

Exklusionsrisiken bei langer Arbeitsunfähigkeit:
„Das ist nicht vorgesehen im System, dass man so viel krank ist.“

Dr. Betje Schwarz

Die Autorin erklärt, dass keine Interessenskonflikte bestehen.



INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG
IN PRÄVENTION & REHABILITATION GMBH
AN DER DEUTSCHEN SPORTHOCHECHULE KÖLN

Hintergrund

- **DRV-gefördertes Forschungsprojekt „EXPLORE-RI-EMR“**
 - **Ziel:** Exploration von Problem- und Bedarfslagen von Versicherten mit hohem Erwerbsminderungsrisiko, um proaktive Ansprachen und Unterstützungsangebote der DRV passgenauer ausgestalten zu können
 - **Vorgehen:**
 - Anschreiben von 4.000 Versicherten mit hohem Risikoindex „RI-EMR ≥ 60 “* + ohne Reha in letzten 4J.
→ *auf Basis von Routinedaten der DRV gebildet; zieht u.a. Einkommen und Beiträge sowie Zeiten mit Kranken- und Arbeitslosengeldbezug aus 3 Jahren heran; bei Indexwerten ≥ 60 besteht ein 17-fach erhöhtes Risiko für den Zugang in eine Erwerbsminderungsrente (EMR) im folgenden 5-Jahreszeitraum (vgl. Bethge et al. 2021)
 - Durchführung und Analyse problemzentrierter Interviews mit 50 (49**) Versicherten:
Beschreibung „typischer“ Problem-/Bedarfslagen sowie *Exklusionsrisiken und -faktoren*
(→ ausgewählt auf Basis eines mit den Anschreiben versendeten Fragebogens; **1 falsch-positiver Fall)
 - Operationalisierung und Bezifferung der Falltypen mittels DRV Routinedaten
(→ Bestimmung von Anteilen in der Grundgesamtheit via regelgeleitetem, konfirmatorischem Clustering)

Hintergrund

- **DRV-gefördertes Forschungsprojekt „EXPLORE-RI-EMR“**
 - **Ziel:** Exploration von Problem- und Bedarfslagen von Versicherten mit hohem Erwerbsminderungsrisiko, um proaktive Ansprachen und Unterstützungsangebote der DRV passgenauer ausgestalten zu können
 - **Vorgehen:**
 - **Anschreiben von 4.000 Versicherten mit hohem Risikoindex „RI-EMR ≥ 60 “* + ohne Reha in letzten 4J.**
→ *auf Basis von Routinedaten der DRV gebildet; zieht u.a. Einkommen und Beiträge sowie Zeiten mit Kranken- und Arbeitslosengeldbezug aus 3 Jahren heran; bei Indexwerten ≥ 60 besteht ein 17-fach erhöhtes Risiko für den Zugang in eine Erwerbsminderungsrente (EMR) im folgenden 5-Jahreszeitraum (vgl. Bethge et al. 2021)
 - Durchführung und Analyse problemzentrierter Interviews mit 50 (49**) Versicherten:
Beschreibung „typischer“ Problem-/Bedarfslagen sowie *Exklusionsrisiken und -faktoren*
(→ ausgewählt auf Basis eines mit den Anschreiben versendeten Fragebogens; **1 falsch-positiver Fall)
 - Operationalisierung und Bezifferung der Falltypen mittels DRV Routinedaten
(→ Bestimmung von Anteilen in der Grundgesamtheit via regelgeleitetem, konfirmatorischem Clustering)

Hintergrund

- **DRV-gefördertes Forschungsprojekt „EXPLORE-RI-EMR“**

- **Ziel:** Exploration von Problem- und Bedarfslagen von Versicherten mit hohem Erwerbsminderungsrisiko, um proaktive Ansprachen und Unterstützungsangebote der DRV passgenauer ausgestalten zu können
- **Vorgehen:**
 - Anschreiben von 4.000 Versicherten mit hohem Risikoindex „RI-EMR ≥ 60 “* + ohne Reha in letzten 4J.
→ *auf Basis von Routinedaten der DRV gebildet; zieht u.a. Einkommen und Beiträge sowie Zeiten mit Kranken- und Arbeitslosengeldbezug aus 3 Jahren heran; bei Indexwerten ≥ 60 besteht ein 17-fach erhöhtes Risiko für den Zugang in eine Erwerbsminderungsrente (EMR) im folgenden 5-Jahreszeitraum (vgl. Bethge et al. 2021)
 - **Durchführung und Analyse problemzentrierter Interviews mit 50 (49**) Versicherten:**
Beschreibung „typischer“ Problem-/Bedarfslagen sowie Exklusionsrisiken und -faktoren
(→ ausgewählt auf Basis eines mit den Anschreiben versendeten Fragebogens; **1 falsch-positiver Fall)
 - Operationalisierung und Bezifferung der Falltypen mittels DRV Routinedaten
(→ Bestimmung von Anteilen in der Grundgesamtheit via regelgeleitetem, konfirmatorischem Clustering)

