

# Das Modellprojekt „Verwaltung aktiv – Teilhabe intensiv“ (VaTi)

A. Strotmeyer<sup>1</sup>, A. Nolte<sup>1</sup>, E. Frey<sup>1</sup>, V. Grotholtmann<sup>1</sup>, F. Schneider<sup>1</sup>, A. Renner<sup>1</sup>, S. Bimberg<sup>2</sup>, S. Zellmer<sup>1</sup>, N. Boes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Abteilung für Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

<sup>2</sup> Zentrum für ambulante Rehabilitation GmbH Münster

## Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag gibt einen Einblick in das Modellprojekt „Verwaltung aktiv – Teilhabe intensiv“ (VaTi). In VaTi wird ein innovativer Versorgungsansatz zur umfassenden Bedarfsermittlung und Teilhabekoordination für Menschen mit neurologischen Erkrankungen erprobt. Das Projekt zielt darauf ab, den Reha-Prozess zu verbessern, indem eine Versorgungslücke mit dem Ziel geschlossen wird, eine bestmögliche berufliche und soziale Teilhabe zu ermöglichen. Im Beitrag wird, neben der Darstellung von projektrelevanten

Aspekten, die konkrete Umsetzung von VaTi anhand eines Fallberichts skizziert. Erste Ergebnisse der projektbegleitenden Evaluation unterstreichen den Bedarf einer Fallmanagement-basierten Teilhabekoordination für Betroffene und Angehörige nach dem Eintritt einer neurologischen Erkrankung. Möglichkeiten zur Verstetigung eines aufsuchenden Ansatzes und aktiver Teilhabekoordination im Reha-Prozess werden thematisiert.

**Schlüsselwörter:** neurologische Rehabilitation, Nachsorge, Rehabilitanden, Angehörige, Fallmanagement

## Einleitung

Der Sozialstaat steht vor vielfältigen Herausforderungen, die ein effektives Gesundheitswesen und eine effiziente sektorübergreifende Versorgung erfordern. Die demografische Entwicklung sowie ein sich veränderndes Krankheitsspektrum mit einer Dominanz von chronischen Erkrankungen [18] und eine sich wandelnde Arbeitswelt [11] sind wesentliche Entwicklungen, die die Bedeutung von langer und gesunder Erwerbstätigkeit unterstreichen. In diesem Kontext nehmen Rehabilitationsträger eine bedeutende Rolle ein. Sie sind zur Erhaltung sowie Wiedererlangung von Erwerbsfähigkeit ihrer Versichertengemeinschaft verpflichtet. Die Anpassung bestehender sowie die Schaffung neuer, den Bedarfen entsprechender Angebote ist Teil dieser Verantwortung.

Zur Bewältigung der Herausforderungen reagierte der Gesetzgeber im Jahr 2016 mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG [7]), das wesentliche Anforderungen an die Rehabilitationsträger zur Verbesserung der Leistungserbringung stellt. Eine Anforderung ergibt sich aus § 19 SGB IX. Demnach ist eine intensive Betreuung von Menschen mit komplexen Bedarfslagen, unter Beteiligung anderer Rehabilitationsträger, im gegliederten Sozialversicherungssystem sicherzustellen [8]. Allerdings stellen die Identifikation komplexer Fälle sowie die sektorübergreifende Rehabilitation von Menschen mit individuellen Bedarfslagen im Rahmen der „Massenverwaltung“ erhebliche Herausforderungen dar. Diese gilt es u. a. vor dem Hintergrund drohender Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) und dem Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben zu lösen. Insbesondere für Rehabilitanden mit neurologischen Erkran-

kungen und komplexen Bedarfen ist die aktuelle Versorgungssituation von Nachteil [9]. Dies zeigt sich u. a. in niedrigeren Return to Work-Quoten aus befristeten EM-Renten im Vergleich zu anderen Diagnosen [15]. Seitens der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Westfalen können diese Fälle mit einem Anteil von rund 4,6% an den Reha-Anträgen zwar als vergleichsweise gering bewertet werden, jedoch sind neurologische Erkrankungen für rund 15% der Neuzugänge zu (teilweisen) EM-Renten verantwortlich (interne Auswertung, 2023).

