

Begleitende Sozialberatung während der stufenweisen Wiedereingliederung

Evaluation eines Nachsorgeangebots zur intensivierten Beratung und telefonischen Begleitung der stufenweisen Wiedereingliederung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

März 2015

Dr. med. Peter Bommersbach
Veit Becker M.A.
Deutsche Rentenversicherung Rheinland
Eifelklinik Manderscheid
Klinik für Psychosomatische Medizin
Mosenbergstr. 19
54531 Manderscheid

In Kooperation mit:

Prof. Dr. Günter Krampen
Dr. Holger Munz
M. Sc. Daniel Janke
Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie
Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Wissenschaftsforschung
D-54286 Trier

Prof. Dr. med. Stephanie Stock
Dr. rer.pol. Dirk Müller
Uniklinik Köln
Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie
Gleuelerstr. 176-178
50935 Köln

Gefördert von:

refonet – Rehabilitations-Forschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung
Rheinland, Postfach 10 07 63, D-53445 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	7
2	Fragestellungen der Studie.....	9
3	Studienspezifische Methoden.....	10
3.1	Messverfahren.....	10
3.1.1	Skala zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit und Zukunfts-vertrauen.....	10
3.1.2	Skala zur Erfassung des Selbstwertgefühls.....	10
3.1.3	Skalen zur Erfassung von spezifischen Aspekten des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters	11
3.1.4	Erfassung von arbeitsplatzspezifischen Variablen.....	12
3.1.5	Erfassung der Arbeitszufriedenheit.....	12
3.1.6	Der Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Befinden – Psychotherapie (VFE-PT).....	12
3.1.7	Erfassung der Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot des klinikinternen Sozialdienstes.....	13
3.1.8	Erfassung soziodemografischer Angaben.....	13
3.1.9	Erfassung von Charakteristika der stufenweisen Wiedereingliederung	14
3.2	Ablauf der Datenerhebung	14
3.3	Studiendesign und Stichprobenumfangsplanung	18
3.4	Beschreibung der Studienstichprobe	19
4	Ergebnisse	22
4.1	Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich behandlungs- und beratungsspezifischer Charakteristika	22
4.2	Vergleiche zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich des Verlaufs und der Ergebnisse der Wiedereingliederung	26
4.2.1	Vergleich des Ablaufs der stufenweisen Wiedereingliederung in der Interventions- und in der Kontrollgruppe	31

4.2.2	Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich Kriterien einer erfolgreichen Wiedereingliederung	32
4.3	Korrelate einer erfolgreichen stufenweisen Wiedereingliederung.....	36
4.3.1	Gelingende Wiedereingliederung in Abhängigkeit von soziodemografischen Variablen.....	37
4.3.2	Gelingende Wiedereingliederung in Abhängigkeit von behandlungsspezifischen Variablen.....	38
4.3.3	Gelingende Wiedereingliederungen in Abhängigkeit von arbeitsplatzbezogenen Variablen	39
4.4	Qualitative Auswertung der telefonischen Nachsorge.....	40
4.5	Katamnese-Daten aus Versicherungskonten.....	41
4.6	Gesundheitsökonomische Analyse.....	42
5	Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion	44
6	Fazit.....	49
	Literaturverzeichnis	52
	Anhang.....	55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über Maßnahmen und Interventionen in der Kontroll- sowie der Interventionsgruppe.	17
Tabelle 2: Messzeitpunkte und Messverfahren der Evaluation der begleitenden stufenweisen Wiedereingliederung.....	17
Tabelle 3: Absolute und relative Häufigkeiten in zentralen soziodemografischen Variablen in der resultierenden Studienstichprobe	19
Tabelle 4: Verteilung weiterer soziodemografischer und berufsbezogener Variablen in der resultierenden Stichprobe.	20
Tabelle 5: Vergleich der Anzahl an Beratungsgesprächen in der Interventions- und der Kontrollgruppe.....	22

Tabelle 6: Multivariate Tests der MANOVA-R mit dem Zukunftsvertrauen, dem Selbstwertgefühl und der Arbeitszufriedenheit als abhängigen Variablen, den drei Messzeitpunkten als Stufen des messwiederholten Innersubjektfaktors und den beiden Bedingungen als Stufen des Zwischensubjektfaktors.....	27
Tabelle 7: Univariate Tests der MANOVA-R mit dem Zukunftsvertrauen, dem Selbstwertgefühl und der Arbeitszufriedenheit als abhängigen Variablen, den drei Messzeitpunkten als Stufen des messwiederholten Innersubjektfaktors und den beiden Bedingungen als Stufen des Zwischensubjektfaktors.....	27
Tabelle 8: Paarweise Vergleiche der Stufen des Innersubjektfaktors „Messzeitpunkt“ in der abhängigen Variablen „Zukunftsvertrauen“.....	28
Tabelle 9: Paarweise Vergleiche der Stufen des Innersubjektfaktors „Messzeitpunkt“ in der abhängigen Variablen „Selbstwertgefühl“.....	29
Tabelle 10: Paarweise Vergleiche der Stufen des Innersubjektfaktors „Messzeitpunkt“ in der abhängigen Variablen „Arbeitszufriedenheit“.....	30
Tabelle 11: Absolute Häufigkeiten der Art der Beendigung in der Interventions- und Kontrollgruppe sowie in der Gesamtstichprobe.....	34
Tabelle 12: Absolute Häufigkeiten einer erfolgreichen oder nicht erfolgreichen Beendigung der stufenweisen Wiedereingliederung in der Interventions- und Kontrollgruppe sowie in der Gesamtstichprobe.....	35
Tabelle 13: Absolute Häufigkeiten der Kategorien zur derzeitigen beruflichen Situation in der Interventions- und Kontrollgruppe sowie in der Gesamtstichprobe.....	36
Tabelle 14: Absolute Häufigkeiten und relative Häufigkeiten zu den Verlaufstypen der stufenweisen Wiedereingliederung.....	41
Tabelle 15: Daten der DRV Rheinland aus den Versicherungskonten der Studienteilnehmer.....	42

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vergleich der Anzahl an Beratungsgesprächen in der Interventions- und der Kontrollgruppe.....	23
Abbildung 2: Vergleich der absoluten Häufigkeiten der regulären Beratungsgespräche zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.....	24
Abbildung 3: Vergleich der relativen Häufigkeiten (in Prozent; relativiert an den	

gültigen Fällen der jeweiligen Untersuchungsbedingung) der regulären Beratungsgespräche zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.....	24
Abbildung 4: Vergleich der absoluten Häufigkeiten der selbstinitiierten Sprechstundentermine zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.....	25
Abbildung 5: Vergleich der relativen Häufigkeiten (in Prozent; relativiert an den gültigen Fällen der jeweiligen Untersuchungsbedingung) der selbstinitiierten Sprechstundentermine zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.....	25
Abbildung 6: Das Zukunftsvertrauen in der Interventions- und Kontrollgruppe über die drei Messzeitpunkte hinweg.	28
Abbildung 7: Das Selbstwertgefühl in der Interventions- und Kontrollgruppe über die drei Messzeitpunkte hinweg.	29
Abbildung 8: Die Arbeitszufriedenheit in der Interventions- und Kontrollgruppe über die drei Messzeitpunkte hinweg.....	30
Abbildung 9: Erfolgreiche Beendigung der stufenweisen Wiedereingliederung in der Interventions- und Kontrollgruppe.	33
Abbildung 10: Art der Beendigung der stufenweisen Wiedereingliederung in der Interventions- und Kontrollgruppe.	34
Abbildung 11: Fortsetzung der Berufstätigkeit nach der stufenweisen Wiedereingliederung in der Interventions- und Kontrollgruppe.	35
Abbildung 12: Beschäftigungsstatus nach der stufenweisen Wiedereingliederung in der Interventions- und Kontrollgruppe.	36
Abbildung 13: Absolute Häufigkeiten von Angaben zu bestehendem oder nicht bestehendem Rentenwunsch sowie zu bereits gestelltem Rentenantrag zu Behandlungsabschluss (MZ 2) bei Patienten die die Wiedereingliederung beendet versus nicht beendet haben.	38

1 Einleitung

Der vorliegende Forschungsbericht der Eifelklinik Manderscheid ist in Zusammenarbeit mit der Universität Trier und dem Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Uni Klinik Köln entstanden. Die Kapitel 2 – 4.3.3 bilden den Evaluationsbericht der Universität Trier ab. Die Kapitel 4.4 und 4.5 beschreiben die Qualitative Auswertung und die Auswertung der katamnestischen Daten aus den Versicherungskonten durch die Eifelklinik Manderscheid. In Kapitel 4.6 wird die Gesundheitsökonomische Analyse durch das Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie dargestellt. Die Zusammenfassung der Ergebnisse in Kapitel 5 und das Fazit in Kapitel 6 setzen sich aus den Untersuchungsergebnissen der beteiligten Institutionen zusammen.

Das Ziel von Rehabilitation besteht darin, arbeitsunfähige Arbeitnehmer wieder vollständig in das Arbeitsleben zu integrieren. Wenn dies auch nach einer stationären Rehabilitationsbehandlung nicht direkt möglich ist, kommt eine stufenweise Wiedereingliederung (im Folgenden mit STW abgekürzt) als ein hilfreiches Instrument zur Heranführung des Arbeitnehmers an sein ursprüngliches Arbeitspensum in Frage. Dabei versteht man unter einer stufenweisen Wiedereingliederung „[...]eine Maßnahme, arbeitsunfähige Beschäftigte nach länger andauernder Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen. Zu diesem Zweck wird [...] von den Ärzten der Rehabilitationseinrichtung in Abstimmung mit dem Versicherten, dem behandelnden Arzt und gegebenenfalls dem Betriebsarzt sowie dem Arbeitgeber ein Stufenplan über die tägliche berufliche Belastung aufgestellt.“ (Deutsche Rentenversicherung, 2014). Entscheidende Randbedingungen sind darin zu sehen, dass die Teilnahme an einer stufenweisen Wiedereingliederung freiwillig und nur nach Abstimmung mit dem behandelnden Arzt und Zustimmung des Arbeitgebers möglich ist.

Sowohl die Empfehlung zu dieser Maßnahme als auch die Durchführung und der erfolgreiche Abschluss einer stufenweisen Wiedereingliederung führen bislang jedoch nicht in allen Fällen zu einer Fortsetzung der Berufstätigkeit. Dabei scheinen insbesondere deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Erstdiagnosen (und damit Rehabilitationsarten) zu bestehen (Bürger, Kluth & Koch, 2008): Die höchsten Empfehlungsquoten zeigen sich bei Versicherten mit psychischen Störungen (vgl. Bürger et al., 2008). Des Weiteren liegt die Quote an tatsächlich durchgeführten STWs in diesem Indikationsbereich ebenfalls am höchsten.

Gleichzeitig weist der Indikationsbereich Psychosomatik allerdings auch die höchste Abbruchquote über sämtliche Rehabilitationsarten hinweg auf. Nach Bürger et al. (2008) liegt

diese durchschnittliche Abbruchquote in der psychosomatischen Rehabilitation bei 11.8 %, während die Abbruchquote in der untersuchten Gesamtstichprobe (über mehrere Rehabilitationsarten hinweg) 9.1 % beträgt.

Nach Bürger et al. (2008) weisen vor allem Patienten ohne Schulabschluss, mit geringer Bildung, einem geringen Einkommen, hohen Arbeitsunfähigkeitszeiten, höheren Alters, geringer Motivation zur Wiedereingliederung, gesundheitlichen Problemen und Problemen am Arbeitsplatz in der Tendenz auch höhere Abbruchquoten auf. Die genannten Variablen könnten damit z. T. für einen Abbruch der STW verantwortlich sein. Damit ist es vor allem bei den eben genannten Subgruppen angezeigt, einen Abbruch mit entsprechenden Maßnahmen zu verhindern oder abzuwenden. Einen Hinweis darauf, wie und wodurch dies geschehen kann, liefert Bürger (2004), der im Rahmen einer katamnesticen Befragung von Patienten nach einer stufenweisen Wiedereingliederung erste Hinweise darauf erbringen konnte, dass es an begleitenden Unterstützungsangeboten während der STW mangelt. Dies war unter anderem der Ausgangspunkt für die Konzeption einer intensivierten Beratung und telefonisch begleiteten stufenweisen Wiedereingliederung, so wie sie der Sozialdienst der Eifelklinik entworfen und erprobt hat. Das Angebot sollte vor allem zu einer Verringerung der Abbruchquote beitragen und bei der Risikogruppe verstärkt wirken. Ob diese Konzeption statistisch signifikante Veränderungen bewirkt, soll nun in der vorliegenden Evaluation untersucht werden.

2 Fragestellungen der Studie

Primäres Ziel der vorliegenden Evaluationsstudie zur begleitenden Sozialberatung während der stufenweisen Wiedereingliederung ist es, die Wirkung und Nachhaltigkeit des Beratungsangebotes zu überprüfen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die intensivierete Beratung des Sozialdienstes der Eifelklinik in Manderscheid gegenüber dem Standardvorgehen in Bezug auf die Wiedereingliederungsquote überlegen ist.

Fragestellung 1:

Führt das Nachsorgeangebot der begleitenden Sozialberatung (mit einer intensivierten Beratung und Information während des Klinikaufenthaltes und einertelefonischen Begleitung während der Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung) sechs Monate nach Entlassung aus der Klinik zu einer höheren Wiedereingliederungs- und Return-to-work-Rate im Vergleich zu einer Patientengruppe, die dieses Angebot nicht erhält?

Weiterhin soll untersucht werden, welche Variablen zu einem Gelingen der Wiedereingliederung und zu einer Fortsetzung der Berufstätigkeit beitragen, bzw. im Umkehrschluss, welche kritischen Ausprägungen dieser Variablen möglicherweise zu ungünstigen Verläufen der STW und keiner Rückkehr an den Arbeitsplatz beitragen. Damit soll auch folgender Fragestellung nachgegangen werden:

Fragestellung 2:

Welche Charakteristika sind für einen Abbruch der stufenweisen Wiedereingliederung oder eine misslingende Fortsetzung der Berufstätigkeit verantwortlich? Welche Schlüsse kann man daraus für die Verbesserung der Qualität der Beratungsintervention (begleitende Sozialberatung) und weiteren Interventionen ziehen?

3 Studienspezifische Methoden

Im Folgenden werden zunächst in Abschnitt 3 die in der Studie eingesetzten psychometrischen Messverfahren dargestellt, bevor dann in Abschnitt 3.2 der Ablauf der Datenerhebung sowie in Abschnitt 3.3 das Studiendesign und die Stichprobenumfangsplanung geschildert wird und in Abschnitt 3.4 eine detaillierte Beschreibung der Studienstichprobe erfolgt.

3.1 Messverfahren

Im Folgenden werden diejenigen Messverfahren kurz vorgestellt, die im Rahmen der Evaluationsstudie zum Einsatz kamen. Für weitergehende Informationen sei jedoch auf die entsprechenden Publikationen und Manuale verwiesen.

3.1.1 Skala zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit und Zukunftsvertrauen

Bei den *Hoffnungslosigkeits-Skalen* von Krampen (1994) handelt es sich um die deutsche Bearbeitung eines von Beck, Weissman, Lester und Trexler (1974) entwickelten Instruments zur Erfassung von Optimismus versus Pessimismus bezüglich des eigenen Lebens und der eigenen Person. Hoffnungslosigkeit kann als komplexes erwartungs-wert-theoretisches Konstrukt verstanden werden, das neben reduzierten Kompetenz- und Kontingenzerwartungen veränderte Bewertungen von Handlungs- und/oder Lebenszielen umfasst. In seiner inversen Ausprägung lässt sich mit der Hoffnungslosigkeitsskala das Konstrukt des Zukunftsvertrauens erfassen. Die zehn Items umfassende Skala H-RA weist insgesamt gute psychometrische Gütekriterien auf (wie etwa eine interne Konsistenz von $\alpha = .79$) und kann damit in der Evaluationsforschung verwendet werden.