Hintergrund

▪ DRV-gefördertes Forschungsprojekt „EXPLORE-RI-EMR“

- **Ziel:** Exploration von Problem- und Bedarfslagen von Versicherten mit hohem Erwerbsminderungsrisiko, um proaktive Ansprachen und Unterstützungsangebote der DRV passgenauer ausgestalten zu können
- **Vorgehen:**
 - Anschreiben von 4.000 Versicherten mit hohem Risikoindex „RI-EMR ≥ 60 “* + ohne Reha in letzten 4J.
→ *auf Basis von Routinedaten der DRV gebildet; zieht u.a. Einkommen und Beiträge sowie Zeiten mit Kranken- und Arbeitslosengeldbezug aus 3 Jahren heran; bei Indexwerten ≥ 60 besteht ein 17-fach erhöhtes Risiko für den Zugang in eine Erwerbsminderungsrente (EMR) im folgenden 5-Jahreszeitraum (vgl. Bethge et al. 2021)
 - Durchführung und Analyse problemzentrierter Interviews mit 50 (49**) Versicherten: Beschreibung „typischer“ Problem-/Bedarfslagen sowie *Exklusionsrisiken und -faktoren*
(→ ausgewählt auf Basis eines mit den Anschreiben versendeten Fragebogens; **1 falsch-positiver Fall)
 - **Operationalisierung und Bezifferung der Falltypen mittels DRV Routinedaten**
(→ Bestimmung von Anteilen in der Grundgesamtheit via regelgeleitetem, konfirmatorischem Clustering)

Ergebnisse

Identifikation „typischer“
Problem- und Bedarfslagen



6 Falltypen,
Empfehlungen für die DRV

Schwarz et al. *under review*



Praxishilfe:

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17880732>

Identifikation von Exklusionsrisiken, -verläufen und -einflussfaktoren



Schwarz & Nebe *under review*

Sechs identifizierte Falltypen

Typ 0: Long-term unemployed	Typ 1: Back to normality – zurück an die Arbeit	Typ 2: Stay at work – eine stete Herausforderung		Typ 3: Exit from work – nichts geht mehr	Typ 4: Excluded from work – keine Chancen am Arbeitsmarkt	Typ 5: Keep on working – Durchhalten bis zur Altersrente
Langzeitarbeitslose Fälle mit und ohne gesundheitl. Probleme	Fälle mit AU-Episode und ansonsten durchgängigen Erwerbsbiographien	Fälle mit wiederkehrenden AU- (und Alo) Phasen Bewältigungskapazitäten Verständnis/Unterstützung AG		Aus dem Krankengeld (und anschließend in Alo) fallende Fälle	Fälle mit schon immer brüchigen Erwerbsbiographien	Ältere Versicherte, die nach langjähriger Erwerbsbiographie in AU oder Alo (zu) fallen (drohen)
EMR ggf. Thema	EMR kein Thema	EMR noch kein Thema	EMR rückt gedanklich näher	EMR unausweichlich (ggf. bereits beantragt)	EMR ist i.d.R. (noch) kein Thema	EMR kein Thema
ggf. MR/LTA – insofern vers.-rechtl. Voraus.; i.d.R.: BA/JC gefragt	AHB/MR ggf. + STW	„Regelmäßige“ MR, ggf. mit intensiviertem Ü-Management	Vor- und nachgelagertes Fallmanagement	Ausstiegs-/Übergangsbegleitung in die EMR	Beratung bzgl. LTA; bei Bedarf: Antragsunterstützung; ggf. Einleitung Gesamt-/Teilhabeplanverfahren	Ausstiegs-/Übergangsplanung bzw. -begleitung in (vorzeitige) Altersrente; ggf. MR/LTA; bei Alo zudem BA/JC gefragt
38,5%*	7,7%*	22,4%*		0,4%*	9,3%*	10,3%*

*Anteile in der Grundgesamtheit aller DRV Versicherten mit RI-EMR ≥ 60 + ohne Reha in letzten 4J.;
11,4% nicht zuordenbar – davon 10,3% zuletzt mind. 1 Tag im KG-Bezug (→ weiterer Verlauf und damit Falltypus unklar)