Eine strukturierte Beratung und Begleitung der Rehabilitanden sowie die Einbindung multiprofessioneller Kompetenzen und Angehöriger wirken sich förderlich auf die Wahrscheinlichkeit der Rückkehr in die Erwerbstätigkeit bei verschiedenen neurologischen Diagnosen aus [5, 6, 9, 12]. Eine aktive Koordination durch einen Lotsen bzw. eine Lotsin der DRV im „Reha-System“, in Form von Experten in der Planung von Teilhabeprozessen von Menschen mit neurologischen Erkrankungen und komplexen Bedarfen, ist bisher nicht vorhanden.

Zur Schließung solcher Versorgungslücken werden gemäß § 11 SGB IX durch das Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ Projekte zur Erprobung von innovativen Ansätzen zur Steigerung der beruflichen Teilhabechancen von Menschen mit besonderen Problemlagen gefördert [7]. In diesem Kontext wird das Projekt „Verwaltung aktiv – Teilhabe intensiv“ (VaTi) von der DRV Westfalen seit November 2021 bis Oktober 2026 durchgeführt. Das Projekt erprobt die Implementierung einer zentralen Ansprechperson bei der DRV Westfalen als einen Lotsen bzw. eine Lotsin im gegliederten System der Sozialversicherung für Versicherte nach einer neurologischen Anschlussheilbehandlung (AHB).

Der vorliegende Beitrag zielt auf die Vorstellung des innovativen Versorgungsansatzes im VaTi-Projekt. Dazu wird zunächst ein Einblick in den Projektablauf, unter besonderer Betrachtung der konkreten Umsetzung anhand eines Fallberichts, gegeben. Darüber hinaus werden vorläufige Ergebnisse der begleitenden Evaluation berichtet. Abschließend werden anhand der bisherigen Projekterfahrungen Möglichkeiten zur Verstärkung thematisiert.

## Projektvorstellung

Das VaTi-Projekt ist für eine Laufzeit von fünf Jahren (November 2021 bis Oktober 2026) mit 300 Teilnehmenden (TN) konzipiert. Neben der DRV Westfalen ist das Zentrum für ambulante Rehabilitation (ZaR) Münster als Kooperationspartner am Projekt beteiligt.

Das Interventionsprogramm sieht eine ganzheitliche Bedarfsermittlung und die Möglichkeit einer zusätzlichen dreitägigen neuropsychologischen Testung im ZaR Münster oder einer aufsuchenden neuropsychologischen Beratung im häuslichen Umfeld sowie eine strukturierte Fallmanagement-basierte Teilhabeoordination vor. Ein interdisziplinäres Team steuert im Rahmen eines Fallmanagements zielgerichtet den gesamten Reha-Prozess. Eine deutliche Steigerung der individuellen Versorgungs- und Regenerationsqualität, eine verbesserte Erwerbsprognose und ein somit insgesamt reduzierter Bedarf an Rentenleistungen aufgrund von (teilweiser) Erwerbsminderung soll mithilfe des innovativen Versorgungsansatzes im VaTi-Projekt gelingen. Auf das Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation [1, 2] bezogen agiert VaTi in Phase E.

Als übergeordnete Projektziele sind die Verminderung von dauerhaften EM-Renten-Zugängen und der Return to Work definiert. Als Teilziele auf Ebene der Rehabilitanden sind die frühzeitige und aktive Koordinierung des Teilhabeprozesses, die Initiierung der Antragsstellung von passgenauen Teilhabeleistungen der Sozialversicherungsträger und die Förderung der Inanspruchnahme sowie die (Wieder-)Erlangung bestmöglicher Teilhabe bedeutend. Bezogen auf den Prozess gilt es, die Versorgungsqualität durch Sichtung der Reha-Entlassungsberichte und Durchführung von Qualitätszirkeln zu verbessern, eine evidenzbasierte Handlungsleitlinie für Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen zu erstellen und den VaTi-Check als innovatives Testinstrument zu evaluieren.

Das Projektvorhaben wird von Mitarbeitenden der DRV Westfalen (Projektleiter, Projektkoordinator, fünf Teilhabekoordinatorinnen (THKs), zwei Sachbearbeiterinnen (bis 10/2023), Büroassistenz (seit 06/2023), einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin (ab 07/2025)) und Mitarbeitenden des ZaR Münster (Chefärztin der Neurologie (Projektleitung), Facharzt für Neurologie, zwei Neuropsychologen, Projektkoordinatorin, Büroassistenz) mit unterschiedlichen Stellenumfängen durchgeführt.

