

START-Konzept: Stufenweise Wiedereingliederung mit Assistenz des Reha-Teams

E. Rauscher¹, R. Kaluscha²

¹ Reha-Zentrum Hess, Bietigheim-Bissingen

² Institut für rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IfR Ulm)

Zusammenfassung

Hintergrund: Nach neurologischen Erkrankungen wird oft eine „Stufenweise Wiedereingliederung“ am bisherigen Arbeitsplatz durchgeführt. Noch vorhandene Leistungsdefizite wie zum Beispiel Wortfindungsstörungen, verminderte Konzentrationsfähigkeit, Beeinträchtigung der Feinmotorik oder Gangunsicherheit können die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit erschweren. Statt der üblichen begleitenden ambulanten Behandlung sieht das Modellprojekt START daher eine Verzahnung von Rehabilitation und stufenweiser Wiedereingliederung vor.

Methodik: Die Ergebnisevaluation beruhte auf mehreren Datenquellen. Zum einen wurden der sozialmedizinische Verlauf und die Wiedereingliederungsquote im Folgejahr der START-Intervention in der Interventionsgruppe (START-Teilnehmende) anhand von Fragebögen zu Beginn (t0), am Ende (t1) sowie ein Jahr nach Ende der START-Intervention (t2) erfasst. Dabei wurden mittels standardisierter Fragebögen u. a. soziodemographische Merkmale, der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit erfasst.

Zum anderen wurden aus der Rehabilitationsstatistikdatenbasis der Rentenversicherung (RSD) ähnliche Fälle im Sinne einer „historischen Kontrollgruppe“ ausgewertet, um die Befragungsergebnisse besser einordnen zu können.

Schlüsselwörter: Stufenweise Wiedereingliederung, STWE, Return to Work, RTW, Schlaganfallnachsorge, rehapro

Zusätzlich wurden auch der jeweiligen Arbeitgeber sowie die behandelnden Ärzte in den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen befragt. Arbeitgeberseitig sollten die Zufriedenheit mit der START-Intervention sowie Stärken und Schwächen des Modellprojekts erfasst werden, ärztlicherseits auch der Genesungsverlauf.

Ergebnisse: Leider litt die Datenerhebung stark unter der soeben ausgebrochenen COVID-19-Pandemie, sodass nur 32 Teilnehmende eingeschlossen werden konnten.

Die Mehrheit der Teilnehmenden berichtete Verbesserungen bei der subjektiven Arbeitsfähigkeit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Ein Jahr nach START waren nahezu alle Teilnehmenden in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung tätig und keiner der Teilnehmenden stellte einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente. Auch die Einschätzung der START-Maßnahme durch die behandelnden Ärzte und die Arbeitgeber war überwiegend positiv.

Fazit: Die aufgefundenen positiven Trends legen nahe, START in einem größeren Rahmen einzusetzen und dabei im Sinne einer „Anwendungsbeobachtung“ ein Monitoring von Zufriedenheit und Erwerbsstatus durchzuführen, um die hier bei kleiner Fallzahl gezeigten positiven subjektiven Ergebnisse zu erhärten und statistisch abzusichern.

Einleitung

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales initiierte das Förderprogramm reha-pro (Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben“), um Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation zu ermöglichen, auch wenn dafür von bestehenden Verwaltungsvorschriften abgewichen werden muss.

In diesem Rahmen wurde das am Reha-Zentrum Hess entwickelte Behandlungskonzept START (Stufenweise Wiedereingliederung mit Assistenz des Reha-Teams) gemeinsam mit dem ZAR Tübingen und dem Institut für rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IfR) erprobt. Die dabei notwendige enge Verzahnung von medizinischer Rehabilitation mit stufenweiser Wiedereingliederung (StWE) kollidierte mit der bisherigen Vorgabe, dass erst nach abgeschlossener Rehabilitation eine stufenweise Wiedereingliederung begonnen werden konnte („Hamburger Modell“). Die DRV Baden-Württemberg beantragte daher ein entsprechendes reha-pro-Projekt und ermöglichte so den im Fol-

genden dargestellten Modellversuch, um die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten und möglichst eine Erwerbsminderung zu vermeiden oder zumindest zu verzögern.