Sechs identifizierte Falltypen

Typ 0: Long-term unemployed	Typ 1: Back to normality – zurück an die Arbeit	Typ 2: Stay at work – eine stete Herausforderung		Typ 3: Exit from work – nichts geht mehr	Typ 4: Excluded from work – keine Chancen am Arbeitsmarkt	Typ 5: Keep on working – Durchhalten bis zur Altersrente
Langzeitarbeitslose Fälle mit und ohne gesundheitl. Probleme	Fälle mit AU-Episode und ansonsten durchgängigen Erwerbsbiographien	Fälle mit wiederkehrenden AU- (und Alo) Phasen Bewältigungskapazitäten Verständnis/Unterstützung AG		Aus dem Krankengeld (und anschließend in Alo) fallende Fälle	Fälle mit schon immer brüchigen Erwerbsbiographien	Ältere Versicherte, die nach langjähriger Erwerbsbiographie in AU oder Alo (zu) fallen (drohen)
EMR ggf. Thema	EMR kein Thema	EMR noch kein Thema	EMR rückt gedanklich näher	EMR unausweichlich (ggf. bereits beantragt)	EMR ist i.d.R. (noch) kein Thema	EMR kein Thema
ggf. MR/LTA – insofern vers.-rechtl. Voraus.; i.d.R.: BA/JC gefragt	AHB/... ggf. +	U-Management	Vor- und nachgelagertes Fallmanagement	Ausstiegs-/Übergangsbegleitung in die EMR	Beratung bzgl. LTA; bei Bedarf Antragsunterstützung; ggf. Einleitung von Teilhabemaßnahmen	Übergangsbegleitung (vorzeitige) Altersrente; ggf. MR/LTA; bei Alo zudem BA/JC gefragt
38,5%*	7,7%*	22,4%*		0,4%*	9,3%*	10,3%*

*Anteile in der Grundgesamtheit aller DRV Versicherten mit RI-EMR ≥ 60 + ohne Reha in letzten 4J.;

11,4% nicht zuordenbar – davon 10,3% zuletzt mind. 1 Tag im KG-Bezug (→ weiterer Verlauf und damit Falltypus unklar) – potenziell ebenfalls mit Reha-Bedarf/Potenzial

Sechs identifizierte Falltypen



Typ 0: Long-term unemployed	Typ 1: Back to normality – zurück an die Arbeit	Typ 2: Stay at work – eine stete Herausforderung		Typ 3: Exit from work – nichts geht mehr	Typ 4: Excluded from work – keine Chancen am Arbeitsmarkt	Typ 5: Keep on working – Durchhalten bis zur Altersrente
Langzeitarbeitslose Fälle mit und ohne gesundheitl. Probleme	Fälle mit AU-Episode und ansonsten durchgängigen Erwerbsbiographien	Fälle mit wiederkehrenden AU- (und Alo) Phasen		Aus dem Krankengeld (und anschließend in Alo) fallende Fälle	Fälle mit schon immer brüchigen Erwerbsbiographien	Ältere Versicherte, die nach langjähriger Erwerbsbiographie in AU oder Alo (zu) fallen (drohen)
EMR ggf. Thema	EMR kein Thema	EMR noch kein Thema	EMR rückt gedanklich näher	EMR unausweichlich (ggf. bereits beantragt)	EMR ist i.d.R. (noch) kein Thema	EMR kein Thema
ggf. MR/LTA – insofern vers.-rechtl. Voraus.; i.d.R.: BA/JC gefragt	AHB/MR ggf. + STW	„Regelmäßige“ MR, ggf. mit intensiviertem Ü-Management	Vor- und nachgelagertes Fallmanagement	Ausstiegs-/Übergangsbegleitung in die EMR	Beratung bzgl. LTA; bei Bedarf: Antragsunterstützung; ggf. Einleitung Gesamt-/Teilhabepflichtverfahren	Ausstiegs-/Übergangsplanung bzw. -begleitung in (vorzeitige) Altersrente; ggf. MR/LTA; bei Alo zudem BA/JC gefragt
38,5%	7,7%	22,4%		0,4%	9,3%	10,3%

Nicht nur DRV, auch Arbeitgebende / betriebliche Akteur:innen gefragt:

STW, (leistungs- und altersgerechte) Anpassungen, Umsetzungen, Flexibilität, Verständnis...