3.1.2 Skala zur Erfassung des Selbstwertgefühls

Die *Rosenberg-Self-Esteem-Scale* (zu deutschen, revidierten Versionen siehe Collani & Herzberg, 2003a und 2003b, sowie Ferring & Phillip, 1996) erfasst über zehn Items das Selbstwertgefühl einer Person. Letzteres bezeichnet die positive oder negative Einstellung gegenüber dem eigenen Selbst. Das Selbstwertgefühl hängt von inneren Standards und Ansprüchen ab, die eine Person an sich stellt. Eine Person mit hohem Selbstwertgefühl fühlt

sich wertvoll, respektiert sich selbst, so wie sie ist, möchte darüber hinaus "wachsen" und wahrgenommene Defizite und Grenzen überwinden. Sie fühlt sich anderen nicht unbedingt überlegen, aber auch nicht unterlegen. Ein geringes Selbstwertgefühl ist gekennzeichnet durch Unzufriedenheit mit sich selbst, Selbstverachtung, Mangel an Respekt für die eigene Person und den Wunsch, anders zu sein. Nach den Befunden von Ferring und Phillip (1996) sind die psychometrischen Kennwerte der Skala als zufrieden stellend zu bewerten. Zudem qualifizieren erste Befunde zur kriterialen und konvergenten Validität die Skala als valide.

3.1.3 Skalen zur Erfassung von spezifischen Aspekten des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters

Um im Rahmen der Evaluationsstudie relevante berufsspezifische Variablen zu erfassen, die Zusammenhänge mit Belastungen am Arbeitsplatz und mit dem Gelingen der Wiedereingliederung aufweisen könnten, wurden einige Skalen des Fragebogens zum arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) von Schaarschmidt und Fischer (1996, 2008) in der Datenerhebung verwendet.

Dieses Verfahren zur Erfassung von Verhaltens- und Erlebensweisen gegenüber Arbeit und Beruf besteht aus insgesamt 66 Items, die als Aussagen formuliert dargeboten werden und elf faktorenanalytisch gewonnenen Skalen (pro Skala also sechs Items) zuzuordnen sind: *Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit* (als Stellenwert der Arbeit im persönlichen Leben; mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .85$), *Beruflicher Ehrgeiz* (als Streben nach beruflichem Aufstieg; mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .87$), *Verausgabebereitschaft* (als Bereitschaft, die persönliche Kraft für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe einzusetzen; mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .87$), *Perfektionsstreben* (als Anspruch bezüglich Güte und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsleistung; mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .85$), *Distanzierungsfähigkeit* (als Fähigkeit zur psychischen Erholung von der Arbeit; mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .90$); *Resignationstendenz bei Misserfolg* (als Neigung, sich mit Misserfolgen abzufinden und leicht aufzugeben; mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .85$), *Offensive Problembewältigung* (als aktive und optimistische Haltung gegenüber Herausforderungen und auftretenden Problemen; mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .82$), *Innere Ruhe/Ausgeglichenheit* (als Erleben psychischer Stabilität und inneren Gleichgewichts; mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .83$), *Erfolgserleben im Beruf* (als Zufriedenheit mit dem beruflich Erreichten; mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .83$), *Lebenszufrie-*

denheit (als Zufriedenheit mit der gesamten, auch über die Arbeit hinausgehenden Lebenssituation; mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .84$) und *Erleben sozialer Unterstützung* (als Vertrauen in die Unterstützung durch nahestehende Personen, Gefühl der sozialen Geborgenheit; mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .84$).

Von diesen elf Skalen wurden folgende vier für die Datenerhebung ausgewählt und zum ersten Messzeitpunkt erfasst: Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, Erfolgserleben im Beruf, Distanzierungsfähigkeit und Offensive Problembewältigung.

3.1.4 Erfassung von arbeitsplatzspezifischen Variablen

Diese Variablen wurden über den Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse KFZA von Prümper, Hartmannsgruber und Frese (1995) erfasst. Dabei werden jeweils über zwei bis drei Items aus Arbeitnehmersicht die elf Skalen *Handlungsspielraum*, *Vielseitigkeit*, *Ganzheitlichkeit*, *Soziale Rückendeckung*, *Zusammenarbeit*, *Qualitative Arbeitsbelastung*, *Quantitative Arbeitsbelastung*, *Arbeitsunterbrechungen*, *Umgebungsbelastungen*, *Information und Mitsprache* und *betriebliche Leistungen* erfasst. Trotz der Kürze dieses Tests (mit insgesamt 26 Items und einer Bearbeitungsdauer von zehn Minuten) verfügt der KFZA über zufriedenstellende Item- und Skalenkennwerte (vgl. Prümper et al., 1995) und kann daher im Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie eingesetzt werden.

3.1.5 Erfassung der Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit der Studienteilnehmer wird über die aus vier Items bestehende Skala *Zufriedenheit mit der Arbeit* von Klusemann und Brunn (2006) erfasst, die sich mit einer internen Konsistenz von $\alpha = .91$ als äußerst reliabel erwiesen hat, eine hohe Augenscheinvalidität aufweist und demnach im Rahmen der vorliegenden Studie eingesetzt werden kann.

3.1.6 Der Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Befinden – Psychotherapie (VFE-PT)

Hierbei handelt es sich um ein von Krampen (2008) entwickeltes, ökonomisches Messinstrument zur direkten Veränderungsmessung, das über zwölf Komparativfragen retrospektiv Aussagen darüber erfasst, in welchem Ausmaß sich das Befinden und Erleben in sechs Indi-

kationsbereichen psychotherapeutischer Interventionen (nämlich die über jeweils zwei Items erfassten Bereiche der körperlichen und psychischen Erschöpfung, der Nervosität und inneren Anspannung, der psychophysiologischen Dysregulation, der Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten, der Schmerzbelastungen sowie der Probleme in der Selbstbestimmung) über den Zeitraum seit Behandlungsbeginn verändert hat.

Der Fragebogen hat sich als sehr reliabel (mit internen Konsistenzen zwischen $r_{tt,\min} = .88$ und $r_{tt,\max} = .98$) und valide (mit überzeugenden Nachweisen für die inhaltliche, die konvergente, die diskriminante sowie die differentielle Validität) erwiesen. Mit dem VFE-PT liegt damit ein ökonomischer, reliabler und valider Fragebogen vor, der sich in der klinisch-psychologischen Anwendungs- und Forschungspraxis im Rahmen einer direkten Veränderungsmessung sehr gut als Therapieerfolgsmaß einsetzen lässt.

3.1.7 Erfassung der Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot des klinikinternen Sozialdienstes

Diese wurde mit der aus elf Items bestehenden Skala *Beratungszufriedenheit* von Vossler (2001) erfasst, die ursprünglich im Kontext der Familien- und Erziehungsberatung konzipiert und evaluiert wurde, mittlerweile jedoch auch in zahlreichen, weiteren Bereichen eingesetzt wird. Die ersten acht Items entstammen der deutschen Übersetzung des *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ-8; Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979) von Häring und Hüsing (1992) und erfassen die globale Zufriedenheit des Ratsuchenden. Die übrigen drei Items wurden von Vossler (2001) zusätzlich konstruiert, um Aspekte der Organisationszufriedenheit zu erfassen. Die Skala weist gute bis sehr gute psychometrische Gütekriterien auf und kann daher im Rahmen der vorliegenden Studie eingesetzt werden.

3.1.8 Erfassung soziodemografischer Angaben

Der soziodemografische Fragebogen *SOZIO-DEM* von Krampen (2004) erfasst alle wichtigen Angaben zur Person von Untersuchungsteilnehmern. So werden mit 13 Items das Geschlecht, das Alter, die genauen Familienverhältnisse sowie Ausbildungs-, Berufs- und Gesundheitsinformationen erfragt. Zudem wurde dieser Fragebogen eigens für die vorliegende Evaluationsstudie um Items zur Berufsgruppenzugehörigkeit, zur Dauer der Betriebszugehörigkeit, der Anzahl direkter Kollegen, der Anzahl aller Beschäftigten in Unterneh-

men, zum Vorliegen eines Rentenwunsches sowie zur körperlichen und psychischen Belastung durch die Berufstätigkeit ergänzt.

3.1.9 Erfassung von Charakteristika der stufenweisen Wiedereingliederung

Eigens für die vorliegende Untersuchung wurde der unten noch zu beschreibende T3-Katamnese-Fragebogen um Fragen ergänzt, die sich auf den Ablauf und das Ergebnis der stufenweisen Wiedereingliederung beziehen. So wurde etwa über ein geschlossenes Antwortformat erfragt, ob die STW erfolgreich abgeschlossen, die Berufstätigkeit fortgesetzt, die STW innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Reha begonnen oder die STW unterbrochen wurde. Zudem wurde erfasst, auf welche Art die STW beendet und wie viele Stufen, jeweils wie lange mit welchem jeweiligen täglichen Arbeitspensum letztendlich absolviert wurden.

Des Weiteren wurde bereits während dem Klinikaufenthalt ein Dokumentationsbogen eingesetzt, in dem neben den Eingangs- und Abschlussdiagnosen, die Art und Anzahl der Vorbehandlungen, die Arbeitsunfähigkeitszeiten, die Anzahl, Art und Dauer der einzelnen Beratungsgespräche durch den Sozialdienst der Eifelklinik sowie die gemeinsam vereinbarten Stufenpläne (einschließlich Anzahl der Stufen, Dauer der jeweiligen Stufe in Wochen und jeweiliger täglicher Arbeitsdauer) erfasst wurden.

3.2 Ablauf der Datenerhebung

Den Patienten der Eifelklinik Manderscheid wurde eine stufenweise Wiedereingliederung im Rahmen eines ersten Termins bei der klinikinternen Sozialberatung empfohlen. Dabei erfolgte die Einladung der Patienten zu diesem Ersttermin entweder direkt durch den Sozialdienst oder durch die Abteilung, in der der Patient während seines Klinikaufenthaltes untergebracht war. Sowohl die Patienten in der Kontroll- als auch die Patienten in der Interventionsgruppe erhielten zum Behandlungsbeginn einen T1-Fragebogen, der die oben in Abschnitt 0 beschriebenen Messverfahren KFZA, die vier AVEM-Skalen, das Zukunftsvertrauen (über die H-RA-Skala), das Selbstwertgefühl (über die Rosenberg Self Esteem Scale), die Arbeitszufriedenheit, sowohl die körperliche als auch die psychische berufsbedingte Belastung sowie eine Reihe von soziodemografischen und arbeitsplatz-/berufsbezogenen Variab-

len (über den SOZIO-DEM) erfassten. Darüber hinaus wurden Daten zu den Eingangs- und Abschlussdiagnosen, dem Krankheitsverlauf, den Arbeitsunfähigkeitszeiten über die Patientenakte und die Stammdaten der DRV ohne persönliche Beteiligung der Patienten ermittelt und in einem Dokumentationsbogen vermerkt. In diesem wurde auch nach erfolgter Sozialberatung der gemeinsam aufgestellte Stufenplan der Wiedereingliederung im Detail notiert. Die Zuteilung zur Interventions- oder Kontrollgruppe erfolgte je nach Monat der Klinikaufnahme. Somit wurden alle Patienten im ersten Monat der Studiendurchführung der Interventionsgruppe, im Folgemonat der Kontrollgruppe, im dritten Monat wiederum der Interventionsgruppe usw. zugewiesen.

In der **Interventionsgruppe** erfolgte zum ersten Termin eine Erstberatung. Hierbei wurden den Patienten einleitende Informationen zum Ablauf der stufenweisen Wiedereingliederung gegeben, Wege der Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber besprochen oder direkt Kontakt zum Arbeitgeber hergestellt sowie auf die Zweitberatung und das Angebot der begleitenden Sozialberatung hingewiesen. In einem *zweiten* Beratungsgespräch in der Sozialberatung wurden die Formulare zur stufenweisen Wiedereingliederung (ein Antragsformular für das Übergangsgeld, ein Informationsschreiben der DRV für Versicherte, der Stufenplan, erklärende Hinweise für die Verwendung der Formulare, ein Begleitschreiben mit Erläuterung der Studie sowie die Einverständniserklärung) besprochen. Die Patienten wurden in dieser zweiten Beratung auf die Wiedereingliederung vorbereitet, so dass hierdurch sowohl eine Motivierung als auch eine Besprechung möglicher Probleme und Gegenmaßnahmen ermöglicht wurde. Die späteren Telefonkontakte durch die Sozialberatung (in der zweiten Woche nach Entlassung aus der Rehabilitation und in den letzten beiden Wochen der Wiedereingliederung) wurden angekündigt. Zudem wurde den Patienten die Möglichkeit angeboten, von sich aus mit der Sozialberatung Kontakt aufzunehmen.

Die Versendung des Stufenplans an den Arbeitgeber geschah in der Interventionsgruppe je nach Sachstand im Rahmen des Erst- oder Zweitgesprächs. Die Arbeitgeber der Patienten aus der Interventionsgruppe erhielten mit dem Stufenplan zusätzlich das Informationsschreiben der DRV an die Arbeitgeber. Dadurch wurden die Arbeitgeber bereits im Vorfeld der Arbeitsplatzrückkehr über die allgemeinen Rahmenbedingungen der stufenweisen Wiedereingliederung informiert.

Zum Abschluss der stationären Rehabilitation füllten die Patienten den T2-Fragebogen aus, in dem neben einer *direkten* Veränderungsmessung des Entspannungserlebens und Befindens durch die Behandlung das Zukunftsvertrauen, das Selbstwertgefühl sowie die Arbeits-

zufriedenheit nun zum zweiten Mal erfasst wurden und somit eine *indirekte* Veränderungsmessung dieser Variablen ermöglichten.

Direkt nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation wurden die Patienten der Interventionsgruppe von der Sozialberatung telefonisch kontaktiert. Dabei erfolgte der erste Anruf in der zweiten Woche nach der Entlassung, um die Situation nach dem Behandlungsabschluss erfassen und gegebenenfalls die gerade beginnende STW begleiten zu können. Der Anruf diente zudem der Vorbereitung auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Der zweite Anruf durch die Sozialberatung erfolgte bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe in den letzten beiden Wochen der laufenden stufenweisen Wiedereingliederung. In diesem Telefonat konnten von den Teilnehmern erste Erfahrungen mit der begonnenen stufenweisen Wiedereingliederung berichtet und die Beratung darauf abgestimmt werden. Dabei wurden sowohl die von der Sozialberatung als auch die von den Patienten initiierten Telefonate protokolliert. Wenn sich im Rahmen dieser Telefonate ein Handlungsbedarf abzeichnete, wurden durch die Sozialberatung entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Durch die Teilnahme am intensivierten Beratungsangebot der Interventionsgruppe und die damit verbundene aktive Einbindung der Patienten wurde eine höhere Bereitschaft zur Mitarbeiterwartet.

Sechs Monate nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation erfolgte (ebenso wie in der Kontrollgruppe; siehe unten) die Versendung des T3-Fragebogens, der katamnestische Daten zum Verlauf der STW, die Beratungszufriedenheit, die Arbeitszufriedenheit, das Zukunftsvertrauen und das Selbstwertgefühl (bei den drei letztgenannten wiederum als indirekte Veränderungsmessungen) erfasste.

Während die Teilnehmer in der **Kontrollgruppe** sowohl den T1-, den T2- als auch den T3-Fragebogen erhielten und sämtliche übrigen Daten (genauso wie in der Interventionsgruppe) erhoben wurden, unterschied sich das Angebot der Sozialberatung dergestalt, dass hier lediglich das Standardvorgehen angeboten wurde: Daher erhielten die Teilnehmer der Kontrollgruppe nur ein Beratungsgespräch in der Sozialberatung, das der Vermittlung von Informationen über den Ablauf und mögliche Wege der Arbeitgeberkontaktaufnahme diente. Telefonkontakte sowie zusätzliche erklärende Hinweise zum Ablauf und zur Verwendung der Formulare der Wiedereingliederung wurden nicht angeboten. Zudem erhielten die Teilnehmer der Kontrollgruppe die Formulare zur stufenweisen Wiedereingliederung in einem Umschlag über ihr klinikinternes Postfach. Diesem Umschlag war außerdem das Informationsschreiben an den Arbeitgeber beigelegt, das eigenständig bei der Arbeitsplatzrückkehr an den Arbeitgeber übermittelt werden musste.

Tabelle 1: Überblick über Maßnahmen und Interventionen in der Kontroll- sowie der Interventionsgruppe.