Herausforderungen bei der beruflichen Reintegration nach Hirnschädigung

Aufgrund der Komplexität von Hirnschädigungen mit Einschränkungen auf verschiedenen Funktionsebenen (kognitiv, körperlich, sprachlich, psychisch-emotional) ergibt sich oft ein – im Vergleich zu anderen Indikationen – längerer und schwierigerer Rehabilitationsprozess. Die berufliche Wiedereingliederung nach der Rehabilitation ist bei neurologischen Erkrankungen erschwert, was sich in einer vergleichsweise geringen Return-to-Work-Rate zeigt.

Nach neurologischen Erkrankungen mit weiter bestehenden Teilleistungsdefiziten ist die Stufenweise Wiedereingliederung z. B. nach dem „Hamburger Modell“ die übliche Vorgehensweise, um die Erwerbstätigkeit im

ursprünglichen Beruf schrittweise wieder aufzunehmen. Dabei wird die Arbeitsbelastung allmählich zeitlich und ggfs. inhaltlich gesteigert.

Die noch vorhandenen Leistungsdefizite wie zum Beispiel Wortfindungsstörungen, Beeinträchtigung der Einsatzfähigkeit der Hände, verminderte Konzentrationsfähigkeit oder Gangunsicherheit werden dabei aber nicht berücksichtigt und erschweren so die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Die fachtherapeutische Behandlung der noch vorhandenen Defizite kann dann auf Verordnung 1–2x pro Woche begleitend erfolgen, gegebenenfalls findet auch noch eine ambulante fachärztlich neurologische Behandlung statt, eine besondere Berücksichtigung der Einschränkungen bei der beruflichen Tätigkeit ergibt sich dabei kaum.

Das START-Konzept: Eine Erweiterung der klassischen stufenweise Wiedereingliederung (StWE)

Das Modellprojekt START wurde entwickelt, um genau diese Lücke zu schließen. Es ging davon aus, dass die stufenweise Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit leichter möglich wäre, wenn die Versicherten während der stufenweisen Wiedereingliederung individuell mit Therapieleistungen einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung unterstützt oder der Arbeitsplatz an die Teilleistungsdefizite angepasst werden würde.

Es handelt sich um eine Modifikation der klassischen stufenweisen Wiedereingliederung. Die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz wird dabei um Rehabilitationstage ergänzt. Der Ablauf kann individuell je nach Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Patienten gestaltet und angepasst werden. Grundlage dafür ist eine ausführliche Arbeits- und Berufsanamnese zu Beginn der Rehabilitation.

Es findet ein Coaching zur Wiedereingliederung durch regelmäßige Gespräche mit den behandelnden Neurologen, (Neuro-)Psychologen und Therapeuten statt. Im Rehabilitationsteam kann dann bei Bedarf in Abstimmung mit dem Arbeitgeber die Wiedereingliederung angepasst werden. Mittel- und langfristig soll das Modellvorhaben dazu beitragen, die Erwerbsfähigkeit durch Kompensation arbeitsplatzrelevanter Defizite (z. B. auch durch Anpassung des Arbeitsplatzes oder Verlagerung von Tätigkeiten ins Home Office) zu sichern.

Das Projekt eignet sich für Personen, die noch Defizite infolge der Erkrankung haben, insgesamt aber motiviert sowie körperlich und geistig in der Lage sind, den Beruf wieder aufzunehmen.