→ *Neueinstellung, Stay at Work & Return to Work von Beschäftigten mit bedingter Gesundheit*

Ergebnisse



Schwarz et al. *under review*



Praxishilfe:

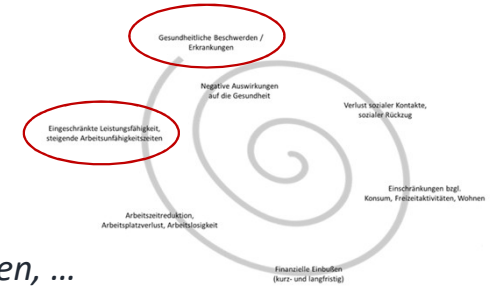
<https://doi.org/10.5281/zenodo.17880732>



Schwarz & Nebe *under review*

Eingeschränkte Leistungsfähigkeit, steigende Arbeitsunfähigkeitszeiten

- gesundheitliche Beschwerden werden häufig erst einmal ignoriert
→ *Arbeitsethos, Risiko / Sorge um negative berufliche Auswirkungen und/oder finanzieller Einbußen, ...*
- weitere Zeit vergeht, bis Termine bei Fachärzt:innen und/oder Therapeut:innen gefunden sind, Diagnosen gestellt und Behandlungen/Therapien begonnen werden können
→ *trifft insb. Menschen, die: in Regionen mit verschärfter Unterversorgungssituation leben, nicht in der Lage sind, ihre Versorgung eigenständig zu organisieren, sich ein Ausweichen auf privat finanzierte Behandlungen nicht leisten können, und weder soziale Unterstützung im Nahfeld noch Kontakte ins Versorgungssystem haben*
- Folgen: Chronifizierung/Verschlimmerung + psych. Belastungen, wiederkehrende/verlängerte AU-Episoden



„Ich mache meinen Job gerne. Und bin nicht der Typ, der sagt: "Dann lässt du dich heute krankschreiben und morgen". Weil ich mich meinem Arbeitgeber gegenüber auch verpflichtet fühle. Und irgend wovon muss man ja auch leben.“

„Jetzt bin ich krankgeschrieben. Versuchen Sie mal, einen Termin beim Psychologen zu kriegen, vergessen Sie es. Es ist wirklich schwierig, jemanden zu finden, egal ob Physiotherapie, Psychotherapie oder sonstiges.“

„Wenn man ewig zu Hause ist, sich Sorgen macht, kommen halt auch irgendwann so depressive Verstimmungen.“

Risiken von Arbeitsplatzverlust und (anhaltender) Arbeitslosigkeit

- wiederholte / längere Arbeitsunfähigkeitszeiten und verminderte Leistungsfähigkeit können erhöhtes Risiko für Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit mit sich bringen, v.a. wenn:
 - *aktuelle oder potentielle Arbeitgeber*innen kein Verständnis für Mitarbeitende mit bedingter Gesundheit, Ausfallzeiten und eingeschränkter Leistungsfähigkeit haben,*
 - *Konflikte am Arbeitsplatz bestehen,*
 - *keine Arbeits(platz)anpassungen/Umsetzungen etc. vorgenommen werden (können),*
 - *wenig Flexibilität bezüglich Arbeitsort und -zeiten besteht,*
 - *betroffene Mitarbeitende als „austauschbar“ wahrgenommen werden,*
 - *es weder eine Kultur oder Strukturen und Prozesse der betrieblichen Wiedereingliederung noch eine starke Interessensvertretung für (behinderte) Beschäftigte gibt,*
 - *Betroffene sich noch in der Probezeit befinden bzw. befristet eingestellt wurden,*
 - *sie über keinen Schwerbehindertenstatus und entsprechenden Kündigungsschutz verfügen,*

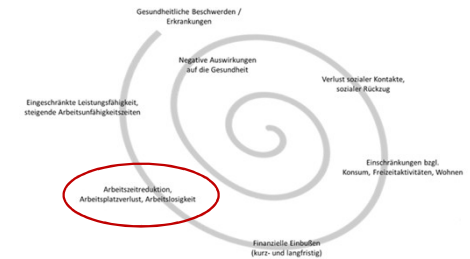


„Wenn man bei uns zur Arbeit kommt [...] steht an der großen Tafel dran, wer wo eingeteilt ist. Obwohl der Arbeitgeber wusste, ich durfte nicht da und da eingesetzt werden, haben sie es gemacht. Also da kriegte man schon Schweißausbrüche. Da ging es mir richtig schlecht.“



Risiken von Arbeitsplatzverlust und (anhaltender) Arbeitslosigkeit

- die Motivation der Betroffenen, an den Arbeitsplatz / ins Erwerbsleben zurückzukehren (aktuell – ggf. erkrankungsbedingt) gering ist,
- Kompetenzen und Qualifikationen für eine berufliche Neuausrichtung nicht ausreichen bzw. in schlechter bezahlte Branchen / Positionen drängen,
- ein fortgeschrittenes Alter gegen eine berufliche Neuorientierung spricht,
- entsprechende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wegen des Alters ggf. nicht mehr bewilligt werden,
- und/oder Arbeitgeber*innen sich lieber für jüngere (und gesündere) Mitbewerber*innen entscheiden.