Maßnahme	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
Erstes Beratungsgespräch	X	X
Zweites Beratungsgespräch	X	
Ggfs. drittes Beratungsgespräch	X	
Ausgabe zusätzlicher Informationen	X	
Erster Anruf (2. Woche nach Entlassung)	X	
Zweiter Anruf (in den letzten beiden Wochen der STW)	X	
Angebot, sich jederzeit bei Sozialberatung zu melden	X	

Tabelle 2: Messzeitpunkte und Messverfahren der Evaluation der begleitenden stufenweisen Wiedereingliederung

<i>Beginn der stationären Rehabilitation</i>	<i>Behandlung</i>	<i>Abschluss des stationären Aufenthaltes</i>	<i>6-Monats-Katamnese</i>
<i>T₁-Fragebogen:</i>	<i>Dokumentationsbogen:</i>	<i>T₂-Fragebogen:</i>	<i>T₃-Fragebogen:</i>
KFZA:	Eingangs- und Abschluss-Diagnosen	VFE: direkte Veränderung des Spannungserlebens und Befindens	Fragen zum Verlauf der STW
<ul style="list-style-type: none"> • Handlungsspielraum • Vielseitigkeit • Ganzheitlichkeit • Soziale Rückendeckung • Zusammenarbeit • Qualitative Arbeitsbelastung • Quantitative Arbeitsbelastung • Arbeitsunterbrechungen • Umgebungsbelastungen • Information und Mitsprache • Betriebliche Leistungen 	Art und Anzahl der Vorbehandlungen	Zukunftsvertrauen	Beratungszufriedenheit
	AU-Zeiten	Selbstwertgefühl	Arbeitszufriedenheit
	Art und Anzahl der Beratungsgespräche	Arbeitszufriedenheit	Zukunftsvertrauen
	Stufenplan		Daten der DRV: Erwerbsstatus zu Projektende
4 AVEM-Skalen:	Behandlungsdauer		
<ul style="list-style-type: none"> • Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit • Erfolgserleben im Beruf • Distanzierungsfähigkeit • Offensive Problembewältigung 			
Zukunftsvertrauen (H-RA-Skala)			
Selbstwertgefühl (Rosenberg Self Esteem Scale)			
SOZIO-DEM (soziodemografische Angaben)			
Arbeitszufriedenheit			
Körperliche Belastung durch die Berufstätigkeit			
Psychische Belastung durch die Berufstätigkeit			
Lebenszufriedenheit			

3.3 Studiendesign und Stichprobenumfangsplanung

Bei der vorliegenden Evaluationsstudie handelt es sich um eine prospektive Kontrollgruppenstudie mit einer Quasi-Randomisierung in zeitlich versetzten Clustern. Die Effekte der intensivierten Nachsorge in Form einer begleitenden Sozialberatung werden damit durch ein prospektives, kontrolliertes Design evaluiert, das im erweiterten 4-Phasen-Prüfmodell für die klinisch-psychologische Interventionsforschung (vgl. Krampen, Schui & Wiesenhütter, 2008) der Phase 2 der randomisierten Studien zuzuordnen ist. Von einem vollständig randomisierten Design wurde abgesehen, da bei gleichzeitigem Aufenthalt von Interventions- und Kontrollgruppe in der Klinik ein Austausch der Patienten über die Intervention zu einem Bias hätte führen können.

In die Studie wurden Patienten einbezogen, bei denen eine stufenweise Wiedereingliederung im Zeitraum der stationären Rehabilitation eingeleitet wurde. Die Einteilung in Interventions- bzw. Kontrollgruppe ergab sich aus dem Datum der Erstberatung in der Sozialberatung. Wenn dieser Erstkontakt in einem Interventionsmonat lag, wurde der Patient in die Interventionsgruppe eingeteilt. Lag der Beratungskontakt außerhalb des Interventionsmonats, wurden Patienten der Kontrollgruppe zugeordnet.

Durch den Vergleich der Kontroll- mit der Interventionsgruppe zum Katamnesezeitpunkt (sechs Monate nach Abschluss der stationären Rehabilitation) lässt sich eine Aussage darüber treffen, in welchem Ausmaß die zusätzliche telefonische Beratung während der STW und die intensiverte Beratung während der stationären Rehabilitation zu einer erfolgreichen Wiedereingliederung beiträgt. Bei zweiseitigem Signifikanztest mit einem α -Fehlerniveau von 5 %, einer Teststärke von 95 % und einer mittleren Effektstärke von $d = 0.5$ (nach den Konventionen von Cohen, 1988) ergibt sich mit dem Programm G*Power (Erdfelder, Faul & Buchner, 1996) eine Stichprobengröße von 210 ($n = 105$ pro Gruppe). Geht man bei der katamnestischen Datenerhebung von einem Rücklauf von ca. 50 % aus, so sind insgesamt 400 an der Studie teilnehmende Patienten vonnöten. Da das klinikinterne Beratungsangebot pro Jahr von 200 Patienten in Anspruch genommen werden kann und der Katamnesezeitpunkt sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitation liegt, war demnach mit einer zweieinhalbjährigen Laufzeit der Datenerhebung zu rechnen.

3.4 Beschreibung der Studienstichprobe

Im Folgenden wird die erhobene Studienstichprobe im Detail beschrieben (siehe auch Tabelle 3). Insgesamt konnten Daten von $N = 372$ Patienten erfasst werden. Hiervon sind 34.7 % weiblichen und 53.2 % männlichen Geschlechts, während von 12.1 % Angaben bezüglich der Geschlechtszugehörigkeit fehlten. Das Durchschnittsalter lag in der Gesamtstichprobe bei $M = 47.5$ Jahren ($SD = 8.45$). Als Familienstatus gaben 50 % verheiratet, 15.3 % geschieden, 3.8 % verwitwet und 18.6 % ledig an, während von 12.4 % der Teilnehmer entsprechende Angaben fehlten.

Tabelle 3: Absolute und relative Häufigkeiten in zentralen soziodemografischen Variablen in der resultierenden Studienstichprobe ($N = 372$).

		Absolute Häufigkeiten f_{abs}	Relative Häufigkeiten f_{rel} (in %)
Geschlecht	weiblich	129	34.7
	männlich	198	53.2
	fehlende Angaben	45	12.1
Familienstand	verheiratet	186	50.0
	geschieden	57	15.3
	verwitwet	14	3.8
	ledig	69	18.6
	fehlende Angaben	46	12.4

Fortsetzung von Tabelle 3

		Absolute Häufigkeiten f_{abs}	Relative Häufigkeiten f_{rel} (in %)
Kinder	0	95	25.5
	1	71	19.1
	2	111	29.8
	3	38	10.2
	4	7	1.9
	5	5	1.3
	6	1	0.3
	fehlende Angaben	45	12.1
GdB	Ja	54	14.5
	Nein	272	73.1
	fehlende Angaben	46	12.4
GdB-Stufe (in %)	10	1	0.3
	20	4	1.1
	30	14	3.8
	40	8	2.2
	50	19	5.1
	60	3	0.8
	70	1	0.3
	80	1	0.3

Bildungsabschluss	fehlende Angaben	321	86.3
	keiner	16	4.3
	Haupt-/Volksschule	129	34.7
	Mittlere Reife	59	15.9
	Berufsschule	54	14.5
	Fachhochschulreife	37	9.9
	Abitur	16	4.3
	Studienabschluss FH	11	3.0
Derzeitige Tätigkeit	Studienabschluss Uni	4	1.1
	fehlende Angaben	46	12.4
	Vollzeit	274	73.7
	Teilzeit	48	12.9
	Arbeitslos	1	0.3
Berufsgruppe	Ausbildung	3	0.8
	fehlende Angaben	46	12.4
	Facharbeiter	79	21.2
	Arbeiter (auch Hilfsarbeiter)	69	18.5
	Leitender Angestellter/Manager	19	5.1
	Angestellter	115	30.9
	Auszubildender	2	0.5
	Kraftfahrer	13	3.5
	Gaststättengewerbe-Bediensteter	1	0.3
	Kranken- und Pflegepersonal, angestellte	16	4.3
Ärzte			
Akademischer Beruf, abhängig beschäftigt	3	0.8	
fehlende Angaben	55	14.8	

Fortsetzung von Tabelle 3

		Absolute Häufig- keiten	Relative Häufig- keiten
		f_{abs}	f_{rel} (in %)
Vorbehandlung ¹	keine	104	28.0
	Nervenarzt (ambulant)	133	35.8
	Psychotherapie (ambulant)	107	28.8
	Psychiatrie (stationär)	44	11.8
	Psychosomatik (stationär)	19	5.1

*Anmerkungen.*¹ Mehrfachnennungen möglich; GdB = Grad der Behinderung.

Tabelle 4: Verteilung weiterer soziodemografischer und berufsbezogener Variablen in der resultierenden Stichprobe.

	n	Mittelwert	Streuung	Minimum	Maximum
Alter	324	47.50	8.45	23	63
Arbeitsunfähigkeit in Mo- naten (letzte 5 Jahre)	336	2.06	0.78	1	3
Anzahl direkter Kollegen	307	14.54	39.29	0	600
Beschäftigte im Betrieb	300	2726.73	23900.78	1	400000

Im Folgenden wird zudem ein Überblick über die von der Klinik vergebenen Erstdiagnosen geliefert. Von den 372 Studienteilnehmern lagen bei 359 Patienten Angaben zu den Erstdiagnosen vor. Hiervon waren 40.7 % der ICD-10-Gruppe F3 der Affektiven Störungen, 39.4 % der Gruppe F4 der Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, 2.2 % der Gruppe F1 der Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, 1.5 % der Gruppe F6 der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und 0.3 % der Gruppe F5 der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren zuzuordnen. Die Erstdiagnosen der übrigen 15.9 % der Studienteilnehmer sind anderen als dem F-Kapitel des ICD-10 zuzuordnen, weisen aber zumindest als Zweit- oder Drittdiagnose eine Störung aus dem F-Kapitel auf. Die detaillierte Auflistung der absoluten und relativen Häufigkeiten der zum Behandlungsbeginn vergebenen Diagnosen findet sich im Anhang.

4 Ergebnisse

Zunächst erfolgt ein Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich behandlungsspezifischer Charakteristika (siehe Abschnitt 4.1), bevor dann in Abschnitt 4.2 die Effekte der Intervention evaluiert und in Abschnitt 4.2.2 die Determinanten für eine erfolgreiche Wiedereingliederung eruiert werden. Kapitel 4.4 ist der Qualitativen Auswertung der telefonischen Nachsorge und Kapitel 4.5. der katamnestischen Auswertung der Versicherungskonten 12 Monate nach Entlassung aus der Rehabilitation gewidmet.

4.1 Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich behandlungs- und beratungsspezifischer Charakteristika

Um zu überprüfen, ob die intendierte experimentelle Manipulation gelungen ist und um herauszufinden, worin nun faktisch die Unterschiede bezüglich Kontroll- und Interventionsgruppe bestehen, wurden eine Reihe von Vergleichen gezogen, die im Folgenden dargestellt werden.

Zunächst wird die Anzahl der tatsächlich erhaltenen Beratungsgespräche durch die Sozialberatung der Eifelklinik in der Kontroll- und der Interventionsgruppe miteinander verglichen. Dabei zeigt sich, dass die Teilnehmer der Interventionsgruppe im Durchschnitt $M = 2.9$ ($SD = .81$) Beratungsgespräche und die Teilnehmer der Kontrollgruppe im Durchschnitt $M = 2.09$ ($SD = .88$) Beratungsgespräche erhalten haben. Da der entsprechende t-Test mit $t_{df=351} = 9.00$ auf dem 0.1 %-Niveau signifikant wird, kann davon ausgegangen werden, dass die Interventionsgruppe im Durchschnitt signifikant mehr Beratungsgespräche erhalten hat als die Kontrollgruppe – nämlich durchschnittlich nahezu ein Beratungsgespräch mehr. Die deskriptive Darstellung dieses Vergleichs ist Tabelle 5 sowie Abbildung 1 zu entnehmen.

Tabelle 5: Vergleich der Anzahl an Beratungsgesprächen in der Interventions- und der Kontrollgruppe.

	Anzahl der Beratungsgespräche					Gesamt
	1	2	3	4	5	
Intervention	5	49	95	29	6	184
Kontrolle	41	85	31	10	2	169
Gesamt	46	134	126	39	8	353

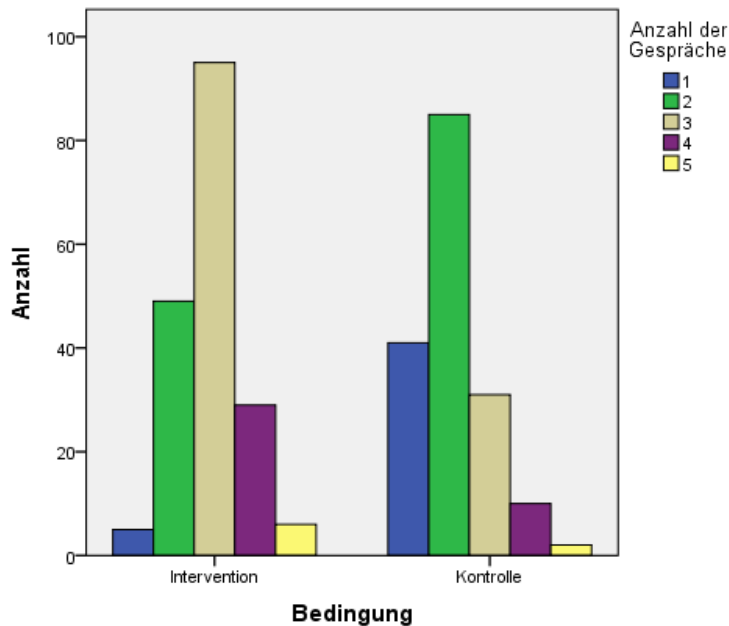


Abbildung 1: Vergleich der Anzahl an Beratungsgesprächen in der Interventions- und der Kontrollgruppe.

Weiterhin wurde für jeden Studienteilnehmer über alle erhaltenen Beratungsgespräche hinweg die jeweilige Gesprächsdauer (in Minuten) zu einer individuellen Gesamtgesprächsdauer aufaddiert. Dabei zeigt sich, dass die Interventionsgruppe im Durchschnitt eine Gesamtgesprächsdauer von $M_{IG} = 54.83$ Minuten ($SD = 14.83$) und die Kontrollgruppe von $M_{KG} = 35.33$ Minuten ($SD = 10.83$) aufweist. Da der entsprechende t-Test mit $t_{df=351} = 14.13$ auf dem 0.1 %-Niveau signifikant wird, kann davon ausgegangen werden, dass die Interventionsgruppe im Durchschnitt eine signifikant längere Beratung erhalten hat – nämlich durchschnittlich über den gesamten Beratungsprozess während des Klinikaufenthalts hinweg eine um etwa 20 Minuten längere Beratung. Außer Acht blieben bei diesem Vergleich die zwei Telefongespräche während der Wiedereingliederungsphase, die ausschließlich die Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten.

Fasst man nun die soeben berichteten Befunde zusammen, so kann man davon ausgehen, dass die Teilnehmer der Interventionsgruppe im Vergleich zu denjenigen in der Kontrollgruppe im Durchschnitt ein Beratungsgespräch mehr sowie eine um durchschnittlich 20 Minuten längere Beratung während des Klinikaufenthaltes und zwei zusätzliche Telefongespräche während der Wiedereingliederungsphase erhielten.

Vor allem bezüglich der Beratungsgespräche während des Klinikaufenthaltes fällt dieser Unterschied nicht so deutlich aus, wie dies ursprünglich durch das Studiendesign vorgesehen war. Die Ursache hierfür wird im Folgenden kurz erörtert.

Dafür ist es notwendig, zwischen den regulären Beratungsgesprächen und der Sprechstunde der Sozialberatung, die von allen Patienten in Eigeninitiative aufgesucht werden kann, zu unterscheiden. Betrachtet man die regulären Beratungsgespräche der Sozialberatung, so gestaltet sich der Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe so, wie dies ursprünglich auch intendiert war: Hier zeigt sich, dass Teilnehmer in der Interventionsgruppe mehr reguläre Beratungsgespräche erhielten als Teilnehmer der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 2 und Abbildung 3).