Da START in zwei ambulanten Rehaszentren angeboten wurde, kamen die Rehabilitanden aus dem näheren Umkreis (max. 45 min Anreisedauer), sodass üblicherweise die Arbeitsplätze bei Bedarf vom Rehaszentrum aus erreichbar waren. Vor-Ort-Termine mit Therapeuten waren aber zumeist nicht erforderlich. Wenn es etwa um Bürotätigkeiten ging, reichte die Kommunikation per Telefon oder Videokonferenz aus.

Erfahrungen mit dem Startkonzept im Reha-Zentrum Hess

Das Konzept wurde vom 01.01.2020 bis 30.09.2023 im Reha-Zentrum Hess in Bietigheim und im ZAR Tübingen erprobt. Leider fiel das gerade in die ausbrechende COVID-19-Pandemie, die die Erprobung sehr stark beeinträchtigt hat. Zum einen wollten Personen aus Angst vor Ansteckung nicht in die Rehabilitation gehen, zum anderen waren die Möglichkeiten an den Arbeitsstellen deutlich eingeschränkt, da viele Firmen geschlossen waren oder auf Home Office umgestellt hatten und somit der eigentliche Arbeitsplatz gar nicht zur Verfügung stand.

Für das START-Konzept wurden Rehabilitanden ausgewählt, bei denen man davon ausging, dass die Voraussetzungen für die letzte berufliche Tätigkeit in absehbarer Zeit erreicht werden würden. Ohne START wäre die Entlassung als arbeitsunfähig mit Notwendigkeit einer weiteren Rekonvaleszenz erfolgt. In diesen Fällen wird in den Rehabilitationseinrichtungen oft empfohlen, eine erneute Rehabilitation in 4–6 Monaten durchzuführen, bis dahin ambulant zu behandeln und dann zu überprüfen, ob die Leistungsfähigkeit für die letzte berufliche Tätigkeit wieder gegeben ist.

Die Wiedereingliederung nach dem START-Konzept unterteilt die Woche in Arbeitstage und Rehabilitationstage. Im Verlauf werden die Arbeitstage mehr und die Rehabilitationstage weniger, die Arbeitszeit an den Arbeitstagen nimmt zu, vgl. ein Beispiel in **Tabelle 1**.

Tab. 1: START-Woche mit Wechsel von Arbeits- und Rehabilitationstagen bei sich steigender Arbeitszeit (Beispiel)

START-Woche	Arbeits-tage	Reha-Tage	Arbeitszeit an Arbeitstagen (h)	Arbeitszeit/Woche (h)
1	2	3	2	4
2	3	2	2	6
3	3	2	4	12
4	3	2	4	12
5	3	2	6	18
6	3	2	6	18
7	3	2	6	18
8	3	2	6	18
9	4	1	8	32
10	4	1	8	32
11	5	0	8	40

Die meisten Teilnehmenden an START in Bietigheim konnten die Arbeitsfähigkeit für den letzten Arbeitsplatz im vorherigen Umfang wieder erreichen. Die Erkrankungen waren v. a. Schlaganfälle und zwei Paraparesen. Der Ablauf von START musste in einigen Fällen angepasst werden und die Wiedereingliederung verlängerte sich dadurch. Anpassungen am Arbeitsplatz erfolgten bei Bedarf. Bei einer Person mit rascher Erschöpfbarkeit (Fatigue) konnten etwa kurze zusätzliche Pausen eingeführt werden, die eine Fortführung ihrer bisherigen

Tätigkeit ermöglichen. Bei einer anderen Person mit Problemen beim Sprechen und hohen Anforderungen an die Sprechaktivitäten am Arbeitsplatz (häufige Telefonate) konnte das Sprechen reduziert werden, indem sie vermehrt dokumentarische Aufgaben erhielt und Telefonate reduziert wurden. Hierfür waren die Beratungen durch die behandelnden Therapeuten wegweisend.