## Ablauf

Der Ablauf von VaTi wird entlang des in **Abbildung 1** dargestellten Schemas im Folgenden skizziert.

Bevor das Rekrutierungsverfahren beginnt und potentielle Teilnehmende (TN) von den THKs kontaktiert werden, wird der Reha-Entlassungsbericht ausgewertet. Bei einer Einwilligung zur Teilnahme am Projekt wird das ZaR Münster eingebunden, um gemeinsam die Bedarfe festzustellen. An dieser Stelle beginnt das Fallmanagement, indem die TN bis zu 2½ Jahre aufsuchend und telefonisch durch die THKs beraten werden. Zum Abschluss wird der Prozess bewertet und bei Bedarf ein Nachsorgegespräch vereinbart.

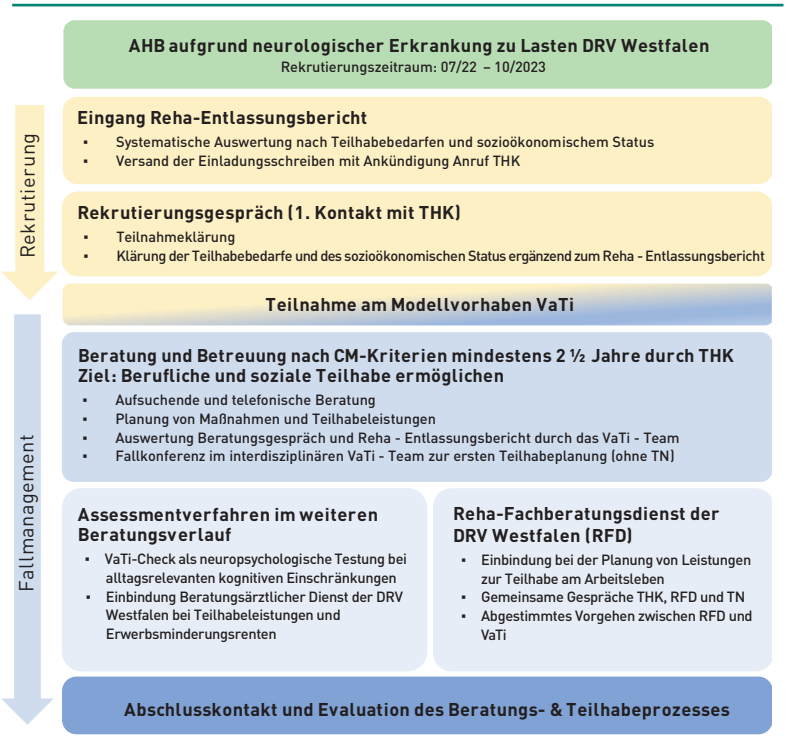


Abb. 1: Ablaufplan VaTi (eigene Darstellung)

## Rekrutierung

Zur Rekrutierung wurden zwischen Juli 2022 und Dezember 2023 von 1941 Versicherten der DRV Westfalen, die eine AHB aufgrund einer neurologischen Erstdiagnose durchgeführt haben, insgesamt 1.596 Personen zu einem telefonischen Gespräch eingeladen.

Einschlusskriterien sind eine abgeschlossene AHB (Phase D) zu Lasten der DRV Westfalen und die freiwillige Bereitschaft zur Teilnahme am Projekt. Ausschlusskriterien, die im Rahmen der Rekrutierung berücksichtigt wurden, aber auch nach Teilnahmebeginn zu einem Ausschluss führen, sind der Bezug einer EM-Rente auf Dauer oder einer Rente wegen Alters von wenigstens 2/3 der Vollrente, wohnhaft in einem oder Umzug in einen anderen regionalen Zuständigkeitsbereich, vorzeitiger

Abbruch der AHB früher als zwei Wochen nach Antritt der Leistung, Widerruf der Teilnahme oder ausgeprägte sprachliche Barrieren. 17,8% der Fälle wurden aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien nicht einbezogen.

Zur Vorbereitung des Rekrutierungsgesprächs wurde der ärztliche Reha-Entlassungsbericht systematisch nach Teilhabebedarfen ausgewertet und der sozioökonomische Status erfasst. Bei der Auswertung der anonymisierten Reha-Entlassungsberichte durch das ZaR Münster wurde auch die Qualität der Berichte hinsichtlich der Aussagekraft zu den Teilhabebedarfen bewertet, um diese bspw. in Qualitätsdialogen mit den Reha-Einrichtungen berücksichtigen zu können. Durch die bereits aus dem Reha-Entlassungsbericht vorhandenen Informationen, bspw. mögliche Teilhabebedarfe, erfolgte eine zielgerichtete Vorbereitung der Rekrutierungsgespräche.