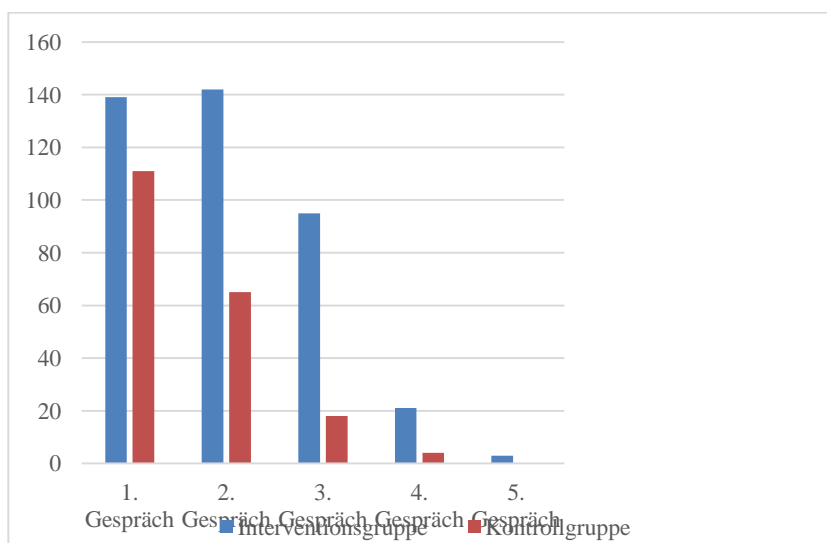


Abbildung 2: Vergleich der absoluten Häufigkeiten der regulären Beratungsgespräche zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

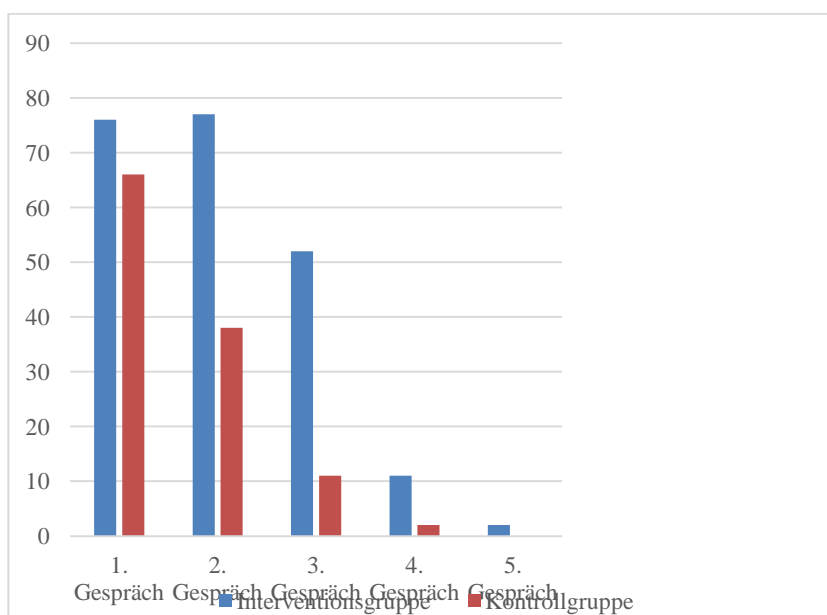


Abbildung 3: Vergleich der relativen Häufigkeiten (in Prozent; relativiert an den gültigen Fällen der jeweiligen Untersuchungsbedingung) der regulären Beratungsgespräche zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

Betrachtet man nun jedoch die absoluten und relativen Häufigkeiten der selbst initiierten Sprechstundentermine, so zeigt sich deutlich, wodurch die Reduktion der intendierten Intervention zustande kam (vgl. auch Abbildung 4 und Abbildung 5): Bei Betrachtung der ersten beiden Sprechstundentermine zeigt sich, dass die Teilnehmer der Kontrollgruppe im Durchschnitt häufiger die Sprechstunde aufsuchten als Teilnehmer der Interventionsgruppe. Exemplarisch zeigt sich dies durch einen signifikanten Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe bezüglich des 2. Sprechstundentermins, der mit $\chi^2_{df=1} = 5.08$ auf dem 5 %-Niveau signifikant wurde.

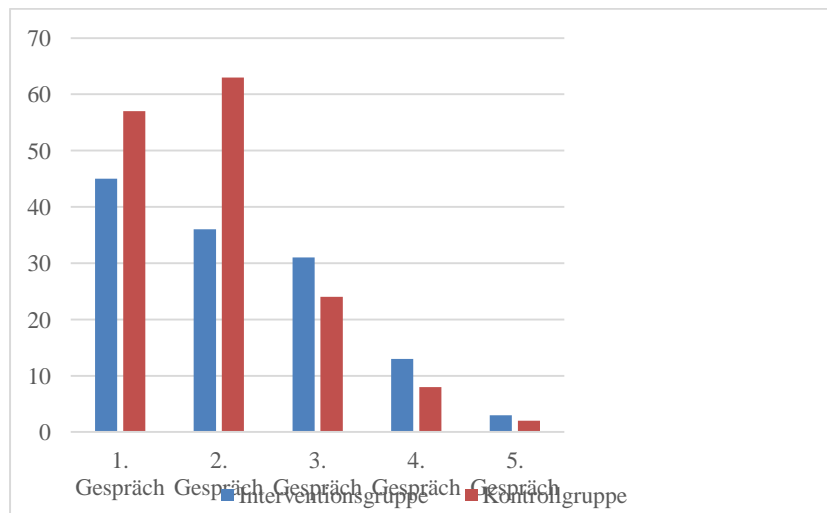


Abbildung 4: Vergleich der absoluten Häufigkeiten der selbst initiierten Sprechstundentermine zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

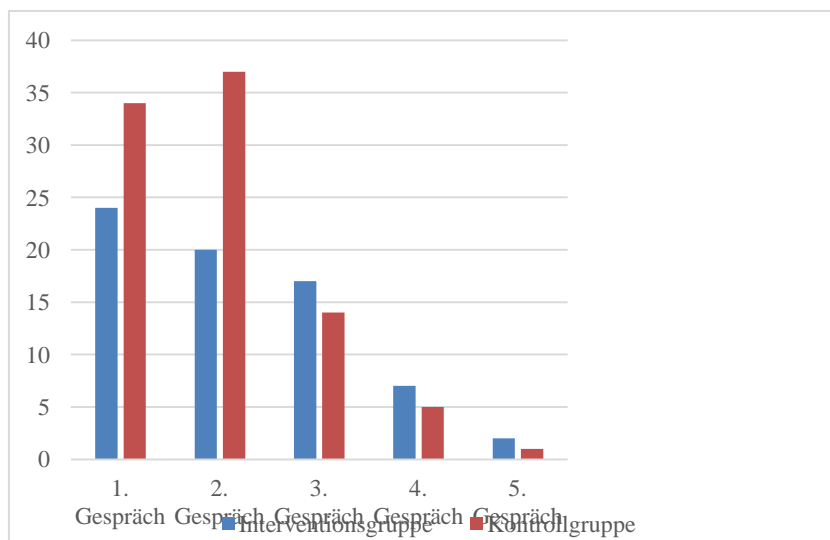


Abbildung 5: Vergleich der relativen Häufigkeiten (in Prozent; relativiert an den gültigen Fällen der jeweiligen Untersuchungsbedingung) der selbst initiierten Sprechstundentermine zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

Auch wenn also insgesamt betrachtet die Teilnehmer in der Interventionsgruppe während der Wiedereingliederungsphase zwei Telefonate und während dem Klinikaufenthalt im Durchschnitt ein Beratungsgespräch mehr bzw. 20 Minuten länger Beratung erhielten, suchten die Teilnehmer der Kontrollgruppe zumindest signifikant häufiger die Sprechstunde auf.

4.2 Vergleiche zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich des Verlaufs und der Ergebnisse der Wiedereingliederung

Die Interventionsgruppe unterscheidet sich in zahlreichen Variablen statistisch **nicht** bedeutsam von der Kontrollgruppe, so wie dies die entsprechenden Chi-Quadrat-Tests zeigten. So gibt es etwa keine Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich des Geschlechts, des Familienstandes, der Kinder, des Besitzes eines Behindertenausweises, des Bildungsabschlusses, des Ausmaßes der Berufstätigkeit (Voll- oder Teilzeit), der Berufsgruppe sowie des Rentenwunsches (unabhängig vom Erhebungszeitpunkt). Des Weiteren zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der Arbeitsunfähigkeitsdauer in den letzten fünf Jahren, bezüglich des Alters, der Behinderungseinstufung (nach GdB), bezüglich der Wochenarbeitszeit, bezüglich der Anzahl direkter Kollegen, der Beschäftigten im Betrieb, der körperlichen sowie der psychischen berufsbedingten Belastung (sowohl zum Behandlungsanfang als auch zum -ende) sowie der Lebenszufriedenheit (sowohl zum Behandlungsanfang als auch zum -ende). Auch in sämtlichen Skalen des KFZA und der vier AVEM-Skalen zeigen sich **keine** signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe.

Allerdings weist die Kontrollgruppe im Vergleich zur Interventionsgruppe zum Behandlungsbeginn in folgenden Skalen signifikant höhere Werte auf: Im Zukunftsvertrauen ($M_{IG} = 3.38$, $M_{KG} = 3.59$, $t_{df=309} = -2.22$, $p < .05$ und einer Effektgröße von $\omega^2 = .01$), im Selbstwertgefühl ($M_{IG} = 1.71$, $M_{KG} = 1.90$, $t_{df=312} = -2.68$, $p < .01$ und einer Effektgröße von $\omega^2 = .02$) sowie in der Arbeitszufriedenheit ($M_{IG} = 3.09$, $M_{KG} = 3.39$, $t_{df=307} = 1.99$, $p < .05$ und einer Effektgröße von $\omega^2 = .01$).

Damit bestehen bereits zum Behandlungsbeginn geringe, aber statistisch signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe, die die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen einschränkt. An dieser Stelle zeigt sich, dass die Randomisierung nicht vollständig gelungen ist. Diese Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bestehen je-

doch zum Behandlungsende und zum Katamnesezeitpunkt nicht mehr, da hier die entsprechenden t-Tests nicht mehr signifikant werden. Dies zeigt sich auch bei Betrachtung der Veränderung der drei Variablen über die drei Messzeitpunkte hinweg im Rahmen einer multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung. Hierbei wurden die Interventions- und die Kontrollgruppe als die beiden Stufen des Zwischensubjektfaktors, die drei Variablen des Zukunftsvertrauens, des Selbstwertgefühls und der Arbeitszufriedenheit als abhängige Variablen und die drei Messzeitpunkte zum Behandlungsbeginn, zum Behandlungsende sowie zum Katamnesezeitpunkt sechs Monate nach Behandlungsende als Stufen des messwiederholten Innersubjektfaktors betrachtet. Dabei zeigt sich, dass der multivariate Test für den messwiederholten Innersubjektfaktor signifikant wird (siehe Tabelle 6), die übrigen multivariaten Tests jedoch ohne signifikanten Befund bleiben. Dies schließt damit auch ein, dass keinerlei statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zu beobachten sind.

Tabelle 6: Multivariate Tests der MANOVA-R mit dem Zukunftsvertrauen, dem Selbstwertgefühl und der Arbeitszufriedenheit als abhängigen Variablen, den drei Messzeitpunkten als Stufen des messwiederholten Innersubjektfaktors und den beiden Bedingungen als Stufen des Zwischensubjektfaktors.

	Wilks-Lambda	F	df ₁	df ₂	Sign.	Partielles Eta-Quadrat
Bedingung	.98	1.19	3	145	.31	.02
Messzeitpunkt	.69	10.67	6	142	.00	.31
Messzeitpunkt x Bedingung	.96	0.93	6	142	.47	.04

Anmerkungen. df_1 = Freiheitsgrade der Hypothesen, df_2 = Fehlerfreiheitsgrade.

Auf univariater Ebene kann man erkennen (siehe Tabelle 7), dass in allen drei abhängigen Variablen signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten bestehen.

Tabelle 7: Univariate Tests der MANOVA-R mit dem Zukunftsvertrauen, dem Selbstwertgefühl und der Arbeitszufriedenheit als abhängigen Variablen, den Messzeitpunkten als Stufen des Innersubjektfaktors und den beiden Bedingungen als Stufen des Zwischensubjektfaktors.

	Abhängige Variable	F	df	Sign.	Part. Eta-Quadrat
Bedingung	Zukunftsvertrauen	2.18	2	.19	.01
	Selbstwertgefühl	3.34	2	.14	.02
	Arbeitszufriedenheit	1.71	2	.07	.01
Messzeitpunkt	Zukunftsvertrauen	18.87	2	<.01	.11
	Selbstwertgefühl	6.43	2	<.01	.04
	Arbeitszufriedenheit	4.93	2	.01	.03
Messzeitpunkt	Zukunftsvertrauen	0.48	2	.62	.00
X	Selbstwertgefühl	1.02	2	.36	.01
Bedingung	Arbeitszufriedenheit	0.27	2	.77	.00

Diese Unterschiede wurden zudem über paarweise Vergleiche (nach Bonferroni-Korrektur, siehe Tabelle 8 bis Tabelle 10) genauer untersucht und in den Abbildungen 6 bis 8 grafisch dargestellt.

Betrachtet man das Zukunftsvertrauen über die Messzeitpunkte hinweg, so fällt auf, dass unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit (zur Interventions- oder Kontrollgruppe) zwischen Behandlungsbeginn und –ende ein signifikanter Zuwachs im Zukunftsvertrauen stattfindet. Auch wenn in dieser Variablen zwischen dem Behandlungsende und dem Katamnesezeitpunkt eine geringe, aber dennoch signifikante *Abnahme* zu verzeichnen ist, kann die Veränderung zwischen Behandlungsbeginn und Katamnesezeitpunkt immer noch als signifikanter Zuwachs an Zukunftsvertrauen beschrieben werden (siehe Abbildung 6).

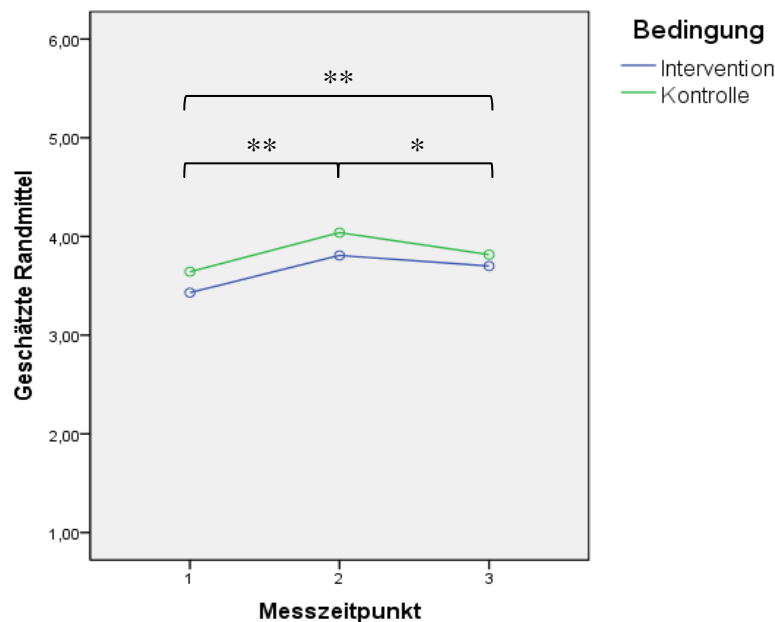


Abbildung 6: Das Zukunftsvertrauen in der Interventions- und Kontrollgruppe über die drei Messzeitpunkte hinweg.

Tabelle 8: Paarweise Vergleiche der Stufen des Innersubjektfaktors „Messzeitpunkt“ in der abhängigen Variablen „Zukunftsvertrauen“.

Messzeitpunkt	Messzeitpunkt	Mittelwertsdifferenz	Standardfehler	Signifikanz ^a
1	2	-.39	.05	<.01
	3	-.22	.07	<.01
2	1	.39	.05	<.01
	3	.16	.07	.05

Anmerkung.^anach Bonferroni-Korrektur.

Das Selbstwertgefühl der Teilnehmer erfährt unabhängig von ihrer Gruppenzugehörigkeit zur Interventions- oder Kontrollgruppe zwischen Behandlungsbeginn und –ende einen signifikanten Zuwachs, wie Abbildung 7 und den zugehörigen paarweisen Vergleichen zu entnehmen ist.