Nach Rücksprache mit der DRV Baden-Württemberg boten wir das START-Konzept auch für BG-Patienten mit Post-COVID an. In zwei Fällen konnten wir hier erreichen, dass eine Ernährungsberaterin ihre letzte Tätigkeit wieder vollschichtig aufnehmen konnte. Bei einem Bibliothekar gelang dies zumindest halbschichtig (d.h. zumutbarer zeitlicher Umfang 3 bis unter 6 Stunden). Bei dieser Patientengruppe ergab sich leider oft wegen der Schwere der Beeinträchtigungen und Angst vor der Tätigkeit gar nicht die Möglichkeit, eine Erprobung der Berufstätigkeit durchzuführen.

Fazit aus der Praxis

Unsere Erfahrungen haben gezeigt, dass das START-Konzept eine praxisnahe und bedarfsgerechte Erweiterung der klassischen stufenweisen Wiedereingliederung ist und dass insbesondere die Anpassungen sowohl im Verlauf der Wiedereingliederung als auch am Arbeitsplatz realistisch über das Rehabilitationsteam beurteilt und praktisch umgesetzt werden konnten. Es bietet insbesondere neurologisch beeinträchtigten Patient*innen eine realistische Perspektive auf eine frühzeitige berufliche Reintegration. Die Kombination aus therapeutischer Begleitung, individueller Arbeitszeitanpassung und arbeitsplatzbezogenem Coaching ermöglicht eine zielgerichtete Kompensation von Teilleistungsdefiziten.

Evaluation

Durch das IFR Ulm erfolgte eine fortlaufende Evaluation des Modellprojektes. Auch diese litt sehr stark unter der COVID-Pandemie. Es konnten nur wenige Teilnehmer für die Studie rekrutiert werden, da die Fallzahlen bei der Rehabilitation einbrachen. Auch die ursprünglich geplante Befragung von Arbeitgebern scheiterte oft daran, dass sich keine Gesprächspartner zur Teilnahme bereit erklärten – vermutlich, weil viele Firmen mit den Auswirkungen der Pandemie kämpften und das wirtschaftliche Überleben im Vordergrund stand.

Methodik

Die Ergebnisevaluation beruhte auf mehreren Datenquellen. Zum einen wurden der sozialmedizinische Verlauf und die Wiedereingliederungsquote im Folgejahr der START-Intervention in der Interventionsgruppe (START-Teilnehmenden) anhand von Fragebögen erfasst. Zur Prozessevaluation fand eine Befragung der START-Teilnehmenden zu Beginn (t₀), am Ende (t₁) sowie ein Jahr nach Ende der START-Intervention (t₂) statt. Dabei wurden mittels standardisierter Fragebögen u.a. sozi-

odemographische Merkmale, der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit erfasst.

Zum anderen wurden aus der Rehabilitationsstatistikdatenbasis der Rentenversicherung (RSD) ähnliche Fälle im Sinne einer „historischen Kontrollgruppe“ ausgewertet, um die Befragungsergebnisse besser einordnen zu können.

Um nicht nur die Perspektive der Teilnehmenden, sondern auch die Arzt- und Arbeitgeberperspektive zu beleuchten, erfolgten auch Befragungen des/r jeweiligen Arbeitgebers sowie der behandelnden Ärzte in den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen. Arbeitgeberseitig sollten die Zufriedenheit mit der START-Intervention sowie Stärken und Schwächen des Modellprojektes erfasst werden, ärztlicherseits auch der Genesungsverlauf.

Die statistische Auswertung erfolgte anhand deskriptiver und inferenzstatistischer Methoden. Aufgrund der geringen Fallzahl wurden die Ergebnisse der Befragungen nur rein deskriptiv ausgewertet. Bei den RSD-Daten war die Fallzahl in den „Vergleichsgruppen“ ausreichend, um auch Gruppenvergleiche mit inferenzstatistischen Verfahren durchzuführen und auf Einrichtungs- und Pandemieeffekte zu prüfen.

