um diese Zielerreichung voranzutreiben und Nachjustierungen zu ermöglichen, müssen das Netzwerk, seine Partner und die Vorgehensweisen innerhalb des Verbunds regelmäßig überprüft und für alle Partner transparent und offen kommuniziert werden. Gleichwohl sind im noch recht neuen Feld der Netzwerkbildung im Bereich Rehabilitation die Erwartungshaltung und der Wunsch nach Erfolgsnachweisen groß (TOEPLER 2011).

### **3.3 Herausforderungen bei der Vernetzung zwischen Arbeitswelt und Sozialversicherung**

Neben der zunehmenden Arbeitsplatzbezogenheit der Rehabilitation und stärkeren Ausrichtung von Reha-Leistungen an die Bedarfe des alten Arbeitsplatzes, ist die verstärkte Vernetzung zwischen Unternehmen und Leistungsträgern noch aus einem anderen Grund von Vorteil. Es existieren bereits eine Vielzahl von gesetzlich geregelten und von den Sozialversicherungsträgern unterstützten Maßnahmen zum Arbeitsschutz, zur Gesundheitsförderung, zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement und somit auch zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bzw. zur erfolgreichen Wiedereingliederung nach einer Rehabilitation. KÖPKE/SCHLIEHE (2012) weisen jedoch kritisch darauf hin, dass diese Maßnahmen in Hinblick auf das Unternehmen noch zu wenig aufeinander bezogen und abgestimmt sind. So ist die Lage aus betrieblicher Sicht oftmals zu unübersichtlich und es existieren zu viele Ansprechpartner. So werden auch von den Akteuren der Rehabilitation Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht mit Maßnahmen der Rehabilitation und Integration in einem Zusammenhang gesehen (KÖPKE/ SCHLIEHE 2012).

Herausforderungen im Rahmen der Kooperation ergeben sich an zahlreichen Stellen: Ein weiteres Problem liegt im Bereich des Datenschutzes. Ein Frühwarnsystem kann nur dann sinnvoll arbeiten, wenn die Daten von mehreren Leistungsträgern stammen und verschiedene Akteure darauf zugreifen können (JOCHHEIM/ HABEKOST 2004).

Als zentraler Ansprechpartner bei der Vernetzung zwischen Arbeitswelt und Sozialversicherungsträgern wird in vielen Fällen der Betriebsärztliche Dienst gesehen (z. B. WeB-Reha, B.Ä.R, Stärke durch Vernetzung). So verfügt dieser über Kenntnisse zu den Bedingungen am Arbeitsplatz und kann Hinweise für die Durchführung arbeitsplatzbezogener Rehabilitationsleistungen geben (FRIEMELT/ RITTER 2012). Auf Grund unterschiedlicher Rahmenbedingungen und Verfügbarkeiten besteht für Arbeitnehmer nicht in allen Unternehmen der gleiche Zugang zu betriebsärztlichen Leistungen. Je nach Betriebsgröße und Branche steht der betriebsärztliche Dienst in einem sehr unterschiedlichen Umfang zur Verfügung. In Großbetrieben mit mehr als 3.000 Mitarbeitern pro Standort steht in der Regel täglich ein

Betriebsarzt zur Verfügung. Bei Kleinst- und Kleinbetrieben können teilweise Einsatzzeiten von nur ein bis zwei Stunden im Jahr festgestellt werden. Der Betriebsarzt ist in solchen Fällen für den Mitarbeiter subjektiv empfunden nicht verfügbar und umfassende, präzise Aussagen über Arbeitsplatzanforderungen können nicht schwer realisiert werden (ZUBROD 2008; HEUER et al. 2012).

Unternehmen – insbesondere kleine und mittelständige – können den Auswirkungen des demografischen Wandels nur bedingt allein gegenüberstehen. Die zahlreichen Möglichkeiten und Maßnahmen der Prävention, des Gesundheitsmanagements und der Rehabilitation müssen jedoch genutzt werden. Hierbei können die teilweise ausgeprägten Unterstützungsangebote der Sozialversicherungsträger genutzt werden. Die Rahmenbedingungen für die Nutzung müssen aber erst noch geschaffen werden. Dabei sind die Akteure von Unternehmen, Sozialversicherung und Wissenschaft gefordert (BAuA 2011).