„Ich will ja arbeiten. Aber es geht einfach nicht. [...] und bewirb dich mal irgendwo, und du kommst da mit einem Rollator und Sauerstoffgerät an.“



„[Arbeitgeber] haben das Gefühl: "Der ist gegebenenfalls lange krank, den können wir nicht halten. Der bringt uns keine wirtschaftlichen Pluspunkte." Deswegen habe ich das Gefühl, ich werde aussortiert.“



„Die letzte Bewerbung hatte ich bei einer Firma, da saß ich mit einem 33-Jährigen zusammen. Da war mir schon klar, da hast du überhaupt keine Chance. Der ist jünger, fitter und wird auch billiger sein, ne?“



Finanzielle Einbußen

- durch Krankengeldbezug, Jobverlust und/oder Arbeitszeitreduktionen, die wg. eingeschränkter Leistungsfähigkeit nötig werden, gerade bei familiären (Care-)Verpflichtungen und vor Hintergrund des häufig sehr aufwendigen Krankheitsmanagements
- sind die Betroffenen älter, ziehen sie ggf. auch einen frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben in Erwägung
- Folge: finanzielle Einbußen, v.a. wenn:
 - Betroffene allein(stehend/erziehend) sind und kein weiteres Haushaltseinkommen zur Verfügung steht,
 - das im ausgeübten Job erzielte „Grund“-Einkommen bereits niedrig ist,
 - in der Vergangenheit keine Rücklagen gebildet werden konnten und/oder
 - die Erwerbsbiographie schon früh durch Erkrankungen, fehlende Bildungsabschlüsse, prekäre Beschäftigung, Care-Verpflichtungen etc. durchbrochen wurde.



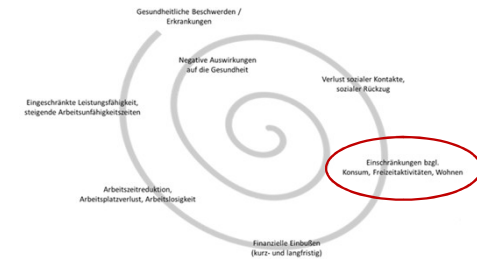
„Ich finde es auch sehr schwierig zwischen man ist krank, man braucht Hilfe, man muss aber auch irgendwie Geld verdienen. Und man will auch Geld verdienen.“

„Durch diese ganzen Krankschreibungen kann man nicht viel auf die hohe Kante legen.“; „Je länger und öfter man krank wird, umso geringer wird ja auch das Krankengeld, weil das rechnet sich aus dem Verdienst der letzten Jahre.“



Einschränkungen in Konsum, Freizeit, Wohnen

- finanzielle Einbußen können zu Einschränkungen in weiteren (Lebens-)Bereichen führen – angefangen beim täglichen Konsum, über dringende Anschaffungen oder Reparaturen, Freizeitgestaltung und Haustierhaltung bis hin zum Wohnen
- dies kann die Lebensqualität in Summe massiv beeinträchtigen und trifft insbesondere Menschen
 - die aufgrund ihrer Erkrankungen auf eine gesunde Ernährung achten müssten,
 - aufgrund von Mobilitätseinschränkungen auf ein Auto und/oder eine barrierefreie Wohnung angewiesen sind,
 - die alleinstehend sind und für die die alte Nachbarschaft und/oder ein Haustier eine wichtige soziale Ressource bzw. zentrale emotionale Stütze darstellt.

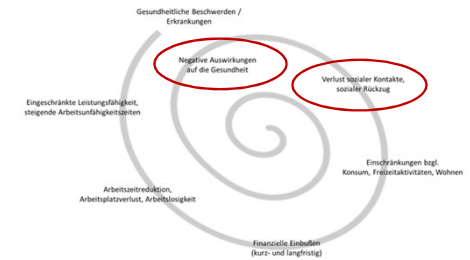


„Ich denke, dass es vielen Menschen so geht, die finanziell gar nicht in der Lage sind, irgendwas für sich zu tun. Ganz egal, ob es jetzt gesunde Ernährung ist oder Sport oder irgendwelche Kurse, wo du immer zuzahlen musst, ne? Das können wir nicht. Und ich soll ja auch dahin kommen, ne? Ich habe auch kein Auto mehr. Also, wenn ich noch ein Auto hätte, das wäre alles halb so wild. Weil das ist einfach Freiheit, ne? Dann bist du flexibel. Aber bis der TÜV uns scheidet / danach konnte ich mir keins mehr leisten.“