Aufgrund von Nichterreichbarkeiten und Bedenkzeiten wurde ein standardisiertes Verfahren für erneute Kontaktaufnahmen zu Rekrutierungsgesprächen entwickelt. Hierdurch konnte in 86,2% der Fälle das Rekrutierungsgespräch geführt werden, was in 19,8% der Fälle zu einer Teilnahme führte. Somit wurden 316 TN in das VaTi-Projekt eingeschlossen.

Durch den Abschluss der AHB (Phase D) der rekrutierten TN wird davon ausgegangen, dass kein Pflegebedarf vorliegt, Mobilität und Kooperation vorhanden sind und die Teilnahme an mehreren Therapien möglich ist, sodass die berufliche Wiedereingliederung und Nachsorge als Ziele avisiert werden können (s. Stichprobe).

Die Rekrutierung ist gleichzeitig das mit Eingang des Reha-Entlassungsberichts begonnene Assessmentverfahren des Fallmanagements, das im Folgenden erläutert wird.

#### Fallmanagement-basierte Teilhabekoordination im VaTi-Projekt

Mit Eingang der Einwilligungserklärung beginnt die Fallmanagement-basierte Teilhabekoordination telefonisch und in aufsuchender Form.

Die Durchführung stellt hohe Anforderungen an die THKs, die über unterschiedliche Professionen verfügen (z.B. Ergotherapie, Soziale Arbeit, Businessmanagement). Schließlich sind sie zuständige Beraterin, Lotsin und Vertrauensperson zugleich und steuern den Reha-Prozess. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben wurden die THKs zu zertifizierten Care- und Case-Managerinnen nach den Standards der DGCC [3] fortgebildet. Im Projektverlauf wurde deutlich, dass stetige Fortbildungen erforderlich sind. Ein entsprechendes Fortbildungskonzept wird daher projektbegleitend umgesetzt.

Das Fallmanagementverständnis im Projekt orientiert sich eng an den CM-Leitprinzipien der DGCC [3] und dem Konzept zum „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ der DRV [10]. Demnach wird das Individuum mit seinen Bedürfnissen und Bedarfen in den Fokus des Fallmanagements gerückt. Die konkrete

Ausgestaltung der Teilhabekoordination erfolgt als eine Kombination aus „Care Counselling“ als „Kümmerer“ und Fachdienstberatung. In komplexen Fallgestaltungen wird auf Maßgaben des Case-Managements zurückgegriffen (s. Case-Management-Kreislauf). Ein Case Management im Sinne eines Mehr-Ebenen-Konzepts erfolgt bisher, aufgrund rudimentär vorhandener Netzwerke, nicht [14].

Die personenzentrierte Umsetzung steht in einem Spannungsverhältnis zur grundsätzlichen Arbeitsweise der Behörde. Während die DRV als „Massenverwaltung“ auf Rechtskonformität und Gleichbehandlung ausgerichtet ist und ihre Leistungen in einer Vielzahl von Fällen fristgerecht erbringen muss, setzt das in VaTi umgesetzte Fallmanagement auf Flexibilität und die Berücksichtigung von individuellen Lebenswelten mit dem Ziel, passgenaue personenzentrierte Lösungen zu ermöglichen [13]. In VaTi werden diese differenten Grundlogiken sowie das Spannungsverhältnis identifiziert und das Fallmanagement als Brückenfunktion verstanden. Es ist als steuerndes und koordinierendes Element zu verstehen, welches ermöglichen soll, Fälle über institutionelle Grenzen hinweg zu koordinieren, die Verwaltung zu entlasten und Fälle lösungsorientiert zu bearbeiten, anstatt sie „abzuarbeiten“. Zur Ermöglichung dieser Vorgehensweise in VaTi mussten zunächst innerorganisatorische Voraussetzungen geschaffen werden.