Ergebnisse

In die Studie wurden insgesamt 32 START-Teilnehmende eingeschlossen. Zu Beginn der START-Maßnahme (t₀) lagen Daten von 27 Teilnehmenden vor, nach Abschluss der Maßnahme (t₁) von 28 Personen und bei der Katamnese-Befragung (t₂) noch von 13 Teilnehmenden. Von nur zwölf Teilnehmenden lagen zu allen drei Zeitpunkten ausgefüllte Fragebögen vor.

Sowohl unmittelbar nach Abschluss als auch ein Jahr nach der START-Maßnahme bewertete die Mehrheit der Teilnehmenden ihren aktuellen Gesundheitszustand meist sehr positiv. Sowohl die subjektive Arbeitsfähigkeit als auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbesserten sich zu beiden Zeitpunkten gegenüber dem Beginn der START-Maßnahme. Auch hinsichtlich des sozialmedizinischen Verlaufs gab es Fortschritte: Ein Jahr nach START waren nahezu alle Teilnehmenden in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung tätig, und keiner der Teilnehmenden stellte einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente.

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden war mit der Maßnahme sehr zufrieden. Die Erwartungen, die im Vorfeld geäußert wurden, konnten im Allgemeinen erfüllt werden. Insbesondere die Reha-Tage stießen auf eine positive Resonanz. Die Teilnehmenden empfanden diese Tage als besonders hilfreich. Im Vergleich dazu gab es einige Rückmeldungen, dass die Zufriedenheit mit den Arbeitstagen geringer war. Möglicherweise haben hier anhaltende Auswirkung der COVID-19-Pandemie eine Rolle gespielt. Durch die damit verbundenen Maßnahmen wie Abstandsgebote oder Kurzarbeit gestaltete sich die Integration am Arbeitsplatz eventuell schwieriger.

Zu Beginn der Maßnahme (t0) waren 31 Fragebögen von den behandelnden Ärzten ausgefüllt worden. Zum Abschluss der Maßnahme (t1) hatten die Ärzte 30 Fragebögen ausgefüllt. Insgesamt lagen zu beiden Befragungszeitpunkten jeweils 29 ausgefüllte Arztfragebögen vor. Generell waren wesentlich die Ärzte überzeugt, dass die Mehrheit der Teilnehmenden von der START-Maßnahme profitierte. Sie stellten fest, dass sich der gegenwärtige Gesundheitszustand der Teilnehmenden nach Abschluss der Maßnahme in den meisten Fällen im Vergleich zum Beginn deutlich verbesserte. Ebenso gaben die Ärzte an, dass sich sowohl die Arbeitsfähigkeit als auch die Passung zwischen Arbeitsplatzanforderungen und Leistungsprofil der Teilnehmenden nach der Maßnahme verbesserten.

Nur fünf Arbeitgeber nahmen an der Befragung teil. Dies erschwerte die Erhebung eines repräsentativen Meinungsbildes auf Arbeitgeberseite. Dennoch wurde die START-Maßnahme von diesen fünf Arbeitgebern im Allgemeinen sehr positiv bewertet. Die zeitliche Struktur und Organisation der Maßnahme fanden bei den Arbeitgebern positive Resonanz. Sie waren insgesamt der Ansicht, dass die START-Maßnahme für die Teilnehmenden wichtig war und dass diese davon profitiert hätten.

Diskussion und Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die START-Maßnahme sowohl von den Teilnehmenden als auch von den beteiligten Ärzten und Arbeitgebern als sehr positiv bewertet wurde. Ein Jahr nach START waren nahezu alle Teilnehmenden in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung tätig und keiner der Teilnehmenden stellte einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente. Die START-Maßnahme bot den Teilnehmenden die Chance, eine individuelle und bedarfsorientierte stufenweise Wiedereingliederung durchzuführen, die ohne START so nicht möglich gewesen wäre.