Soziale Isolation

- fehlende soziale Kontakte am Arbeitsplatz, ggf. weiter reduzierte Kontakte durch Umzug, eingeschränkte Freizeitgestaltung, Scham etc. können schließlich zur sozialen Isolation führen
→ auch hiervon sind insb. wieder alleinstehende Menschen betroffen
- fehlende instrumentelle und emotionale Unterstützung sowie Einsamkeit sind die Folge, was sich letztlich wiederum negativ auf das Wohlbefinden auswirkt und zu einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes beitragen kann



„Manchmal spreche ich zwei, drei Tage in der Woche mit niemandem, ne? Ich sage immer, gut, dass man das Internet erfunden hat. Aber ansonsten bricht ziemlich viel weg, ne?“



„Es ist halt schon echt blöd, ja? Also ich bin jetzt nicht so jemand, die jetzt alle drei Tage irgendwie Party und ne, Leute treffen muss. Aber das isoliert einen schon ganz schön, ne?“



„Das zehrt halt auch an einem, wenn man dann feststellt: "Hm, heute habe ich eigentlich nur mit dem Physio geredet", weil man halt zu Hause ist, ne?“

Fehlende Unterstützung

- In der Summe haben die Betroffenen das Gefühl, allein gelassen zu werden und durchs Raster zu fallen

„Ich frage mich natürlich auch „Wie soll das weitergehen? Wie kann man mir helfen? Kann man mir überhaupt helfen?“. Wir fallen manchmal auch durchs Raster. **Das ist nicht vorgesehen im System, dass man so viel krank ist, dass man immer wieder ausfällt.**“

„**Menschen mit einem Handicap fallen in der Gesellschaft, vor allem im Arbeitsleben, häufig durchs Raster** [...] man steht mehr oder weniger mit diesem ganzen bürokratischen Scheiß alleine da. [...]. Wo man weder die Kraft zu hat noch entsprechende Informationen. **Man fühlt sich sehr, sehr, sehr alleine gelassen. [...] Und das ist ja unverschuldet.**“

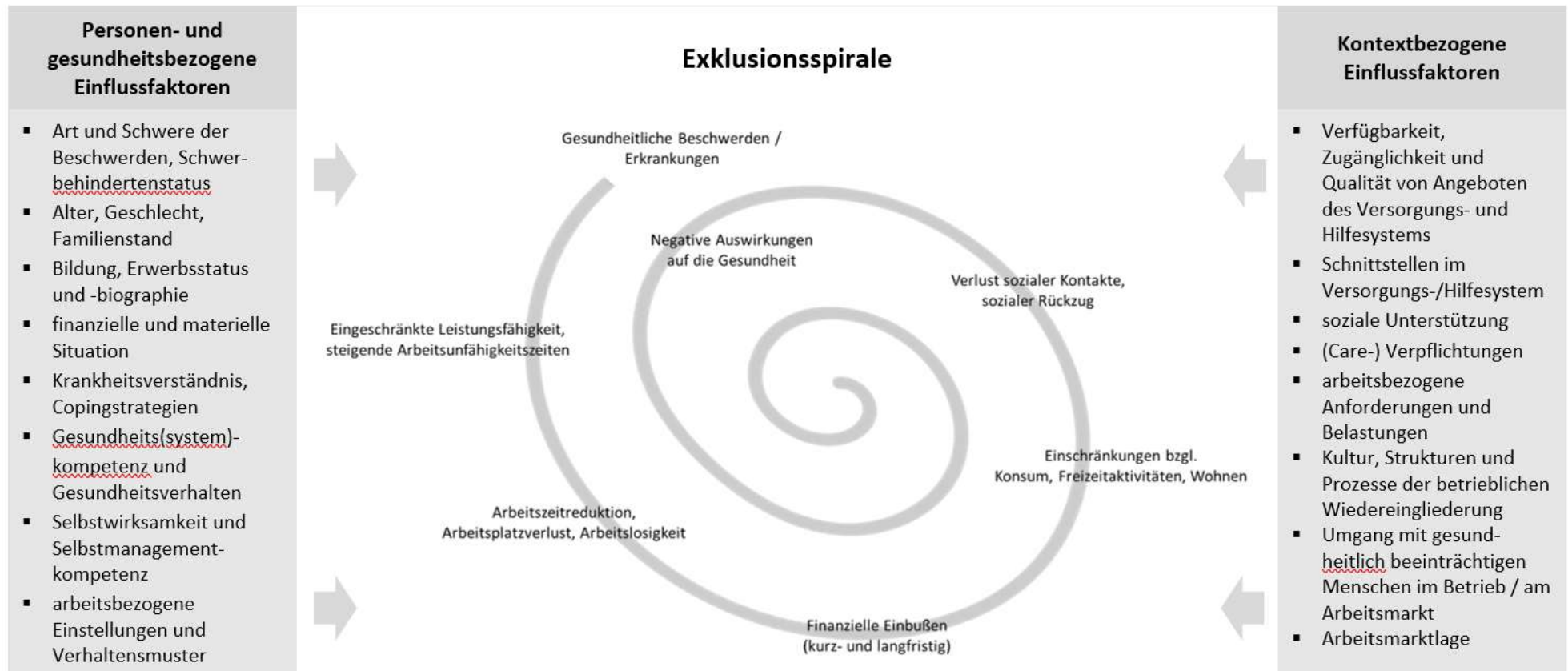
„**Man muss nur rennen**, Sachen ausfüllen, Formulare, Formulare, Formulare. Man gibt Geld aus, obwohl man keines hat. Also durch die ganzen Kopien, die man machen muss. So wie jetzt zum Arbeitsamt laufen, **obwohl man ja nicht laufen kann.**“