#### Innerorganisatorische Voraussetzungen der DRV Westfalen

Zur Schaffung der nötigen Voraussetzungen zur Umsetzung der Personenzentrierung mussten die Verwaltungsabläufe für die TN ohne wesentliche Umstellung des Regelgeschäfts angepasst werden. Dies wurde gelöst, indem in den entsprechenden Einzelfällen den jeweiligen zuständigen Sachbearbeitungen Vermerke mit Erläuterungen zum Projekt und einfache Arbeitsanweisungen zugesandt werden. Parallel wurden alle Mitarbeitenden der DRV Westfalen über das Projekt informiert. Folgende gesonderte Verfahren (1–3) wurden im Rahmen von VaTi implementiert.

- (1) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (LMR): Zeigt sich in der Fallmanagement-basierten Teilhaberberatung ein möglicher Bedarf einer LMR, wird vor Antragsstellung der Beratungsärztliche Dienst der Abteilung Sozialmedizin (BÄD) eingebunden. Dieser kann den Bedarf bestätigen, verneinen oder weitere medizinische Unterlagen anfordern. Dem TN wird hierdurch der Aufwand einer erfolglosen Antragstellung erspart und der BÄD erhält zusätzliche entscheidungsrelevante Unterlagen aus der VaTi-Beratung.
- (2) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA): Im Bereich LTA können der BÄD und der Rehafachberatungsdienst der DRV Westfalen zur Vorabklärung möglicher Bedarfe eingebunden werden. Eine weitere Besonderheit bei Bewilligung der LTA während der

VaTi-Teilnahme ist, dass das erste Beratungsgespräch mit dem Rehafachberatungsdienst und der zuständigen THK stattfindet. Dementsprechend fließen die Informationen aus VaTi in den Beratungsprozess ein. Zudem können das bereits aufgebaute Vertrauensverhältnis zwischen TN und THK genutzt und die weitere Teilhabepanung gemeinsam koordiniert werden. Der weitere Prozess erfolgt in enger Abstimmung, wobei der Rehafachberatungsdienst im Falle einer LTA die weitere Federführung übernimmt.

- (3) **Antragstellung und Weitergewährung von EM-Renten:** Die Unterlagen aus dem VaTi-Projekt werden gezielt den EM-Renten-Verfahren beige-steuert, sodass diese bei einer Entscheidung berücksichtigt werden können. Beispielsweise könnte ein Betroffener im Rahmen eines Antrags auf Teil-EM-Rente mit reduzierter Stundenzahl und Anpassung seines Arbeitsumfeldes (ggf. im Rahmen von LTA) seiner bisherigen Tätigkeit, als Ergebnis der Teilhabepanung in VaTi, weiter nachkommen, weil das Ziel der Weiterbeschäftigung als Teil-EM Rentner bekannt ist.

Die THK überwacht die innerorganisatorischen Prozesse, greift bei Problemen ein und informiert die TN über Verfahrensstände.

Die Umsetzung der Fallmanagement-basierten Teilhabekoordination orientiert sich an dem Case-Management-Kreislauf, der nachfolgend erläutert wird.

#### Case-Management-Kreislauf

Der Case-Management-Kreislauf findet unabhängig von der Bedarfslage in allen VaTi-Fällen als strukturierter Prozess zur systematischen Unterstützung Anwendung. Der Kreislauf sieht die Phasen (1–6) gemäß DGCC [3] vor, die mit Bezug zu den Arbeitsabläufen in VaTi nachfolgend skizziert werden.

Zu Beginn eines jeden Case-Managements steht die (1) Klärungsphase. In dieser Phase findet die Kontaktaufnahme zu potenziellen Fällen und die Prüfung von Aufnahmekriterien statt. In VaTi erfolgt die Umsetzung aufgrund des Projektcharakters in abgewandelter Form (s. Rekrutierung).

Es folgt das (2) Assessment zur Ermittlung des Gesundheitszustands, der Biografie, der aktuellen Lebensumstände, Ressourcen, Hemmnisse oder Bedürfnisse und der Bewertung dieser mit dem Ziel der Bedarfsermittlung. In VaTi werden zur Bedarfsermittlung die Reha-Entlassungsberichte systematisch ausgewertet, es erfolgen Telefoninterviews und aufsuchende Beratungen. Dabei besteht die Möglichkeit der Begleitung durch eine Neuropsychologin oder einen Neuropsychologen des ZaR Münster zur Abklärung des Bedarfs einer neuropsychologischen Testung mittels VaTi-Check (s. **Infobox**). Darüber hinaus kann die Begleitung zur Angehörigenberatung und in Einzelfällen bei Verdacht auf eine Abhängigkeitserkrankung oder bei psychischen