#### **4 Fazit**

Die demografische Entwicklung mit einem veränderten Erkrankungsspektrum und die Verlängerung der Lebensarbeitszeit stellen bei gleichzeitigem Anspruch auf Kostenneutralität der medizinischen Versorgung und Rehabilitation für Betroffene, Leistungserbringer und -träger eine noch ungelöste Herausforderung dar. Obwohl der Gesetzgeber die Grundlagen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und von Menschen, die von Behinderung bedroht sind, geschaffen hat, müssen die Teilhabebedingungen noch erheblich verbessert werden (REHAFUTUR 2009). Die Komplexität des Versorgungsbereichs Rehabilitation mit den unterschiedlichen Zuständigkeiten und verschiedenen bürokratischen Institutionen hat einige Nachteile. So versucht jeder Leistungsträger in seinem Zuständigkeitsbereich die Rehabilitation nach seiner Logik und seiner Perspektive zu verbessern. Jedoch wird so der gesamte Prozess der Rehabilitation mit einer konsequenten Rehabilitandenorientierung und einem deutlichen Bezug zur Arbeitswelt nicht nachhaltig und konsequent positiv beeinflusst (SCHOTT 2011).

Die Bildung von Netzwerken wird als Weg zu einem partizipativen Rehabilitationsgesamtprozess gesehen. Durch die verbesserte Zusammenarbeit aller Beteiligten soll es ermöglicht werden, frühzeitig potenzielle Gefährdungen der Erwerbsfähigkeit zu erkennen und die berufliche Integration gesundheitlich beeinträchtigter Beschäftigter zu sichern. Gleichzeitig soll dadurch die Wirksamkeit von Rehabilitationsleistungen zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit gesteigert und optimiert werden (FRIEMELT/ RITTER 2012).

Ziel ist es die Kommunikation und Kooperation durch den Informationsaustausch zwischen betrieblichen Akteuren und Vertretern der Sozialversicherungsträger zu verbessern, um eine möglichst frühzeitige Bedarfserkennung und Einleitung von Teilhabeleistungen sicherzustellen. In den letzten Jahren entwickelten sich dazu zahlreiche Verbundprojekte und Kooperationen zwischen Sozialversicherungsträgern und Unternehmen. So ermöglichten diese, dass Arbeitsmediziner Reha-Verfahren einleiten können und eine strukturierte Verständigung im Reha-Verfahren stattfindet (z.B. WeB-Reha in NRW; Stärke durch Vernetzung in Rheinland-

Pfalz) (V. MANTEUFFEL 2011). Die Politik sieht in der Stärkung der Betriebe und insbesondere des Betriebsärztlichen Dienstes ebenfalls einen Ansatzpunkt, um die Versorgung gesundheitlich gefährdeter oder beeinträchtigter Menschen zu verbessern. So hat die Bundesregierung am 24.04.2013 beschlossen, dass die arbeitsmedizinische Vorsorge weiter gestärkt wird. Im Vordergrund steht dabei die individuelle Aufklärung und Beratung der Arbeitnehmer auch zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit (BMAS 2013). Jedoch bleiben auch hier die Fragen nach der Betreuung von kleineren und mittleren Betrieben, die über keinen eigenen Betriebsärztlichen Dienst verfügen, ungeklärt. Ein wirklicher Durchbruch ist durch die bestehenden Verfahren noch nicht erzielt worden. Die bislang erreichten Fallzahlen blieben hinter den Erwartungen zurück. Außerdem beschränken sich die bislang durchgeführten Maßnahmen vor allem auf Großbetriebe. Die Mehrzahl der Betriebe, insbesondere im Bereich der kleineren und mittleren Unternehmen, konnten bislang nicht profitieren (HEUER et al. 2012).

Kooperationen und systematische Zusammenarbeiten sind dabei oftmals mühsam und es fehlen Anreize die zunächst entstehende Mehrarbeit in Kauf zu nehmen. Ein Beispiel für die Förderung von Netzwerkbildung im Bereich der Gesundheitsversorgung ist die Integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V. Diese bietet den verschiedenen Leistungserbringern und Kostenträgern die Möglichkeit zur Bildung von (Versorgungs-)Netzwerken und Kooperationen im Gesundheitswesen. Dies wurde im Zeitraum von 2004 bis 2008 über eine Anschubfinanzierung finanziell unterstützt. Jedoch sind bis heute die Nutzung und auch die Wirkung dieser Netzwerke in Deutschland kaum evaluiert oder belegt (SVR 2009).