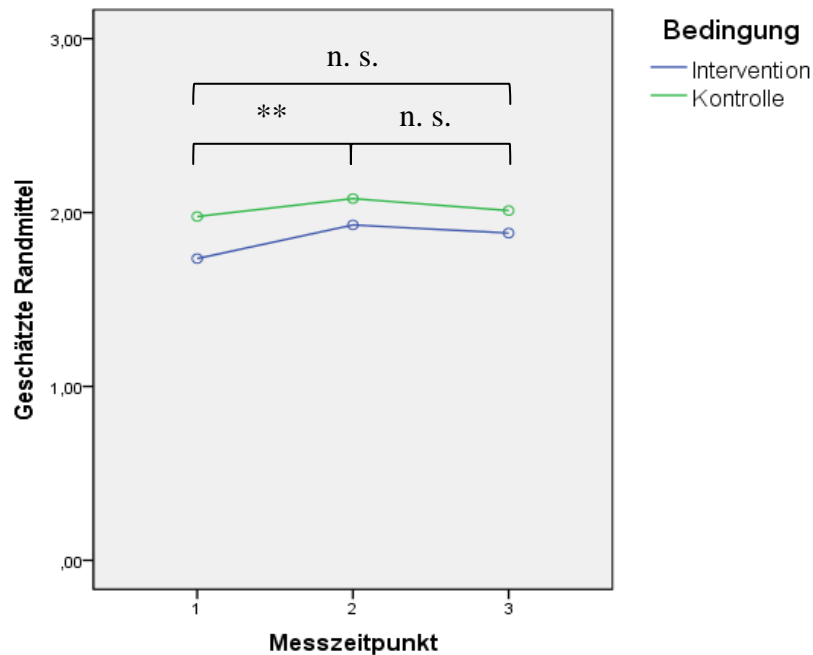


Abbildung 7: Das Selbstwertgefühl in der Interventions- und Kontrollgruppe über die drei Messzeitpunkte hinweg.

Tabelle 9: Paarweise Vergleiche der Stufen des Innersubjektfaktors „Messzeitpunkt“ in der abhängigen Variablen „Selbstwertgefühl“.

Messzeitpunkt	Messzeitpunkt	Mittelwertsdifferenz	Standardfehler	Signifikanz ^a
1	2	-.15	.04	<.01
	3	-.09	.04	.12
2	1	.15	.04	<.01
	3	.06	.04	.57

Anmerkung. ^anach Bonferroni-Korrektur.

Bei Betrachtung der Arbeitszufriedenheit als abhängiger Variablen kann man erkennen, dass unabhängig von der Bedingungszugehörigkeit zwischen Behandlungsbeginn und –ende eine signifikante Erhöhung der Arbeitszufriedenheit stattfindet. Zwischen Behandlungsbeginn und Katamnesezeitpunkt fällt dieser Zuwachs immer noch marginal signifikant aus (siehe Abbildung 8 sowie Tabelle 10).

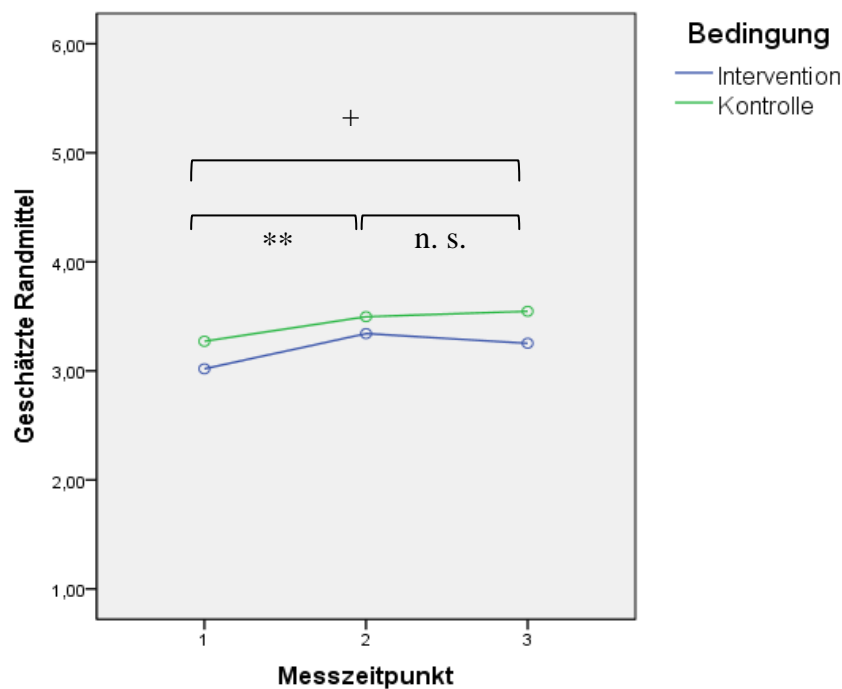


Abbildung 8: Die Arbeitszufriedenheit in der Interventions- und Kontrollgruppe über die drei Messzeitpunkte hinweg.

Tabelle 10: Paarweise Vergleiche der Stufen des Innersubjektfaktors „Messzeitpunkt“ in der abhängigen Variablen „Arbeitszufriedenheit“.

Messzeitpunkt	Messzeitpunkt	Mittelwertsdifferenz	Standardfehler	Signifikanz ^a
1	2	-.27	.07	<.01
	3	-.25	.11	.06
2	1	.27	.07	<.01
	3	.02	.11	1.00

Anmerkung.^anach Bonferroni-Korrektur.

Fasst man die bisherigen Ergebnisse zusammen, so kann man konstatieren, dass sich die Interventions- und Kontrollgruppe in einer Vielzahl von soziodemografischen Variablen nicht bedeutsam voneinander unterscheidet. Bezüglich des Zukunftsvertrauens, des Selbstwertgefühls und der Arbeitszufriedenheit bestehen jedoch zu Behandlungsbeginn signifikante Unterschiede, die sich allerdings im Laufe der Behandlung nivellieren. Des Weiteren ist in der gesamten Stichprobe (also sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe) im Durchschnitt während der Behandlung ein Zuwachs im Zukunftsvertrauen, im Selbstwertgefühl und in der Arbeitszufriedenheit zu verzeichnen.

Keine bedeutsamen statistischen Unterschiede zwischen den beiden Bedingungen finden sich auch im zentralen Therapieerfolgsmaß VFE-PT: Hier nimmt der t-Test einen Wert von

$t_{df=250} = -1.18$ ($p > .10$) an und weist damit darauf hin, dass die direkte Veränderung im Entspannungserleben und Befinden in beiden Gruppen im Durchschnitt ähnlich eingeschätzt wurde.

Letztendlich ist nun aber für die Fragestellungen der vorliegenden Studie viel entscheidender, welchen Verlauf die stufenweise Wiedereingliederung jeweils in der Interventions- und Kontrollgruppe genommen hat und welches Ergebnis für Arbeit und Gesundheit hieraus resultiert. Im folgenden Abschnitt wird zunächst der Verlauf der STW und im darauf folgenden Abschnitt dann das Ergebnis der STW in den beiden Gruppen untersucht.

4.2.1 Vergleich des Ablaufs der stufenweisen Wiedereingliederung in der Interventions- und in der Kontrollgruppe

Die durchschnittliche Anzahl der Stufen des während des Klinikaufenthalts vereinbarten Stufenplans unterscheidet sich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe mit $t_{df=342} = 2.58$ ($p < .01$ und einer Effektgröße von $\omega^2 = .02$) signifikant voneinander mit einem kleinen Effekt (vgl. Cohen, 1988). Während in der Interventionsgruppe im Durchschnitt $M_{IG} = 2.54$ ($SD = 0.69$) Stufen eingeplant wurden, waren dies in der Kontrollgruppe lediglich $M_{KG} = 2.36$ ($SD = 0.62$) Stufen. Des Weiteren weist die Interventionsgruppe auf den ersten drei Stufen der Stufenpläne im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant kürzere tägliche Arbeitszeiten auf (mit $t_{df=341} = -1.92$, $p < .10$ auf der ersten Stufe, $t_{df=329} = -2.66$, $p < .01$ auf der zweiten Stufe und $t_{df=147} = -2.05$, $p < .05$ auf der dritten Stufe).

Dieses Bild bestätigt sich auch bei Betrachtung der *tatsächlich verwirklichten* Stufenpläne: Auch hier unterscheidet sich die durchschnittliche Anzahl der Stufen des Stufenplans zwischen Interventions- und Kontrollgruppe mit $t_{df=169} = 3.56$ ($p < .001$ und einer Effektgröße von $\omega^2 = .06$) signifikant mit kleinem Effekt voneinander. Während in der Interventionsgruppe im Durchschnitt $M_{IG} = 2.8$ ($SD = 0.88$) Stufen umgesetzt wurden, waren dies in der Kontrollgruppe lediglich $M_{KG} = 2.36$ ($SD = 0.74$) Stufen. Auch hier weist die Interventionsgruppe auf drei Stufen der Stufenpläne im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant kürzere tägliche Arbeitszeiten auf (mit $t_{df=169} = -2.59$, $p < .05$ auf der ersten Stufe, $t_{df=157} = -3.04$, $p < .01$ auf der zweiten Stufe und $t_{df=24} = -2.35$, $p < .05$ auf der vierten Stufe).

Es kann also konstatiert werden, dass die Interventionsgruppe im Durchschnitt eine signifikant längere Wiedereingliederungsphase mit geringeren Steigerungen in der täglichen Arbeitsbelastung erhalten hat als die Kontrollgruppe.

4.2.2 Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich Kriterien einer erfolgreichen Wiedereingliederung

Hier werden diejenigen Ergebnisse dargestellt, die sich auf die zentrale Fragestellung der Studie beziehen (siehe auch Abschnitt 2, Fragestellung 1): Führt das Nachsorgeangebot der begleitenden Sozialberatung zu einer höheren Wiedereingliederungsrate und positiveren arbeits- und gesundheitsbezogenen Verläufen im Vergleich zu einer Patientengruppe, die dieses Angebot nicht erhält?

Als zentrale Kriterien für die Evaluation des Zugewinns durch eine intensivierete Beratung während des Klinikaufenthalts und einer telefonischen Begleitung während der Wiedereingliederung sind zum einen die Beratungszufriedenheit und zum anderen die Arbeitszufriedenheit zum Katamnesezeitpunkt sechs Monate nach Behandlungsabschluss anzusehen. Dabei zeigt sich, dass weder in der Beratungszufriedenheit (mit $t_{df=188} = -0.87, p > .05$ n. s., $d = .02$ und einer Post-hoc-Teststärke von $1 - \beta = .38$) noch in der Arbeitszufriedenheit (mit $t_{df=185} = -1.80, p > .05$ n. s., $d = .03$ und einer Post-hoc-Teststärke von $1 - \beta = .08$) signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bestehen. Allerdings sind die erreichten Teststärken nicht ausreichend, um die ermittelten und als klein einzustufenden Effekte mit ausreichender Wahrscheinlichkeit ausschließen zu können.

Zudem bestehen zum Katamnesezeitpunkt weder in der körperlichen berufsbedingten Belastung ($t_{df=190} = -0.72, p > .10, d = .02$ und einer Post-hoc-Teststärke von $1 - \beta = .33$) noch in der psychischen berufsbedingten Belastung ($t_{df=190} = 1.07, p > .10, d = .001$ und einer Post-hoc-Teststärke von $1 - \beta = .43$) signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Auch in der zum Katamnesezeitpunkt eingeschätzten Lebenszufriedenheit zeigen sich keine signifikanten Unterschiede ($t_{df=192} = -0.91, p > .10$). Jedoch auch hier zeigt sich, dass die erreichten Teststärken nicht ausreichen, um die ermittelten Effekte mit ausreichender Sicherheit ausschließen zu können.

Zum Katamnesezeitpunkt sechs Monate nach dem Behandlungsabschluss wurden die Studienteilnehmer über ein Item des T3-Fragebogens gefragt, ob sie die stufenweise Wiedereingliederung erfolgreich beenden konnten. Dabei sind zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe in diesem Item keine signifikanten Unterschiede zu verzeichnen, da der Chi-Quadrat-Test mit $\chi^2 (df = 1) = 1.08$ ($p = .40$, erreichter Effekt von $\omega^2 = 0.005$, Post-hoc-Teststärke von $1 - \beta = .52$) nicht signifikant wurde. Allerdings ist die erreichte Teststärke zu gering, um den erzielten Effekt mit ausreichender Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Eine grafische Darstellung der Verteilung in den beiden Gruppen ist Abbildung 9 zu entnehmen.

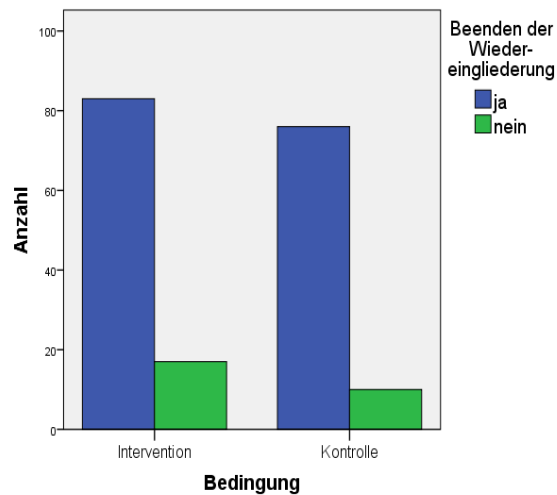


Abbildung 9: Erfolgreiche Beendigung der stufenweisen Wiedereingliederung in der Interventions- und Kontrollgruppe.

Es zeigt sich also, dass die Quote der erfolgreichen Beendigung der STW in der Gesamtstichprobe bei 85.1 %, in der Interventionsgruppe bei 83.2 % und in der Kontrollgruppe bei 87.4 % liegt. Dies mag zwar auf deskriptive Unterschiede hindeuten; statistisch signifikant fallen diese Unterschiede jedoch nicht aus.

Über ein weiteres Item wurde erfragt, auf welche Art die Teilnehmer die STW beendet haben. Auch hier gab es keinen statistisch bedeutsamen Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe, so wie dies der Chi-Quadrat-Test (mit $\chi^2 (df = 4) = 2.48, p = .65$, erreichter Effekt von $w^2 = 0.013$, Post-hoc-Teststärke von $1 - \beta = .84$) und die Abbildung 10 veranschaulichen. Die absoluten Häufigkeiten sind zudem in Tabelle 11 dargestellt. Die Nullhypothese, dass zwischen Interventions- und Kontrollgruppe keine Unterschiede bezüglich der Art der Beendigung der STW bestehen, kann hier aufgrund der ausreichend hohen Teststärke angenommen werden.

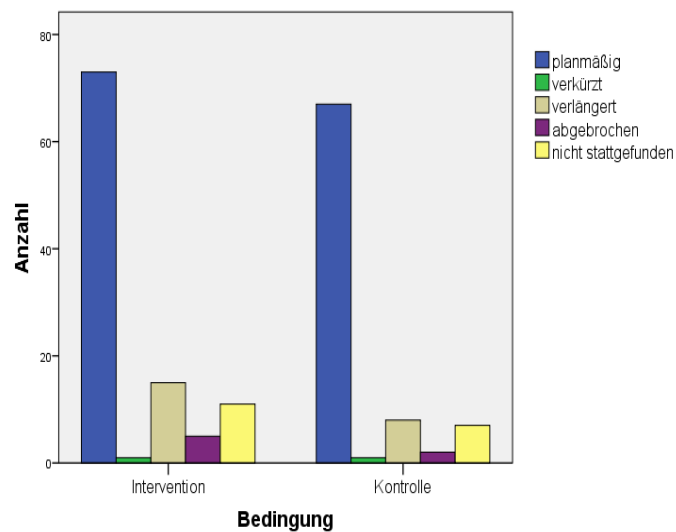


Abbildung 10: Art der Beendigung der stufenweisen Wiedereingliederung in der Interventions- und Kontrollgruppe.

Tabelle 11: Absolute Häufigkeiten der Art der Beendigung in der Interventions- und Kontrollgruppe sowie in der Gesamtstichprobe.

Art der Beendigung der STW	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Gesamtsumme
planmäßig	74	67	141
verkürzt	1	1	2
verlängert	15	8	23
abgebrochen	5	3	8
nicht stattgefunden	11	7	18
Gesamtsumme	106	86	192

Betrachtet man hierbei die reinen Abbruchquoten (also lediglich die Kategorie „abgebrochen“) so resultiert in der Gesamtstichprobe eine Abbruchquote von 4.2 %, in der Interventionsgruppe von 4.7 % und in der Kontrollgruppe von 3.5 %.