### Infobox VaTi-Check

Das VaTi-Check-Konzept ist ein neuro- und neuropsychologisches Testinstrument, das darauf abzielt, unerkannte oder weiterhin bestehende neuropsychologische Defizite bei den Teilnehmenden zu identifizieren, ihre Ausprägung zu quantifizieren und daraus Empfehlungen für Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilungen für Teilhabeleistungen abzuleiten. Es ergänzt vorhandene Untersuchungen in drei zentralen Phasen:

#### 1. Screening und Zugangssteuerung

- Sichtung vorliegender Befunde (Entlassungsberichte, Reha-Gutachten, neurologische Diagnostik) und Berichte der Teilhabekoordinator:innen.
- Auswahl der Teilnehmenden anhand fehlender oder unvollständiger neuropsychologischer Diagnostik bzw. bei persistierenden alltagsrelevanten Einschränkungen.
- Einbindung von Angehörigen in Anamnese und Fremdanamnese, um Anamnese und kognitive Minderbelastbarkeit frühzeitig zu erkennen.

#### 2. Hypothesengeleitete Diagnostik über drei Tage

- Tag 1–3: Kombination aus ausführlichen Eingangs- und Abschlussvisiten durch Fachärzt:innen für Neurologie, einer fachärztlichen Visite an Tag 2, täglichen Fallbesprechungen zwischen Neurologie und Neuropsychologie sowie umfangreichen Testpaketen der Neuropsycholog:innen.
- Neuropsychologische Testverfahren decken (komplexe) Aufmerksamkeit (z. B. TAP-Alertness, Go/No-Go, Daueraufmerksamkeit), Gedächtnis (z. B. VLMT, VVM), Exekutive Funktionen (z. B. Turm von London, standardisierte Link'sche Probe, TAP-Flexibilität) und visuelle Wahrnehmung (z. B. Rey-Figur, TAP-Neglect) ab. Ergänzend kommen validierte Fragebögen zu Depression, Angst, Stress und Fatigue zum Einsatz.

#### 3. Auswertung, Empfehlungen und Berichterstattung

- Interdisziplinäre Fallkonferenz mit Teilnehmenden, in der Testergebnisse, klinische Verhaltensbeobachtung und Alltagsrelevanz zusammengeführt und weitere Empfehlungen sowie die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung besprochen werden.
- Erstellung zweier Berichte:
  - Neuropsychologischer Befund mit Diagnose, explorativen Ergebnissen, Testverfahren und Therapieempfehlungen
  - Ärztlicher Bericht mit Anamnese, Arbeits- und Sozialanamnese, Untersuchungsbefund, Befundzusammenfassung (Epikrise) und sozialmedizinischer Leistungsbeurteilung (quantitativ/qualitativ, zeitlich eingeordnet)
- Empfehlungen reichen von ambulanter Neuropsychologie über erneute LMR bis zu LTA oder EM-Rente.

#### Besonderheiten und Weiterentwicklung:

- Implementierung von Beschwerdevalidierungsverfahren zur Erhöhung der Aussagekraft
- Kontinuierliche Anpassung des Fragenkatalogs in Zusammenarbeit mit dem Beratungsärztlichen Dienst der DRV Westfalen, um Entscheidungshilfen für weitere Maßnahmen zu standardisieren und Qualitätssicherung sicherzustellen.

Beeinträchtigungen erfolgen. In Fallkonferenzen zwischen den THKs, Neurologen und Neuropsychologen des ZaR Münster werden die gesammelten Informationen besprochen und ein erster Plan zum weiteren Vorgehen abgestimmt. Auch in der weiteren Verlaufsberatung findet ein Austausch dieser Akteure statt, um auf sich verändernde Bedarfe reagieren zu können.

Im Rahmen der (3) Teilhabepanung (Serviceplanung nach [3]) werden Ziele festgelegt und priorisiert. Hier-