Bislang steht – trotz theoretisch plausibler Argumentation für Netzwerke – die Antwort nach einem Beleg im Sinne wissenschaftlicher Evidenz für die Vorteile von Netzwerken in der (beruflichen) Rehabilitation noch aus. Wissenschaftliche Fundierung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Vernetzung im Bereich rehabilitative Versorgung ist daher dringend erforderlich. Im Rahmen des Forschungsprojektes „Gesund und qualifiziert älter werden in der Automobilindustrie – Partizipation und Inklusion von Anfang an“ (PINA) werden Nutzen, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit von Vernetzung Sozialversicherung und Arbeitswelt im Bereich rehabilitative Versorgung analysiert und die wissenschaftliche Evidenz der Vorteile von Netzwerken empirisch belegt werden.

## **Literatur**

BALLÜER, K./ ROHLAND, D./ SEGER, W./ EGEN, C./ TECKLENBURG, A./ GUTENBRUNNER, C. (2013): Ein Weg aus dem Dickicht des Formularschungels bei der Einleitung von Anschlussrehabilitation bzw. Anschlussheilverfahren. In: Gesundheitswesen. Onlinepublikation. Online: <https://www.thieme-connect.de/ejournals/html/10.1055/s-0033-1337995> (25-04-2013).

BAR – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (2012): Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation. In: Tagungsbericht zum BAR-Workshop am 14./15.02.2012 in Kassel. Online: <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/startseite/BARDokuKass.web.pdf> (12-04-2013).

BAuA – BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN (2011): Schwerpunkt: Demografischer Wandel. In: BAuA: Aktuell - Ausgabe 2/2011. Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

BAuA – BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN (2012): Bitte nicht stören! Tipps zum Umgang mit Arbeitsunterbrechungen und Multitasking. Online: [http://www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren/A78.pdf;jsessionid=73A57ED9FFA9B723C89A2E2D825AD5FA.1\\_cid389?\\_blob=publicationFile&v=12](http://www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren/A78.pdf;jsessionid=73A57ED9FFA9B723C89A2E2D825AD5FA.1_cid389?_blob=publicationFile&v=12) (23-04-13)

BKK (2012): BKK Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben. Essen. Online: [http://www.bkk.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/Arbeitgeber/gesundheitsreport/Gesundheitsreport\\_2012/Gesundheitsreport\\_2012.pdf](http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Arbeitgeber/gesundheitsreport/Gesundheitsreport_2012/Gesundheitsreport_2012.pdf) (04-12-2012).

BMAS – BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (2010): Aufbruch in die Altersgerechte Arbeitswelt. Online: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/anlage-bericht-der-bundesregierung-anhebung-regelaltersgrenze.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/anlage-bericht-der-bundesregierung-anhebung-regelaltersgrenze.pdf?__blob=publicationFile) (25-04-13).

BMAS – BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (2012): Fortschrittsreport „Altersgerechte Arbeitswelt“ Ausgabe 1: Entwicklung des Arbeitsmarkts für Ältere Online: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/fortschrittsreport-februar-2012.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/fortschrittsreport-februar-2012.pdf?__blob=publicationFile) (24-03-2013).

BMAS – BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (2013): Arbeitsmedizinische Versorgung wird gestärkt. Berlin. Online: <http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsschutz/Meldungen/verordnung-arbeitsmedizinische-vorsorge.html> (25-04-2013).

BRAUN, B./ MARSTEDT, G./ SIEVERS, C. (2011): Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem. Gütersloh. Online: [http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbc/SID-98405764-FAC037D7/bst/xcms\\_bst\\_dms\\_35253\\_35254\\_2.pdf](http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbc/SID-98405764-FAC037D7/bst/xcms_bst_dms_35253_35254_2.pdf) (12-11-2012).

BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES (2012): Demografiestrategie der Bundesregierung. Online: [http://www.demografiestrategie.de/DGS/DE/Home/Startseite\\_node.html](http://www.demografiestrategie.de/DGS/DE/Home/Startseite_node.html) (30-12-2012).

DECK, R. (2003): Welche Reha-Informationen erhalten Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen und welchen Einfluss haben diese auf die rehabilitationsbezogenen Erwartungen bzw. die Rehabilitationsergebnisse? In: DRV-Schriften, 40, H. 34, 359-361.

DECK, R./ POHONTSCH, N./ SCHÄRER; M./ TRÄDER, J.-M. (2012): Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanten Versorgung Projekt-Nr. 146. Abschlussbericht. Institut für Sozialmedizin: Lübeck. Online [http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/6D78FA1959B0359CC1257914003A91D8/\\$FILE/Projekt\\_Nr+146\\_vffr\\_Abschlussbericht.pdf](http://www.reha-vffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/6D78FA1959B0359CC1257914003A91D8/$FILE/Projekt_Nr+146_vffr_Abschlussbericht.pdf) (22-04-2013).