Leider fiel die Durchführung der Studie genau in den Zeitraum der COVID-19-Pandemie. Aufgrund dessen wurden sehr viel weniger Teilnehmende rekrutiert, als zu Beginn der Studie geplant waren. Die Pandemie hatte ebenfalls Einfluss auf die geringe Beteiligung der Arbeitgeber der Teilnehmenden. Folglich konnten keine belastbaren Schlussfolgerungen gezogen werden; lediglich Tendenzen konnten festgestellt werden.

Ein potentieller Beleg für einen Nutzen der START-Intervention könnte darin liegen, dass von den Teilnehmenden keine Anträge auf Erwerbsminderungsrente gestellt wurden. START zielt auf Personen mit noch bestehenden arbeitsplatzrelevanten Defiziten, die somit ein höheres Risiko für eine Erwerbsminderung aufweisen. Da keine Randomisierung in START oder „usual care“ erfolgte, wäre aber nicht auszuschließen, dass sich aus dieser speziellen Zielgruppe eher stärker motivierte oder Rehabilitanden mit günstiger Prognose für START entschieden haben (möglicher Selektionseffekt). Die Datenlage erlaubt hier leider keine eindeutige Unterscheidung.

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 30–33 | <https://doi.org/10.14624/NR2601001> | © Hippocampus Verlag 2026

START concept: Gradual reintegration with assistance from the rehabilitation team

E. Rauscher, R. Kaluscha

Abstract

Background: After neurological disease, a “stepwise reintegration” at the former workplace often takes place. Remaining functional deficits such as word finding difficulties, reduced concentration ability, impaired fine motor skills, or gait instability can make returning to work difficult. Instead of the usual parallel outpatient treatment, the START model project therefore interweaves rehabilitation and stepwise reintegration.

Methods: The outcome evaluation was based on multiple data sources. First, the socio medical progress and the reintegration rate in the year following the START intervention were recorded for participants (the START group) using questionnaires at baseline (t0), at the end of the intervention (t1), and one year after the end of the START intervention (t2). Standardised questionnaires captured sociodemographic characteristics, health status, and work ability. Second, similar cases from the pension insurance’s rehabilitation statistics database (RSD) were analysed as a “historical control group” to contextualise the survey results.

Additionally, both the respective employers and the treating physicians in the participating rehabilitation facilities were surveyed. From the employer side, satisfaction with the START intervention and strengths and weaknesses of the model project were recorded; from the medical side, the progress of recovery was documented.

Results: Unfortunately, data collection was heavily affected by the newly emerging COVID 19 pandemic, so only 32 participants could be included. The majority reported improvements in subjective work ability and health related quality of life. One year after START, almost all participants were employed, and none applied for a disability pension. Assessments of the START measure by treating physicians and employers were also predominantly positive.

Conclusion: The observed positive trends suggest that START should be deployed on a larger scale, and in line with an “application observation” approach, satisfaction and employment status should be monitored to strengthen and statistically validate the first encouraging findings shown here.

Keywords: Stepwise Re-Integration, Return to Work, RTW, stroke aftercare, rehabro

Bei den Vergleichen mit historischen Daten oder mit ähnlichen Fällen in anderen Einrichtungen im gleichen Zeitraum ergaben sich nicht zuletzt aufgrund der kleinen Fallzahlen keine statistisch signifikanten Auffälligkeiten.

Die positiven Ergebnisse der Befragungen legen zusammen mit der unklaren Datenlage bei den Analysen der RSD-Daten nahe, START in einem größeren Rahmen einzusetzen und gleichzeitig im Sinne einer „Anwendungsbeobachtung“ ein Monitoring von Zufriedenheit und Erwerbsstatus durchzuführen, um die hier bei kleiner Fallzahl gezeigten positiven subjektiven Ergebnisse zu erhärten und ggf. auch erwerbsbezogene Effekte inferenzstatistisch absichern zu können.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Eva Rauscher
Reha-Zentrum Hess
Leitende Ärztin Neurologie
Steinheimer Str. 7
74321 Bietigheim-Bissingen
eva.rauscher@reha-hess.de