Ein weiteres, zentrales Evaluationskriterium besteht darin, ob die Berufstätigkeit nach der Wiedereingliederung fortgesetzt werden konnte. Über dieses Item wird also die Return-to-Work-Rate erfasst. Die absoluten Häufigkeiten der Itemantworten sind Tabelle 12 zu entnehmen.

Die Return-to-Work-Rate liegt also in der Gesamtstichprobe bei 82.1 %, in der Interventionsgruppe bei 83.7 % und in der Kontrollgruppe bei 80.2 %. Die Interventionsgruppe weist also auf deskriptiver Ebene eine höhere Return-to-work-Rate auf. Ob dieser Unterschied auch inferenzstatistisch abgesichert werden kann, wird im Folgenden dargestellt.

Tabelle 12: Absolute Häufigkeiten einer erfolgreichen oder nicht erfolgreichen Beendigung der stufenweisen Wiedereingliederung in der Interventions- und Kontrollgruppe sowie in der Gesamtstichprobe.

	Fortsetzen der Berufstätigkeit	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Gesamtsumme
ja		87	69	156
nein		17	17	34
Gesamtsumme		104	86	190

Auch wenn die große Mehrheit die entsprechende Frage des T3-Fragebogens bejahte, so zeigten sich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede, wie dies der Chi-Quadrat-Test mit $\chi^2 (df = 1) = 0.17, p = .68$ (erreichter Effekt von $w^2 = 0.0009$, Post-hoc-Teststärke von $1 - \beta = .70$) und Abbildung 11 veranschaulichen. Auch hier kann allerdings aufgrund einer zu geringen Teststärke die Nullhypothese nicht mit ausreichender Sicherheit angenommen werden.

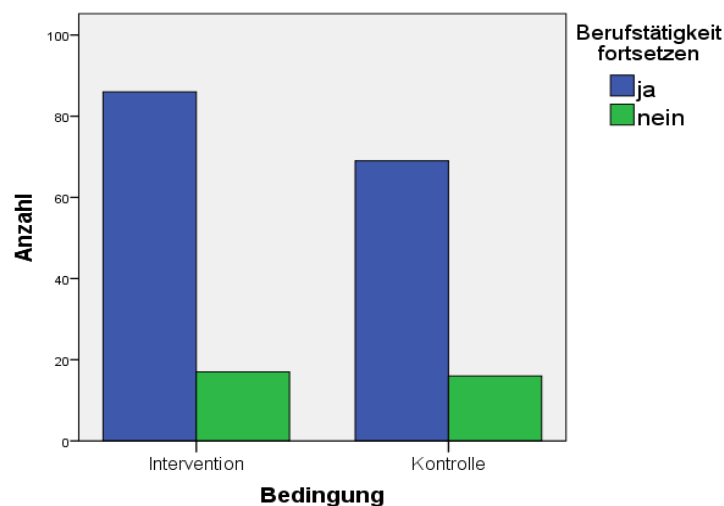


Abbildung 11: Fortsetzung der Berufstätigkeit nach der stufenweisen Wiedereingliederung in der Interventions- und Kontrollgruppe.

Schließlich wurde zum Katamnesezeitpunkt erfragt, wie sich die derzeitige berufliche Situation der Studienteilnehmer gestaltet. Die absoluten Häufigkeiten der Itemantworten in der Interventions- und Kontrollgruppe sowie in der Gesamtstichprobe sind Tabelle 13 zu entnehmen. Auch hier zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (mit $\chi^2 (df = 3) = 3.58, p = .31, w^2 = 0.02$, Teststärke $1 - \beta = .71$; vgl. auch Abbildung 12), wobei auch hier aufgrund einer ungenügenden Teststärke keine abschließende Entscheidung getroffen werden kann.

Tabelle 13: Absolute Häufigkeiten der Kategorien zur derzeitigen beruflichen Situation in der Interventions- und Kontrollgruppe sowie in der Gesamtstichprobe.

Beschäftigungsstatus zum Katamnesezeitpunkt	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Gesamtsumme
erwerbstätig am alten Arbeitsplatz	75	54	129
erwerbstätig an neuem Arbeitsplatz	14	16	30
arbeitsunfähig	11	12	23
arbeitslos	7	3	10
Gesamtsumme	107	85	192

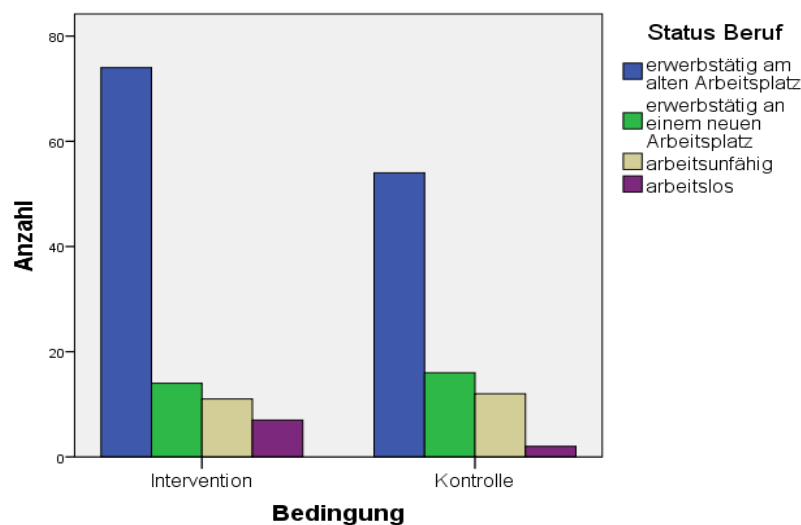


Abbildung 12: Beschäftigungsstatus nach der stufenweisen Wiedereingliederung in der Interventions- und Kontrollgruppe.

Insgesamt betrachtet sind also sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in der Interventions- und Kontrollgruppe sehr hohe Wiedereingliederungs- und Return-to-Work-Quoten zu beobachten. Allerdings müssen die ursprünglich vermuteten *mittleren* Effekte einer intensivierte Begleitung der STW auf Variablen wie Beratungszufriedenheit, Arbeitszufriedenheit, körperliche und psychische berufsbedingte Belastung, erfolgreiche Beendigung der STW, Fortsetzung der Berufstätigkeit oder den Beschäftigungsstatus ausgeschlossen werden.

4.3 Korrelate einer erfolgreichen stufenweisen Wiedereingliederung

Bürger et al. (2008) gehen auf Basis ihrer Ergebnisse davon aus, dass soziodemografische Variablen zwar einen eher geringen Einfluss darauf haben, ob nach der Rehabilitation eine

stufenweise Wiedereingliederung durchgeführt wird oder nicht; es zeigten sich jedoch statistisch bedeutsame Unterschiede in den Variablen Berufsausbildung, Schulbildung, Familiennettoeinkommen und Alter. Im Vergleich zu Versicherten, die keine STW durchführten, wiesen Versicherte mit STW eine bessere Berufsausbildung, eine höhere Schulbildung, ein höheres Familiennettoeinkommen und ein geringeres Durchschnittsalter auf. Laut den Ergebnissen von Bürger et al. (2008) geht der Alterseffekt jedoch nicht darauf zurück, dass Ältere ein geringeres Bedürfnis an einer Wiederbeschäftigung und ein geringeres Interesse an einer STW hätten. Stattdessen scheinen aus Sicht der älteren Versicherten eher die Ratschläge von Arbeitgebern, Hausärzten, Partnern, Familienangehörigen und Freunden häufiger eine Berentung und seltener eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit nahe zulegen. Als Ergebnis hiervon dachten etwa die über 50-jährigen Versicherten signifikant häufiger über eine Frühberentung nach als die jüngeren Versicherten. Des Weiteren wurden von Älteren auch häufiger als bei Jüngeren gesundheitliche oder arbeitsplatzbezogene Gründe angegeben, weshalb eine STW nicht möglich war.

Weitere Unterschiede beziehen sich darauf, dass Versicherte, die eine STW nach der Reha durchführten, eine signifikant geringere Erkrankungsdauer seit Erstmanifestation, einen besseren Gesundheitszustand und eine höhere berufliche Leistungsfähigkeit berichteten als Versicherte, die keine STW durchführten.

Insgesamt scheinen also vor allem diejenigen Versicherten nach einer Rehabilitationsbehandlung eine STW durchzuführen, die sich als gesünder und leistungsfähiger erleben (Bürger et al., 2008).

Auf Basis dieser Befunde wird nun im Folgenden anhand der aktuellen Stichprobe untersucht, welche Variablen zum Gelingen einer Wiedereingliederung beitragen bzw. im Umkehrschluss, zu einem Scheitern der STW führen können.

4.3.1 Gelingende Wiedereingliederung in Abhängigkeit von soziodemografischen Variablen

Wie bereits bei Bürger et al. (2008) zeigt sich auch in der vorliegenden Studie ein deutlicher Alterseffekt: Studienteilnehmer mit einer gelungenen Wiedereingliederung sind im Vergleich zu Teilnehmern, bei denen die STW nicht erfolgreich abgeschlossen werden konnte, signifikant jünger (mit $t_{df=169} = -2.99$, $p < .01$, $M_G = 48.13$ als Mittelwert in der Gruppe der Teilnehmer mit gelungener STW, $M_{NG} = 52.92$ als Mittelwert in der Gruppe der Teilnehmer,

deren STW als nicht gelungen einzustufen ist). Dasselbe Muster zeigt sich beim Vergleich von Studienteilnehmern, die ihre Berufstätigkeit fortsetzen konnten, im Vergleich zu Teilnehmern, die die Berufstätigkeit nicht fortsetzen konnten: Auch hier sind im Mittel diejenigen Studienteilnehmer jünger, die die Berufstätigkeit fortsetzen konnten (mit $t_{df=177} = -2.12$, $p < .05$, $M_F = 48.4$, $M_{NF} = 51.5$).

Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass bei globaler Betrachtung ein Hinweis dafür vorliegt, dass ein Abbruch der stufenweisen Wiedereingliederung und das Scheitern der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit mit einem höheren Lebensalter assoziiert sind.

In Abhängigkeit vom Alter und ebenfalls in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Bürger et al. (2008) zeigt sich auch, dass in der Gruppe derjenigen, die die Wiedereingliederung nicht beendeten, ein Rentenwunsch und ein bereits gestellter Rentenantrag im Vergleich zur Gruppe der die STW erfolgreich beendenden Studienteilnehmer stärker repräsentiert ist. Dieser Unterschied zeigt sich auch im Ergebnis des Chi-Quadrat-Test, der mit χ^2 ($df = 2$) = 11.45 auf dem 1 %-Niveau signifikant wird.

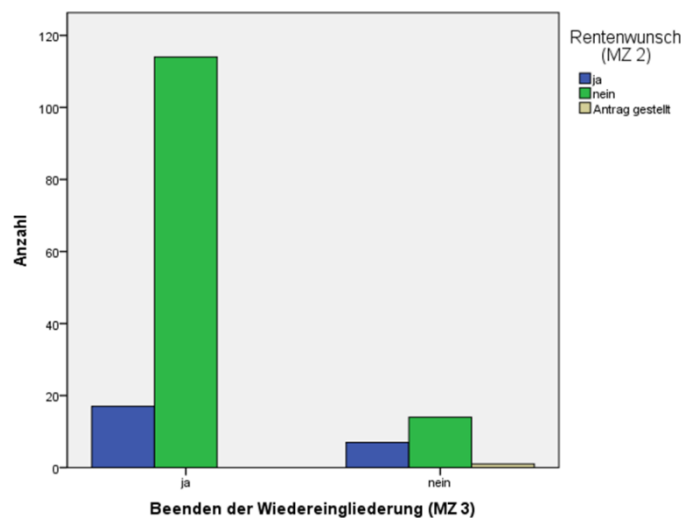


Abbildung 13: Absolute Häufigkeiten von Angaben zu bestehendem oder nicht bestehendem Rentenwunsch sowie zu bereits gestelltem Rentenantrag zu Behandlungsabschluss (MZ 2) bei Patienten, die die Wiedereingliederung beendet versus nicht beendet haben.

4.3.2 Gelingende Wiedereingliederung in Abhängigkeit von behandlungsspezifischen Variablen

Die Gruppe der Studienteilnehmer mit einer erfolgreichen Beendigung der Wiedereingliederung weisen im Durchschnitt eine signifikant kürzere Gesamtgesprächsdauer auf als Teil-

nehmer, die die STW nicht erfolgreich abschließen konnten (mit $t_{df=184} = -2.65$, $p < .01$, $M_G = 45.64$ Minuten und $M_{NG} = 54.81$ Minuten über sämtliche Gespräche hinweg).

Die Beratungszufriedenheit hingegen ist in der Gruppe der die STW erfolgreich abschließenden Teilnehmer mit $t_{df=185} = 3.59$ ($p < .001$, $M_G = 4.75$ und $M_{NG} = 4.14$) signifikant höher ausgeprägt als bei den Studienteilnehmern, die die STW nicht beenden konnten. Dieses Muster spiegelt sich auch in der Fortsetzung der Berufstätigkeit wider: Auch hier ist die Beratungszufriedenheit (mit $t_{df=187} = 2.55$, $p < .001$, $M_F = 4.78$, $M_{NF} = 4.08$) bei denjenigen Studienteilnehmern signifikant höher ausgeprägt, die später die Berufstätigkeit fortsetzen konnten.

Des Weiteren weisen die ihren Beruf fortsetzenden Teilnehmer einen signifikant höheren Therapieerfolg (bzw. eine höhere, zum Behandlungsende retrospektiv eingeschätzte, direkte Veränderung im Entspannungserleben und Befinden) auf als Teilnehmer, die zum Katamnesezeitpunkt angaben, ihren Beruf nicht fortgesetzt zu haben ($t_{df=156} = 2.15$, $p < .05$, $M_F = 12.67$, $M_{NF} = 7.33$).

4.3.3 Gelingende Wiedereingliederungen in Abhängigkeit von arbeitsplatzbezogenen Variablen

Die von den Studienteilnehmern zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung eingeschätzte körperliche berufsbedingte Belastung wird in derjenigen Teilnehmergruppe signifikant niedriger eingeschätzt, der nach der Behandlung eine erfolgreiche Wiedereingliederung gelingt ($t_{df=169} = -2.11$, $p < .05$, $M_G = 3.84$, $M_{NG} = 4.54$) im Vergleich zu Teilnehmern, die später die STW nicht beendeten. Auch die Arbeitszufriedenheit ist mit $t_{df=182} = 4.35$, $p < .001$ sowie $M_G = 3.61$ und $M_{NG} = 2.40$ (unabhängig vom Messzeitpunkt; hier exemplarisch für den Katamnesezeitpunkt) in der Gruppe der die STW erfolgreich abschließenden Teilnehmer signifikant höher ausgeprägt als in der Gruppe der Teilnehmer, die die Wiedereingliederung nicht beenden.

Darüber hinaus scheint es eine Reihe von Charakteristika des Arbeitsplatzes selbst zu geben, die maßgeblich mit einer erfolgreichen versus nicht-erfolgreichen Wiedereingliederung zusammenzuhängen: Die Erfolgreichen charakterisieren ihren Arbeitsplatz dergestalt, dass signifikant mehr soziale Rückendeckung (mit $t_{df=170} = 3.31$, $p < .001$, $M_G = 2.93$ und $M_{NG} = 2.17$), eine signifikant bessere Zusammenarbeit (mit $t_{df=170} = 2.41$, $p < .05$, $M_G = 3.07$ und $M_{NG} = 2.57$) sowie signifikant mehr Informations- und Rücksprachemöglichkeiten vorhan-

den sind ($\text{mitt}_{df=170} = 2.35, p < .05, M_G = 2.93, M_{NG} = 2.46$) als in der Vergleichsgruppe der die STW nicht beendenden Teilnehmer.

Zudem bewerten diejenigen Studienteilnehmer, die nach der STW ihre alte Berufstätigkeit fortsetzten die Ganzheitlichkeit ihrer Arbeit ($t_{df=178} = 2.96, p < .01, M_F = 3.26, M_{NF} = 2.65$) und die soziale Rückendeckung an der Arbeitsstelle ($t_{df=178} = 2.10, p < .05, M_F = 2.90, M_{NF} = 2.46$) als signifikant höher als diejenigen, die ihre Berufstätigkeit nicht fortsetzten.