Wirkungsziele				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Familie versorgen können → RTW</li> <li>Kein erneuter Schlaganfall → Reduktion der Risikofaktoren</li> </ul>				
Beruf	Gesundheit		Lebenssituation	
Bereichsziel 1 Berufliche Neuorientierung	Bereichsziel 1 Lebensstiländerung	Bereichsziel 2 Ambulante Versorgung	Bereichsziel 1 Soziale Kontakte	Bereichsziel 2 Schuldenregulation
<b>HZ 1</b> LTA durch DRV prüfen und ggf. bewilligen Verantwortlich - THK	<b>HZ 1</b> Ernährungsberatung gKV beantragen Verantwortlich - TN	<b>HZ 1</b> Neurologen aufsuchen Verantwortlich - TN	<b>HZ 1</b> Verabredung Skat-Runde Verantwortlich - TN	<b>HZ 1</b> Kontaktaufnahme Schuldenberatung Verantwortlich - TN/THK
<b>HZ 2</b> BEM mit Arbeitgeber besprechen Verantwortlich - TN	<b>HZ 2</b> rvFit beantragen Verantwortlich - THK/TN	<b>HZ 2</b> Ergotherapie starten Verantwortlich - TN		
<b>HZ 3</b> Stellenangebote recherchieren Verantwortlich - THK	<b>HZ 3</b> Alltagsbewegung, tägl. Spaziergang am Abend, Angehörige einbinden Verantwortlich - TN			

Abb. 2: Vereinfachte Darstellung einer Teilhabeplanung im VaTi-Projekt (eigene Darstellung)

bei werden konkrete Unterstützungsleistungen benannt und deren Umsetzung festgelegt (Abb. 2). Dies ist ein partizipativer Prozess. Zur Strukturierung der Teilhabeplanung erfolgt in VaTi eine Einteilung in die drei Bereiche: Beruf, Gesundheit und Lebenssituation. Mit den TN werden die Ziele und Maßnahmen zur Zielerreichung geplant und im „Assessment- und Teilhabebogen“ erfasst. Deutlich wird an dieser Stelle, ob die Case-Management-Kriterien (komplexe Bedarfslage, hohe Akteursdichte, keine Regelpfade, Hilfen zur Ressourcenerschließung erforderlich, längerfristige Problemlage, Hilfen werden gewünscht) erfüllt werden. Dies ist hinsichtlich der Bedarfsauswertung und der Verstetigungsfrage bedeutend [3]. Unabhängig von dieser Feststellung werden in VaTi alle TN durch die THKs individuell und bedarfsgerecht begleitet und unterstützt. Leistungen, Maßnahmen und Leistungserbringer, die im Rahmen der Teilhabeplanung in Frage kommen, sind zum Beispiel: Teilhabeleistungen der Sozialversicherungsträger (LMR, LTA und Präventionsleistungen), Leistungen der ambulanten Gesundheitsversorgung (Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Neuropsychologie), Hilfsmittel und Anpassungen für den Beruf und Alltag

(z.B. Einhandtastaturen, Sprachsysteme, Spezialstühle, Gehhilfen, Erinnerungssysteme), Unterstützung im Alltag, psychosoziale Unterstützung. Mögliche beteiligte Dienste und Professionen sind: Sozialleistungsträger, Sozialpsychiatrische Dienste, Neurologen, Hausärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Neuropsychologen, Psychologen, Pflegepersonal, Hilfsmittelversorger oder Soziale Dienste.

Das (4) Linking bezieht sich auf die Umsetzung des zwischen THK und TN ausgearbeiteten Plans und die Sicherstellung entsprechender Hilfen. In VaTi bezieht sich das Linking auf inner- und außerorganisatorische Prozesse. Innerhalb der DRV Westfalen wird sichergestellt, dass die nötigen Prozesse, wie EM-Renten- und Teilhabeverfahren (Bewilligungen, Ablehnungen, Weitergewährungen, Auswahl von Kliniken oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) eingeleitet werden. Das außerorganisatorische Linking bezieht sich bspw. auf Gespräche mit BEM-Beauftragten, die Abstimmung von Leistungen mit anderen Sozialversicherungsträgern, wie der Agentur für Arbeit oder dem Jobcenter, die Anbindung an ambulante Versorgungssysteme sowie Selbsthilfegruppen oder die Einbindung von Angehörigen.