DECK, R./ TRÄDER, J.-M./ RASPE, H. (2009): Identifikation von potenziellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit. In: Rehabilitation. 48, H. 2, 73-83.

DRV – DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG (Hrsg.) (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation Bereich Reha-Wissenschaften. Deutsche Rentenversicherung. Berlin. Online: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207024/publicationFile/50641/mbor\\_datei.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207024/publicationFile/50641/mbor_datei.pdf) (22-04-2013).

DRV RHEINLAND – DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG RHEINLAND (2013): Web-Reha: Erfolgreiche Kooperation. Online: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Rheinland/de/Navigation/2\\_Rente\\_Reha/02\\_Reha/05\\_fachinformationen/03\\_reha\\_projekte/01\\_web\\_reha\\_node.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Rheinland/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Reha/05_fachinformationen/03_reha_projekte/01_web_reha_node.html) (22-04-2013).

IGA – INITIATIVE GESUNDHEIT UND ARBEIT (2005): i-Punkt 10: Die Bedeutung des demografischen Wandels für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention. HVBG, BKK Bundesverband.

JOCHHEIM, K.-A./ HABEKOST, D. (2004). Zeittägige Fachtagung „Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung (PRVE)“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und des Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation vom 12.-13.2.2004 in Bonn. In: Rehabilitation, 43. H. 2, 120-121.

FIEMELT, G./ RITTER, J. (2012): Welche Hilfen benötigen Betriebe und Unternehmen beim Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter – Was kann die Rentenversicherung tun? In: Rehabilitation, 51, H. 1, 24-30.

GUTENBRUNNEN, C./ SCHWARZE, M. (2011): JobReha – bedarfsgerechte arbeitsplatzbezogene Rehabilitation: systematische Modellentwicklung. In: Phys Med Rehab Kuror, 21, 234-241.

HESSE, B./ HEUER, J./ GEBAUER, E. (2008): Rehabilitation aus Sicht kleiner und mittlerer Unternehmen: Wissen, Wertschätzung, Kooperationsmöglichkeiten - Ergebnisse aus der KoRB-Studie. In: Rehabilitation, 47, H. 6, 324-333.

HEUER, J./ KEDZIA, S./ HORSCHKE, A. (2012): Reha muss passen. Arbeitsplatzorientierte Optimierung der Kooperation zwischen Rehabilitationskliniken und kleineren und mittleren Betrieben (KoRB2). In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV Schriften Band 98, 191-193.

KÖPKE, K.-H./ SCHLIEHE, F. (2012). Rehabilitation und Betrieb. In: Rehabilitation, 51, H. 1, 1.

MANZ, R. (2005). Entstehungsbedingungen psychischer Belastungen. In: BUNDESVERBAND DER UNFALLKASSEN (Hrsg.): Psychische Belastungen am Arbeits- und Ausbildungsplatz – ein Handbuch: Phänomene, Ursachen, Prävention. 17-42.

MAU, W. (2010): Vernetzung als Forschungsgegenstand und Qualitätsmerkmal der Rehabilitation. *Rehabilitation*, 49, 368-375.

MEYER, T./ POHONTSCH, N./ RASPE, H. (2009): Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt. In: *Rehabilitation*, 48, H. 3, 128-134.

NAWRATH, C. (2005): Psychische Belastungen und Beanspruchungen. In: BUNDESVERBAND DER UNFALLKASSEN (Hrsg.): *Psychische Belastungen am Arbeits- und Ausbildungsplatz – ein Handbuch: Phänomene, Ursachen, Prävention*, 11-17.

NIEHAUS, M./ MARFELS, B./ VATER, G./ MAGIN, J./ WERKSTÄTTER, E. (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement – Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. *Forschungsbericht 374 Sozialforschung*. Berlin.

PETERS, E./ PRITZKULEIT, R./ BESKE, F./ KATALINIC, A. (2010): Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten. Eine Projektion bis 2050. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 417-426.

POHONTSCH, N./ RASPE, H./ WELTI, F./ MEYER, T. (2011): Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts des SGB IX, §9 für die medizinische Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden. In: *Rehabilitation*, 50, H. 4, 244-250.