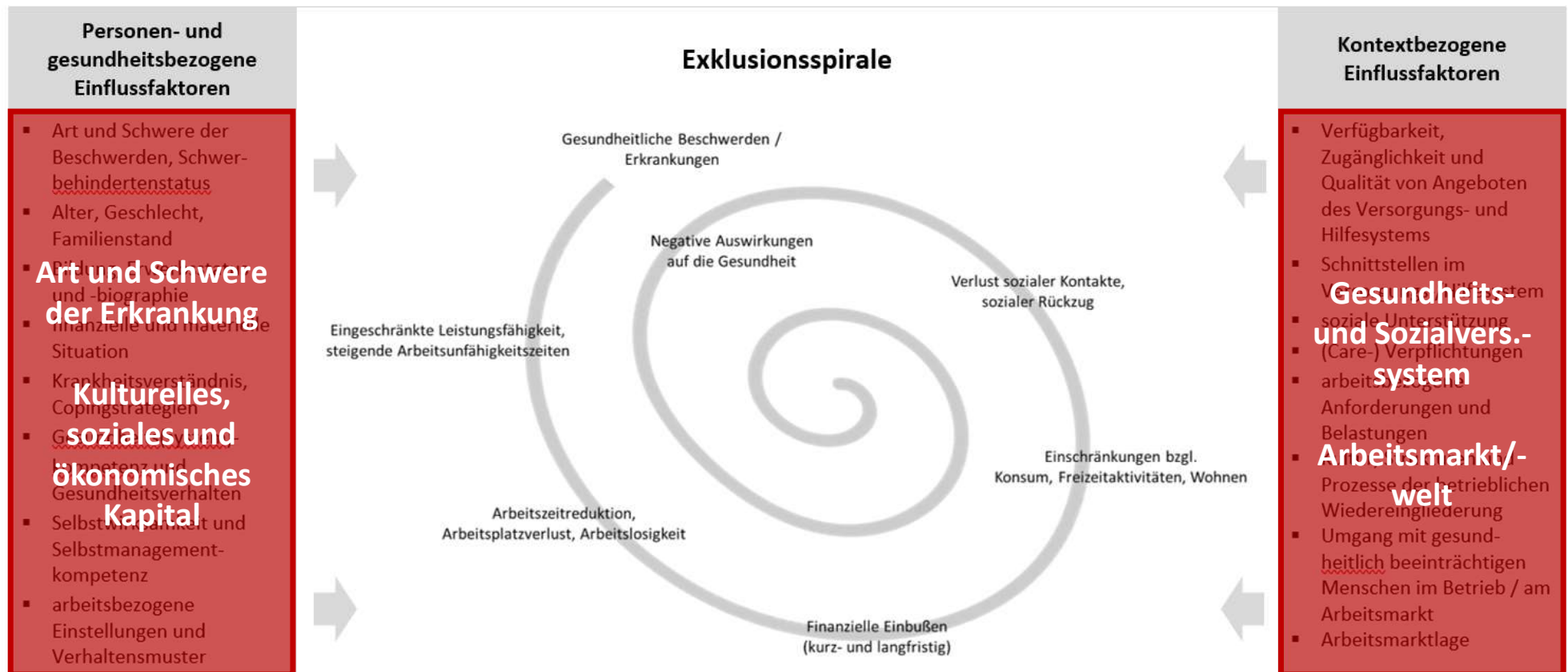
„Die [Ämter] schicken einen von A nach B, auch wenn man nicht kann, **ist denen egal, man muss funktionieren.**“