Schließlich scheinen jedoch auch bestimmte arbeitsspezifische Personmerkmale der Arbeitnehmer selbst eine bedeutende Rolle für das Gelingen einer Rückkehr in die Berufstätigkeit zu spielen: Studienteilnehmer, die später ihren Beruf fortsetzen konnten, weisen bereits zu Behandlungsbeginn eine signifikant höhere Distanzierungsfähigkeit gegenüber der Arbeit auf als diejenigen Studienteilnehmer, die später die Berufstätigkeit nicht fortsetzten ($\text{mitt}_{df=177} = 2.48, p < .05, M_F = 14.46$ und $M_{NF} = 11.87$).

4.4 Qualitative Auswertung der telefonischen Nachsorge

Von 351 rekrutierten Patienten erhielten die 181 Studienteilnehmer der Interventionsgruppe das Angebot einer begleitenden Sozialberatung. Schließlich konnten 162 Patienten tatsächlich zur telefonischen Nachsorge erreicht werden. In der Interventionsgruppe ergaben sich neben den vereinbarten Telefonkontakten noch zusätzlich 80 Telefonate durch Eigeninitiative der Studienteilnehmer. Aus der Kontrollgruppe nahmen 35 Patienten (insgesamt 54 Telefonate) Telefonkontakt mit der Sozialberatung auf, obwohl in der KG keine telefonische Nachsorge angeboten wurde. Insgesamt wurden 387 Telefonate zur Begleitung der stufenweisen Wiedereingliederung geführt.

In einem ersten Schritt wurden die Telefonate protokolliert und nach Gesprächsinhalten untersucht. Dabei wurden die führenden Gesprächsinhalte nach ihrer Häufigkeit sortiert. So konnten die dominierenden Beratungsthemen erfasst werden. In einem zweiten Schritt wurden die Gesprächsinhalte nach Aussagen zum Verlauf der stufenweisen Wiedereingliederung untersucht. Aus den Aussagen zum Verlauf wurden insgesamt 4 Verlaufstypen gebildet und miteinander verglichen. Die Verdichtung und Reduktion der Gesprächsinhalte erfolgte nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach P. Mayring.

Die meisten Fälle (43%) konnten dem Verlaufstyp „Schwieriger Verlauf der STW, Patient kommt zurecht“ zugeordnet werden. 31% der Studienteilnehmer berichteten von „Positiven

Erfahrungen mit der STW und ihren Arbeitgebern“. Hier wurden keine Startschwierigkeiten berichtet. Bei 11% der Studienteilnehmer wurden trotz erfolgreich abgeschlossener stufenweiser Wiedereingliederung von „Negativen Erfahrungen mit der STW und Ihren Arbeitgebern“ berichtet (*Darstellung aller Verlaufstypen siehe Tab. 14*). Bei 15% der Studienteilnehmer wurde der Verlauf der STW als äußerst unsicher bzw. als gescheitert bezeichnet. Bei diesen Fällen wurde die STW aus gesundheitlichen oder organisatorischen Gründen meist verzögert begonnen, unterbrochen, verschoben oder im Verlauf abgebrochen. Die Tabelle 14 beschreibt die aus den Nachsorgetelefonaten der Interventionsgruppe erfassten Verlaufstypen.

Verlaufstypen (A-E)	Anzahl n=162
A: Schwieriger Verlauf der STW, Patient kommt zurecht („Die Erleichterten“)	69 (43%)
B: Positive Erfahrung mit der STW und Arbeitgeber („Die Zufriedenen“)	51 (31%)
C: Negative Erfahrung mit der STW und Arbeitgeber („Die Enttäuschten“)	17 (11%)
D: Abbruch/Verzögerung/Ablehnung der STW („Die Besorgten“)	25 (15%)

Tabelle 14: Verlaufstypen zur stufenweisen Wiedereingliederung in absoluten und relativen Häufigkeiten

4.5 Katamnese-Daten aus Versicherungskonten

Aus den Versicherungskonten der Studienteilnehmer wurden Daten zum Sozialstatus zum Zeitpunkt 12 Monate nach Entlassung aus der Rehabilitation entnommen. Der Sozialstatus gibt Auskunft darüber, in welchem Sozialversicherungsverhältnis der Studienteilnehmer zum Zeitpunkt der Datenabfrage steht. Unterschieden wurde in „versicherungspflichtige Beschäftigung“, „Krankengeld“, „Arbeitslosengeld“, „Rentenbezug“ und „Sonstiges“ (siehe Tabelle 16).

Von den insgesamt 352 Studienteilnehmern lagen bei 22 Teilnehmern zum Zeitpunkt der Datenabfrage keine Daten im Versicherungskonto vor.

Gruppe	Versicherungspflichtig beschäftigt	Krankengeld	Arbeits- losengeld	geringfüg. beschäftigt	Rente
IG (175)	131 (75%)	23 (13%)	15 (9%)	5 (3%)	1 (1%)
KG (155)	119 (77%)	17 (11%)	12 (8%)	5 (3%)	2 (1%)
Gesamt (330)	250 (76%)	40 (12%)	27 (8%)	10 (3%)	3 (1%)

Tabelle 15: Daten der DRV Rheinland aus den Versicherungskonten der Studienteilnehmer

Bei 330 Studienteilnehmern konnten die Versicherungskonten ausgewertet werden. Insgesamt waren 76 % der Studienteilnehmer im Zeitraum 12 Monate nach Entlassung aus der Rehabilitation in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. Die Beschäftigungsquote verteilte sich nahezu gleich auf die Zugehörigkeit zur Interventionsgruppe (75 %) und Kontrollgruppe (77 %). Aus den Daten der Versicherungskonten geht nicht hervor, ob es sich bei dem Beschäftigungsverhältnis um den Arbeitsplatz während der stufenweisen Wiedereingliederung handelt. Auch der Krankengeld- und Arbeitslosengeldbezug verteilt sich annähernd gleich auf die Interventionsgruppe (13%) und Kontrollgruppe (11%). Beim Bezug von Krankengeld konnte aus den Versicherungsdaten nicht entnommen werden, ob neben diesem Leistungsbezug gleichzeitig noch ein Beschäftigungsverhältnis besteht.

4.6 Gesundheitsökonomische Analyse

In Kooperation mit dem Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Uniklinik zu Köln wurde ein allgemeines Konzept eines Krankheitskostentagebuches (im folgenden KTB genannt), unter besonderer Berücksichtigung psychosomatischer Störungen, entwickelt. Mit dem KTB sollten gesundheitsökonomische Kosten und Ressourcen erfasst werden, die im Anschluss an eine psychosomatische Rehabilitation und im Zuge der beruflichen Wiedereingliederungsphase entstehen. Darüber hinaus sollen auch die gesundheitsökonomischen Ressourcen der Maßnahme beziffert werden. Das für die

vorliegende Studie eingesetzte KTB wurde wegen des geringen Rücklaufes im Studienverlauf nochmals überarbeitet und dadurch erst zu einem späteren Zeitpunkt eingesetzt. Schließlich konnte das KTB an 100 zufällig ausgewählte Studienteilnehmer weitergegeben werden. Das KTW sollte unmittelbar nach Entlassung aus der Rehabilitation für die Dauer von 24 Monaten geführt werden. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs (22 KTB's) sowie des derzeitigen Forschungsstandes konnten keine allgemeingültigen Thesen im Hinblick auf die Ressourcenbeanspruchung im Zuge der stufenweisen Wiedereingliederung aufgestellt werden. So konnte lediglich die vermehrte Inanspruchnahme bestimmter Gesundheitsleistungen aufgezeigt werden. Insgesamt gewinnt die Thematik dieser Maßnahme an Bedeutung und es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Teilnehmerzahl in den kommenden Jahren erhöht. Folglich sollten zukünftige Aussagen über den Ressourcenverbrauch auf belastbaren Ergebnissen basieren. Dies setzt eine umfangreiche Prüfung des Krankheitskostentagebuches als Erhebungsinstrument in diesem Zusammenhang voraus. Darüber hinaus sollten die Ausgaben für eine stufenweise Wiedereingliederung den zukünftigen Einsparungspotenzialen gegenübergestellt werden, um eine angemessene Bewertung der Effizienz der Maßnahme zu gewährleisten (vgl. Schöning, 2015).

Teilnehmer einer stufenweisen Wiedereingliederung verursachen primär indirekte Krankheitskosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie verminderter Leistungsfähigkeit. Hinzu kommt, dass sie die Leistung einer Vielzahl ambulanter Ärzte in Anspruch nehmen. Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung besteht hingegen selten. Die Teilnehmer weisen eine kontinuierliche Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten sowie eine zusätzliche Inanspruchnahme weiterer Gesundheitsleistungen auf. Besonders die ersten Wochen dieser Maßnahme sind mit einem hohen ökonomischen Ausmaß verbunden (vgl. Schöning, 2015).

5 Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion

Durchschnittlich betrachtet erhielten die Teilnehmer der Interventionsgruppe im Vergleich zu denjenigen in der Kontrollgruppe etwa ein Beratungsgespräch mehr sowie eine um etwa 20 Minuten längere Beratung während des Klinikaufenthaltes und zwei zusätzliche Telefongespräche während der Wiedereingliederungsphase. Dies verdeutlicht zwar den intendierten Interventionscharakter einer intensivierten Beratung, fiel im Vergleich zur Kontrollgruppe jedoch nicht so deutlich aus wie ursprünglich beabsichtigt. Wie Abschnitt 4.1 zu entnehmen ist, liegt dies daran, dass Probanden der Kontrollgruppe signifikant häufiger die reguläre Sprechstunde der Sozialberatung aufsuchten als Probanden der Interventionsgruppe. Dies kann einen Hinweis darauf darstellen, dass Patienten die Kompetenz besitzen, einen eigenen Beratungsbedarf zu erkennen und sich die benötigte Unterstützung auch selbständig einzuholen.

Des Weiteren zeigte sich, dass die Interventionsgruppe im Durchschnitt eine signifikant längere Wiedereingliederungsphase mit geringeren Steigerungen in der täglichen Arbeitsbelastung erhielt als die Kontrollgruppe. Der resultierende Effekt ist zwar als gering einzustufen (vgl. Cohen, 1988) und kann über die große Untersuchungsstichprobe erklärt werden, bei der bereits kleinere Effekte signifikant werden, eine inhaltlich Erklärung ist dennoch denkbar: Die geringfügig längere Wiedereingliederungsphase kann durch die implizite Einschätzung einer höheren Belastung der Interventionsgruppe zustande gekommen sein, für die es zumindest bezüglich Zukunftsvertrauen, Selbstwertgefühl und Arbeitszufriedenheit mit Vorsicht zu betrachtende Hinweise gibt. Diese Befunde werden nun im Folgenden kurz diskutiert.

So wie dies durch die Studienplanung bzw. die angestrebte Randomisierung der Studienteilnehmer intendiert war, resultierten zum Behandlungsbeginn zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe in der großen Mehrheit der Variablen keine bedeutsamen statistischen Unterschiede. Lediglich im Zukunftsvertrauen, im Selbstwertgefühl und in der Arbeitszufriedenheit zeigten sich im Durchschnitt signifikant höhere Ausprägungen in der Kontrollgruppe. Die damit einhergehenden Effekte sind allerdings als eher klein zu bezeichnen und können gut dadurch erklärt werden, dass bei großen Stichproben wie sie im vorliegenden Fall erhoben wurden bereits kleine Effekte statistisch signifikant werden. Zudem sind diese Unterschiede im weiteren Verlauf der Untersuchung nicht mehr zu beobachten. Eine mögli-

che inhaltliche Erklärung für die anfangs bestehenden Unterschiede kann darin gesehen werden, dass sich die Probanden der Interventionsgruppe des Umstandes bewusst waren, dass sie der Interventionsgruppe zugeteilt wurden und sich dadurch selbst einen höheren „Interventionsbedarf“ zuschrieben. Dies wiederum könnte diese Probanden veranlasst haben, bezüglich Zukunftsvertrauen, Selbstwertgefühl und Arbeitszufriedenheit ein negatives Bild zu zeichnen, als dies bei Probanden der Kontrollgruppe der Fall war.

Darüber hinaus konnte unabhängig von der Zugehörigkeit zur Interventions- und Kontrollgruppe bei durchschnittlicher Betrachtung eine Zunahme im Zukunftsvertrauen, im Selbstwertgefühl und in der Arbeitszufriedenheit zwischen Behandlungsbeginn und –ende beobachtet werden. Dies mag den Eindruck nahe legen, dass dieser Zugewinn auf Effekte der Rehabilitationsbehandlung zurückzuführen ist. Eine entsprechende Schlussfolgerung wäre jedoch nur statthaft, wenn ein Vergleich mit einer adäquaten Kontrollgruppe ohne Rehabilitation evaluiert worden wäre. Dabei bleibt dieses Ergebnis ein erster Hinweis auf ein mögliches Förderungspotential einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung auf das Zukunftsvertrauen, das Selbstwertgefühl und die Arbeitszufriedenheit, das jedoch einer weiteren Untersuchung bedarf.

Nach einer Stichprobe von 188 Studienteilnehmern weist die Interventionsgruppe auf deskriptiver Ebene mit 83.7 % eine etwas höhere Return-to-Work-Rate auf als die Kontrollgruppe (mit 80.2 %). Damit besteht zumindest auf deskriptiver Ebene ein Hinweis darauf, dass Fragestellung 1 zugestimmt werden könnte. Allerdings fällt dieser Unterschied bei inferenzstatistischer Betrachtung nicht signifikant aus. Die Hypothese mittlerer Effekte der Intervention muss also abgelehnt werden. Entsprechend kleinere Effekte bedürfen jedoch größerer Untersuchungsstichproben.

Auch die Wiedereingliederungsquoten fallen sowohl in der Gesamtstichprobe (n = 188) mit 82.1 % als auch in der Interventionsgruppe mit 83.2 % und der Kontrollgruppe mit 87.4 % durchgängig hoch aus. Inferenzstatistisch abgesicherte Unterschiede zwischen den Gruppen sind jedoch nicht zu verzeichnen.

Dagegen sind die Abbruchquoten vor allem im Vergleich zu der Studie von Bürger (11,8 % bei Indikation Psychosomatik) et al. (2008) mit 4.2 % in der Gesamtstichprobe, mit 4.7 % in der Interventions- und 3.5 % in der Kontrollgruppe als äußerst gering anzusehen. Zwar bestehen auch hier keine inferenzstatistisch abgesicherten Gruppenunterschiede, jedoch weisen die sehr geringen Abbruchquoten insgesamt auf eine gute Vorbereitung und Begleitung des Wiedereingliederungsprozesses durch die Rehaklinik hin.

Insgesamt betrachtet müssen die ursprünglich postulierten mittleren Effekte einer intensivierte Begleitung der STW auf Variablen wie Beratungszufriedenheit, Arbeitszufriedenheit, körperliche und psychische berufsbedingte Belastung, erfolgreiche Beendigung der STW, Fortsetzung der Berufstätigkeit oder den Beschäftigungsstatus ausgeschlossen werden. Entsprechend *kleinere* Effekte der Intervention sind jedoch nach wie vor denkbar, würden jedoch eine (bezüglich der Anzahl der Studienteilnehmer) umfangreichere Evaluation erfordern.

Fragestellung F1 (siehe Abschnitt 2) kann auf Basis der durchgeführten Studie nicht abschließend beantwortet werden. Es zeigte sich lediglich für die Return-to-work-Raten eine leichte deskriptive Überlegenheit der Interventions- gegenüber der Kontrollgruppe. Mittlere Effekte der Intervention können hingegen mit ausreichender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

In der vorliegenden Studie konnte der Befund von Bürger et al. (2008) repliziert werden, dass diejenigen Patienten, die eine Wiedereingliederung abbrechen, signifikant älter sind als Teilnehmer der STW, die diese beenden und die Berufstätigkeit wieder aufgreifen.

Zudem konnte in Abschnitt 4.1 gezeigt werden, dass die Gesamtgesprächsdauer sämtlicher Beratungsgespräche bei denjenigen Patienten zwar signifikant länger ausfiel, die die Wiedereingliederung erfolgreich beendeten, im Vergleich zu denjenigen, die die Wiedereingliederung nicht erfolgreich beenden konnten. Dieser Unterschied betrug jedoch im Durchschnitt nur ca. zehn Minuten. Möchte man trotzdem eine inhaltliche Erklärung in Erwägung ziehen, so ist denkbar, dass der Beratungsbedarf in der Gruppe mit hohem Abbruchrisiko höher ausgeprägt ist und dieser zu einer entsprechend längeren Beratung beigetragen hat – auch wenn sich hierdurch der Abbruch nicht abwenden ließ.