RAMM, D./ MAHNKE, C./ TAUSCHER, A./WELTI, F./ SEIDER, H./ SHAFAEI, R. (2012): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben. Rechtliche Anforderungen und Voraussetzungen einer erfolgreichen Umsetzung. In: *Rehabilitation*, 51, H. 1, 10-17.

REHAFUTUR (2009): Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. Online: [http://www.rehafutur.de/fileadmin/DOWNLOADS/Publikationen/090500\\_StN\\_WFG\\_rehafutur.pdf](http://www.rehafutur.de/fileadmin/DOWNLOADS/Publikationen/090500_StN_WFG_rehafutur.pdf) (29-11-2012).

REHAFUTUR (2012): Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Basis der Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur unter Beteiligung der Akteure. *Forschungsbericht*. Online: [http://www.rehafutur.de/fileadmin/DOWNLOADS/Publikationen/RehaFutur\\_EP\\_Abschlussbericht.pdf](http://www.rehafutur.de/fileadmin/DOWNLOADS/Publikationen/RehaFutur_EP_Abschlussbericht.pdf) (27-12-2012).

REUSCH, J./ LENHARDT, U. (2012): Die Arbeitswelt heute: Daten, Schwerpunkte, Trends. In: SCHRÖDER, L.; URBAN, H.-J. (Hrsg.): *Gute Arbeit: Zeitbombe Arbeitsstress – Befunde, Strategien, Regelungsbedarf*. Frankfurt am Main, 404-489.

SCHOTT, T. (2011): Rehabilitation – was ist und was nötig ist. In: *Public Health Forum*, 19, H. 4., 2.e1-2.e4.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2009): *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Berlin. Online: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Vorausberechnung/Bevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Vorausberechnung/Bevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile) (20-09-2012).

SVR – SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Baden-Baden.

TOEPLER, E. (2008): Qualitätsnetzwerke in der Rehabilitation. In: Prävention und Rehabilitation, 20, H. 4, 160-167.

TOEPLER, E. (2012): Erfolgsfaktoren für die Zusammenarbeit in einem Netzwerk. In: Trauma und Berufskrankheit, 14, H. 2, 140-143.

TRÄDER, J.-M. (2007): Rehabedarf aus Hausarztsicht. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 78, H. 20, 184-186.

VATER, G. (2011). Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements: Praxisprobleme und Empfehlungen. In: Public Health Forum, 19, 72, 24-25.

VON MANTEUFFEL, L. (2011). Medizinische Rehabilitation. Mit Vernetzung zum Erfolg. In: Deutsches Ärzteblatt, 108, H. 17, A 936-938.

WHO – WORLD HEALTH ORGANISATION (2006). Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Ministerielle WHO-Konferenz. Online: <http://www.euro.who.int/document/E87301G.pdf?language=German> (29-11-2012)

ZUBROD, P. (2008). Die Arbeitssituation klären. Den Betriebsarzt einbinden, betrieblich eingliedern. Psychoneuro, 34, H. 9, 429-431.

## Zitieren dieses Beitrags

---

HODEK, L./ NIEHAUS, M. (2013): "Vernetzung von Arbeitswelt und Sozialversicherung: Zukunft der Arbeit für ältere gesundheitlich eingeschränkte und behinderte Arbeitnehmer". In: *bwp@ Spezial 6 – Hochschultage Berufliche Bildung 2013, Fachtagung 05*, hr sg. v. STEIN, R./ NIEHAUS, M./ STACH, M., 1-16.  
Online: [http://www.bwpat.de/ht2013/ft05/hodek\\_niehaus\\_ft05-ht2013.pdf](http://www.bwpat.de/ht2013/ft05/hodek_niehaus_ft05-ht2013.pdf)

## Die Autorinnen

---



### **LENE HODEK, M. Sc.**

Lehrstuhl für Arbeit und berufliche Rehabilitation  
Universität zu Köln

Herbert-Lewin-Str. 2, 50931 Köln

E-mail: [lene.hodek@uni-koeln.de](mailto:lene.hodek@uni-koeln.de)

Homepage: <http://www.hf.uni-koeln.de/30069>



**Prof. Dr. Dr. MATHILDE NIEHAUS**

Lehrstuhl für Arbeit und berufliche Rehabilitation  
Universität zu Köln

Herbert-Lewin-Str. 2 , 50931 Köln

E-mail: [mathilde.niehaus@uni-koeln.de](mailto:mathilde.niehaus@uni-koeln.de)

Homepage: <http://www.hf.uni-koeln.de/30069>