„Und wissen Sie, **sie stehen mit dem Ganzen so alleine da.** Da wird nicht gefragt: "Brauchst du da irgendwo eine Unterstützung?" Oder: "Da und da gibt es Unterstützung."“

„**So was hätte mir geholfen**, wenn ganz egal, ob beim Jobcenter oder der Rentenversicherung, **wenn es da Leute gäbe, die die Freiräume haben, sich mehr mit individuellen Fällen zu beschäftigen und auch unkonventionelle Lösungen zu finden, maßgeschneiderte Lösungen.**“

„[...] ich habe ja auch ein legitimes Recht, mich zu verwirklichen. Also, es macht wirklich keinen Spaß in diesem Land behindert zu sein.“





Verschränkung gesundheitlicher und sozialer Ungleichheitsmechanismen

Fazit

- Obwohl eine **Vielzahl gesetzlicher (sozial-, arbeits-, behinderungsrechtlicher) Regelungen** darauf abzielen, erkrankungs- und behinderungsassoziierten **Teilhabe einschränkungen und Exklusionsrisiken** entgegenzuwirken, gehören solche Einschränkungen und Risiken **noch immer zur Lebensrealität vieler Betroffener – insb. wenn es zur Verschränkung mit weiteren Ungleichheitsfaktoren/-mechanismen kommt.**
- **Damit die Rechte Betroffener künftig besser mobilisiert werden können, sind:**
 - **Zugangsbarrieren** ins Versorgungs- und Hilfesystem weiter ab- und niedrigschwellige zugehende **Beratungs-, Begleit- und Fallmanagementangebote** weiter auszubauen,
 - **Wartezeiten** zu reduzieren und eine **flächendeckende Versorgung** sicherzustellen,
 - bestehende **finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten** bekannter zu machen,
 - **Schnittstellenprobleme zwischen den Sektoren** sowie zwischen **med.-therapeutischem und betrieblichem System** noch gezielter und effektiver zu überbrücken,
 - **Arbeitgebende stärker in die Pflicht zu nehmen** sowie **in ihren Bemühungen zu unterstützen**, Menschen mit bedingter Gesundheit im Unternehmen zu halten,
 - und **weitere geeignete Maßnahmen** zu ergreifen, um erkrankungsbedingte Abstiege in Armut zu verhindern – gerade wenn neben der Erkrankung weitere Exklusionsrisiken wirken.

Vielen Dank!

Kontakt: schwarz@iqpr.de

www.iqpr.de



INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG
IN PRÄVENTION & REHABILITATION GMBH
AN DER DEUTSCHEN SPORTHOCHECHULE KÖLN

Sampleübersicht

N = 49	
Geschlecht	25 männlich, 24 weiblich
Alter in Jahren	bis 44: 6, 45-54: 20, ab 55: 23
Erwerbsstatus	in VZ: 21, in TZ: 9, geringfügig: 3, arbeitssuchend: 16
Schulabschluss	keiner: 3, Haupt-/Volksschule: 7, Real/POS: 20, Gymnasium: 13, k.A.: 6
Berufsabschluss	keiner: 2, Anlerausb.: 1, Lehre/Ausb.: 32, Studium: 12, k.A.: 2
Subjektive Gesundheit Garbarski 2016	weniger gut bis schlecht: 39, gut bis ausgezeichnet: 10
Co-/Multimorbidität	ja: 24, nein: 25
Subjektive Arbeitsfähigkeit Gould et al 2008	mäßig bis gering: 41, gut bis sehr gut: 6, k.A.: 2
AU-Zeiten in letzten 12 Mo	bis 30 Tage: 17, 31-99 Tage: 15, ab 100 Tage: 14, k.A.: 3
Subjektive Erwerbsprognose*	positiv: 34, negativ: 6, unsicher: 9

*positiv = weiterhin in meinem Beruf arbeiten kann und/oder eine andere Arbeit suchen werde, negativ = nicht mehr in meinem Beruf arbeiten kann und/oder überhaupt nicht mehr arbeiten kann und/oder eine Rente beantragen bzw. bekommen werde und/oder krankgeschrieben sein werde, unsicher = ich weiß es noch nicht oder Kombinationen aus positiven und negativen Antwortoptionen