Insgesamt betrachtet scheinen ein Gelingen der Wiedereingliederung und ein Fortsetzen der Berufstätigkeit mit erfolgreichen Verläufen der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung und mit einer hohen Qualität der Beratung des Sozialdienstes in Verbindung zu stehen so wie dies die Ergebnisse zur Beratungszufriedenheit und zur Therapieerfolgsmessung in Abschnitt 4.3.2 nahe legen. Weiterhin scheinen diejenigen Studienteilnehmer, die eine STW beenden, sich dadurch auszuzeichnen, dass sie eine geringere körperliche berufsbedingte Belastung (zu Behandlungsbeginn), eine höhere Arbeitszufriedenheit (zu allen Messzeitpunkten) sowie einen Arbeitsplatz haben, der mehr soziale Rückendeckung, eine bessere Zusammenarbeit und bessere Informations- sowie Rücksprachemöglichkeiten aufweist, als die Teilnehmer, die die STW nicht beendeten.

Darüber hinaus schätzten diejenigen Studienteilnehmer, die später ihre Berufstätigkeit fortsetzen konnten, die Ganzheitlichkeit ihrer Arbeit sowie die soziale Rückendeckung an ihrem Arbeitsplatz wie auch ihre eigenen Distanzierungsfähigkeiten gegenüber der Arbeit höher ein als Teilnehmer, die ihre Berufstätigkeit nicht fortsetzten.

Im Umkehrschluss lassen sich aus den Charakteristika der weniger erfolgreichen Wiedereingliederungsverläufe inhaltliche Themen ableiten, die noch stärker als bisher in der Beratung und Psychotherapie der Patienten integriert werden können. Dies würde zudem den Einbezug des Arbeitgebers erfordern, wenn es etwa um die Anpassung des Arbeitsplatzes an die Bedürfnisse Älterer oder körperlich stärker Belasteter, aber auch wenn es um eine Verbesserung von sozialer Rückendeckung, einer besseren Zusammenarbeit, besseren Informations- sowie Rücksprachemöglichkeiten sowie eine bessere Ganzheitlichkeit der Arbeit selbst geht. Im Rahmen von psychotherapeutischen Behandlungen ließe sich etwa die Distanzierungsfähigkeit gegenüber Stressoren bei der Arbeit, soziale Kompetenzen im Umgang mit Kollegen oder eine ausgewogenere Work-Life-Balance fördern. Die Beratung würde dabei eine ausgesprochen zentrale und wichtige Rolle einnehmen, da ihr zahlreiche Schnittstellenkompetenzen der Diagnostik, Planung, Vernetzung und des Fallmanagements zukämen. Dabei ließe sich eine an den obigen Themen ausgerichtete individuelle Fallbegleitung vom Sozialdienst gut verwirklichen, die das Potential hat, die Abbruchquoten weiter zu reduzieren sowie die Return-to-work-Raten weiter zu erhöhen.

Das hohe Maß an Eigeninitiative hat gezeigt, dass Patienten weit über das standardmäßige Beratungsangebot hinaus Sozialberatung in Anspruch nahmen. Die seit Jahren steigende Inanspruchnahme der offenen Sprechstunde der Sozialberatung in der Klinik hat sich im Studienzeitraum auch in einem hohen Beratungsbedarf zur stufenweisen Wiedereingliederung widerspiegelt. Die Option der offenen Sprechstunde als Zusatz zum intensivierten Beratungsangebot wurde in vielen Fällen ein- oder mehrmalig genutzt. Zudem nutzten gerade die Patienten der Kontrollgruppe mit dem Standardangebot die offenen Sprechstunden, um mehr Beratungsgespräche zu erhalten. Auch die telefonische Nachsorge wurde in vielen Fällen von den Studienteilnehmern der Interventionsgruppe, neben den zwei durch die Klinik veranlassten Kontakten, zusätzlich eigeninitiativ genutzt. Auch aus der Kontrollgruppe nahmen viele Patienten ein- oder mehrmalig Kontakt mit der Sozialberatung auf. Bemerkenswert ist dabei, dass diesen Patienten keine telefonische Nachsorge angeboten wurde. Seit Jahren zeichnet sich die Entwicklung einer zentralen Rolle der Kliniksozialberatung in der Rehabilitationsbehandlung und insbesondere der beruflichen Nachsorge ab. Die Ent-

wicklung bestätigt die Notwendigkeit einer Schnittstellenfunktion in Form eines Fallmanagements hin.

Zunächst sollte die Etablierung einer begleitenden Sozialberatung zur stufenweisen Wiedereingliederung angestrebt werden. Darüber hinaus zeichnet sich bereits Bedarf ab, auch für andere Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung eine Fallbegleitung anzubieten. Es liegt nahe, die begleitende Sozialberatung in Zukunft noch mehr zu einer vernetzenden Sozialberatung weiter zu entwickeln.

6 Fazit

In der zentralen Fragestellung F1 dieser Evaluationsstudie wurde postuliert, dass sich durch eine intensivierete Beratung und telefonische Begleitung der stufenweisen Wiedereingliederung zu höheren Wiedereingliederungs- und Return-to-work-Raten führt. Diese Fragestellung muss unter Annahme mittlerer Effektstärken der Intervention abgelehnt werden. Da sich jedoch auf deskriptiver Ebene zeigte, dass die Interventionsgruppe laut Stichprobe (n = 188) mit 83.7 % eine höhere Return-to-work-Rate aufweist als die Kontrollgruppe mit 80.2 %, erscheint es durchaus als lohnenswert, kleinere Effektstärken einer intensivierten Beratung anzunehmen und in umfangreicheren Evaluationsstudien zu untersuchen.

Des Weiteren wurde in Fragestellung F2 nach Determinanten eines Abbruchs der stufenweisen Wiedereingliederung bzw. einer misslingenden Fortsetzung der Berufstätigkeit gefragt. Bei der Beantwortung dieser Fragestellung konnten einige soziodemografische, behandlungsspezifische und arbeitsbezogene Variablen identifiziert werden, die je nach Ausprägung als prognostisch günstig oder ungünstig für eine gelingende Wiedereingliederung und Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit angesehen werden können. Auf Basis dieser Ergebnisse wurden mögliche praktische Implikationen für die Beratung, die Psychotherapie und die Einbeziehung des Arbeitgebers formuliert, deren zukünftige Umsetzung in der Praxis und deren Evaluation als viel versprechend anzusehen ist.

Der hohe Anteil an Eigeninitiative durch die Rehabilitanden in der Vorbereitungsphase und während der stufenweisen Wiedereingliederung legt nahe, dass es einen hohen Bedarf für ein Beratungsangebot in Form einer begleitenden Sozialberatung gibt. Die begleitende Sozialberatung ist offensichtlich eng am tatsächlichen Bedürfnis der Rehabilitanden ausgerichtet. Beim Vergleich der Beratungsfrequenz zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe fällt auf, dass sich die Kontrollgruppe durch hohe Nutzung der offenen Sprechstunde an die Beratungsfrequenz der Interventionsgruppe annäherte. Dies kann als ein Hinweis für den grundsätzlichen Bedarf einer intensivierten Beratung und Begleitung zur stufenweisen Wiedereingliederung gesehen werden. Dabei erscheint, gemessen an der tatsächlichen Inanspruchnahme während der Studie, ein Angebot mit 2-3 Sozialberatungen während der Rehabilitation und der Option einer telefonischen Nachsorge während der stufenweisen Wiedereingliederung angemessen. Die vorliegende Studie hat im Untersuchungsverlauf und nach abschließender Auswertung gezeigt, dass noch viel zu wenig über die Wirkung von Interventionen zur stufenweisen Wiedereingliederung bekannt ist. Wann wirkt welche Intervention und vor allem wie wirkt die Intervention? Die durch die Universität Trier beschriebenen

kleineren Effekte begleitender Sozialberatung beim Return-to-work deuten an, dass das Beratungsangebot in der Phase wirkt, in der die Patienten nach Abschluss der stufenweisen Wiedereingliederung wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. So lässt sich vermuten, dass begleitende Sozialberatung nachwirkt und Patienten nachhaltig von diesem Angebot profitieren. Die vorliegende Studie kann als ein Beitrag zur Grundlagenforschung zu Nachsorgeangeboten bei stufenweiser Wiedereingliederung betrachtet werden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein solches Nachsorgeangebot dazu beiträgt, Patienten mit Kompetenzen auszustatten, mit denen eine stufenweise Wiedereingliederung erfolgreich abgeschlossen und die Rückkehr an den Arbeitsplatz gelingen kann. Die hohe Quote eingeleiteter und erfolgreich abgeschlossener Wiedereingliederung bestätigt diesen Eindruck. Auch eine abgebrochene stufenweise Wiedereingliederung kann das Resultat einer intensiven Beratung sein. Mit der Kompetenz, die Tragweite der Entscheidung und den formalen Ablauf des Abbruchs zu beherrschen, kann das Beratungsangebot im Einzelfall auch den Patienten in die Lage versetzen, die Maßnahme frühzeitig zu beenden. Die Qualität eines Beratungsangebotes lässt sich somit nicht zwingend nur am Ergebnis einer erfolgreich beendeten Wiedereingliederung messen. Als Anregung aus der vorliegenden Studie sollten die Anstrengungen für die Etablierung einer begleitenden Sozialberatung zur stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin aufrecht erhalten werden. Darüber hinaus sollten in einer Folgestudie die angedeuteten positiven Effekte einer begleitenden Sozialberatung noch näher untersucht werden.

Eigene Publikationen zur Studie

Veröffentlicht:

Becker, V.(2012): Wie nachhaltig wirkt intensive Sozialberatung in der Rehabilitation: In: Forum Sozialarbeit+Gesundheit, Ausgabe 02/2012, S. 32-35

Becker, V. (2015): Begleitende Sozialberatung während der stufenweisen Wiedereingliederung – Evaluation eines Nachsorgeangebotes. In: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht. Diskussionsbeitrag Nr. 10/2015. Online-Forum der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation.

Bommersbach, P., Becker,V. (2015): Begleitende Sozialberatung während der stufenweisen Wiedereingliederung- Evaluation eines Nachsorgeangebotes. In: DRV-Schriften Band 107. Seiten 165 – 167. 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Berlin 2015

In Vorbereitung:

Artikel in Zeitschrift „Recht & Praxis der Rehabilitation“. Referenz-Verlag. Frankfurt.

Artikel in Zeitschrift „Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung“. ZKS-Verlag.

Literaturverzeichnis

- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D.& Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861.
- Bürger, W. (2004). Stufenweise Wiedereingliederung nach orthopädischer Rehabilitation – Teilnehmer, Durchführung, Wirksamkeit und Optimierungsbedarf. *Die Rehabilitation*, 43, 152-161.
- Bürger, W., Glaser-Möller, N., Kulick, B., Pallenberg, C.& Stapel, M. (2011). Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung–Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. *Die Rehabilitation*, 50(02), 74-85.
- Bürger, W., Kluth, W. & Koch, U. (2008). *Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung – Häufigkeit, Indikationsstellung, Einleitung, Durchführung, Bewertung und Ergebnisse. Ergebnisse von Routinedatenanalysen und Versichertenbefragungen zur Stufenweisen Wiedereingliederung*(Abschlussbericht). Karlsruhe: fbg–forschung und beratung im gesundheitswesen. Abruf am 07.08.2014 unter http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=STW_Abschlussbericht.pdf
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2.Aufl., Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collani, G.v. & Herzberg, P.Y. (2003a). Zur internen Struktur des globalen Selbstwertgefühls nach Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24 (1), 9-22.
- Collani, G.v. & Herzberg, P.Y. (2003b). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24 (1), 3-7.

- Deutsche Rentenversicherung (2014). G832 – Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für die Versicherten [Onlineformular]. Düsseldorf: Deutsche Rentenversicherung Rheinland. Abruf am 07.08.2014 unter <http://www.deutscherentenversicherung.de>
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 28, 1-11.
- Häring H.-G., Hüsing, A. (1992) Sind Eltern mit der schulpsychologischen Beratung zufrieden? – Erprobung eines Fragebogens. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 41(2), 52–57.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and program planning*, 2(3), 197-207.
- Klusemann, J. & Brunn, M. (2006). *Testanalyse und Testoptimierung der Skalen des Fragebogens der Luxemburger Standardanalyse zur Gleichstellung von Frauen und Männern in Organisationen (LSG)*. Bericht für das Ministère de l’Egalité des chances. Luxemburg: Ministère de l’Egalité des chances.
- Krampen, G. (1994). *Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit (H-Skalen)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2004). *Standarderhebungsblatt zu soziodemografischen Daten (SOZIO-DEM)*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Trier.
- Krampen, G. (2008). *Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Befinden - Psychotherapie (VFE-PT)*. Göttingen: Hogrefe.
- Prümper, J., Hartmannsgruber, K., & Frese, M. (1995). KFZA. Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 39(3), 125-131.

- Schaarschmidt, U. & Fischer, A.W. (1997). AVEM - ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 18, 151-163.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (2008). *AVEM. Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster* (3., überarbeitete und erweiterten Auflage). Frankfurt a.M.: Swets.
- Schöning, V. (2015) Krankheitskosten psychischer Störungen bei Patienten mit einer beruflichen Wiedereingliederungsphase. Bachelorarbeit im Studiengang Gesundheitsökonomie. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln.
- Vossler, A. (2001). Der Fragebogen zur Erziehungs- und Familienberatung (FEF): Entwicklung eines Evaluationsverfahrens. *Diagnostica*, 47(3), 122-131.

Anhang

Erstdiagnose ICD 10		f_{abs}	f_{rel} (in %)
	keine Diagnose	8	2.2
C4	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet	1	0.3
E0	Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose	1	0.3
	Nichttoxische mehrknotige Struma	2	0.6
E1	Diabetes mellitus, Typ 2	1	0.3
E6	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr	2	0.6
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3	0.8
	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	2	0.6
	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	3	0.8
F3	Depressive Episode	9	2.5
	Leichte depressive Episode	5	1.4
	Mittelgradige depressive Episode	49	13.6
	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	12	3.3
	Sonstige depressive Episoden	1	0.3
	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	24	6.7
	Rezidivierende depressive Störung	5	1.4
	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	4	1.1
	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	27	7.5
	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	2	0.6
	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet	5	1.4
	Anhaltende affektive Störungen	1	0.3
	Dysthymia	2	0.6
F4	Agoraphobie	1	0.3
	Soziale Phobien	1	0.3
	Andere Angststörungen	1	0.3
	Panikstörung	13	3.6
	Generalisierte Angststörung	4	1.1
	Angst und depressive Störung, gemischt	12	3.3
	Angststörung, nicht näher bezeichnet	1	0.3
	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2	0.6
	Akute Belastungsreaktion	2	0.6
	Posttraumatische Belastungsstörung	4	1.1
	Anpassungsstörungen	71	19.8
	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	4	1.1
	Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet	3	0.8
	Somatoforme Störungen	1	0.3
	Somatisierungsstörung	2	0.6
	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	3	0.8
	Somatoforme autonome Funktionsstörung	3	0.8
	Anhaltende Schmerzstörung	13	3.6

<i>Fortsetzung der Tabelle zu Erstdiagnosen nach ICD 10</i>		f_{abs}	f_{rel} (in %)
	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet	3	0.8
	Andere neurotische Störungen	1	0.3
	Neurasthenie	13	3.6
F5	Essstörung, nicht näher bezeichnet	1	0.3
F6	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	1	0.3
	Ängstliche vermeidende Persönlichkeitsstörung	2	0.6
	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen	1	0.3
	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	1	0.3
G4	Vorwiegend Zwangshandlungen	1	0.3
I1	Benigne essentielle Hypertonie	4	1.1
	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	2	0.6
I2	Atherosklerotische Herzkrankheit	1	0.3
I4	Vorhofflimmern, paroxysmal	1	0.3
K5	Reizdarmsyndrom	1	0.3
M1	Primäre Gonarthrose, beidseitig	1	0.3
	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	1	0.3
	Primäre Rhizarthrose, beidseitig	1	0.3
M5	Radikulopathie	3	0.8
	Zervikalneuralgie	2	0.6
	Lumboischialgie	1	0.3
	Kreuzschmerz	4	1.1
M7	Myalgie	1	0.3
N9	Klimakterische Störung, nicht näher bezeichnet	1	0.3
R5	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	1	0.3
Gesamtsumme		359	100.0