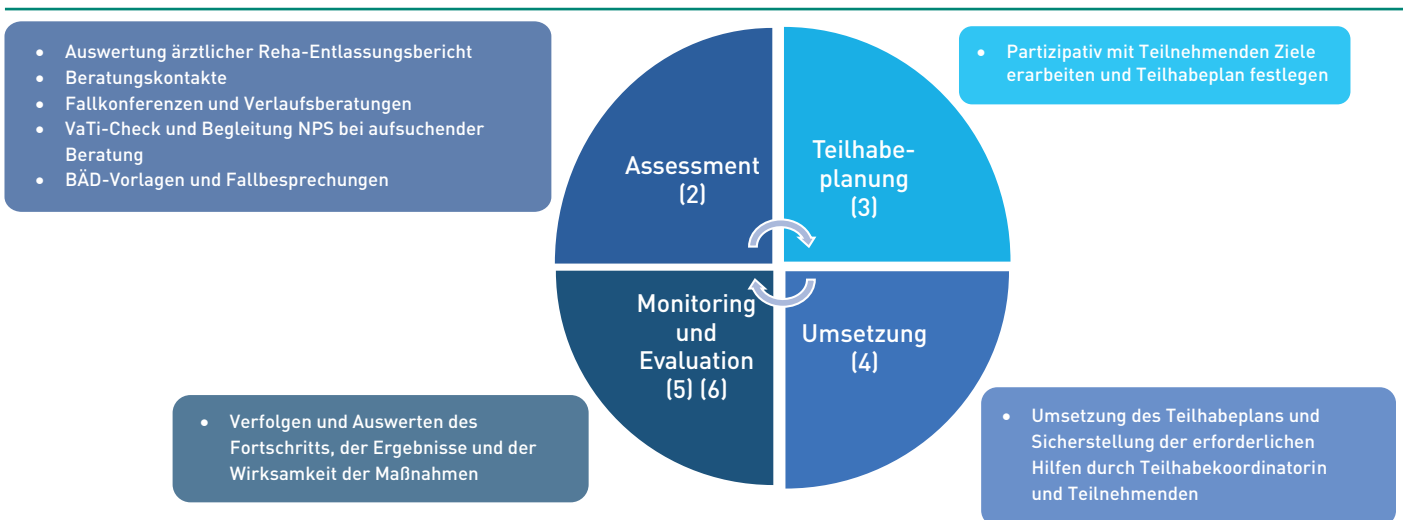


Abb. 3: Vereinfachte Darstellung der Umsetzung des Case-Management-Kreislaufs in VaTi ohne (1) Klärungsphase und Zusammenfassung von (5) Monitoring und (6) Evaluation (eigene Darstellung)

Im Rahmen des (5) Monitorings wird die Entwicklung des Fortschritts überwacht und bewertet. In VaTi erfolgt dies durch die THKs, ggf. in Absprache mit der Projektleitung und Projektkoordination oder dem ZaR Münster, aber auch in internen Fallkonferenzen, die in Form von kollegialer Praxisberatung erfolgen.

In der letzten Phase erfolgt die (6) Evaluation des Case-Management-Prozesses mit dem Ziel der Bewertung der Maßnahmen hinsichtlich ihrer Effektivität. Für das VaTi-Projekt wurde zu Beginn eine projektbegleitende Evaluation konzipiert [4]. Ziele der Evaluation sind Erkenntnisgewinne zur Verstetigung des Projekts sowie die Sicherung der Ergebnisqualität (s. Evaluation). Es sei erwähnt, dass das Evaluationsdesign keinen Wirkungsnachweis zulässt. Vielmehr ist VaTi als Umsetzungsprojekt konzipiert. So dient die Evaluation bspw. der Erstellung einer evidenzbasierten Handlungsleitlinie für die Gestaltung des Reha-Prozesses für Menschen mit neurologischen Erkrankungen.

Es wird deutlich, wie die einzelnen Phasen des Case-Managements die Umsetzung der Teilhabekoordination in VaTi bestimmen. Die Umsetzung des Kreislaufs in VaTi ist in **Abbildung 3** dargestellt.

Wie die Umsetzung im Projekt erfolgte, wird im Folgenden beispielhaft mithilfe eines Fallberichts beschrieben. Ein Interview mit dem ersten VaTi-Teilnehmer findet sich zudem unter <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Westfalen/DE/Ueber-uns/Jahresbericht/gesundheits-im-blick/konstruktiv-kontrovers-kritisch.html>

## Fallbericht

Es wird aus Sicht einer THK über den Fall einer 35-jährigen Frau, im Folgenden Frau Meier genannt, welche aufgrund der Erstdiagnose Multiple Sklerose (MS) nach einer AHB Teilnehmerin des VaTi-Projekts wurde, berichtet. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Fallberichts ist die Fallmanagement-basierte Teilhabebegleitung noch nicht abgeschlossen.

Im Sommer 2023 entwickelten sich bei Frau Meier beim Wandern mit ihrer Tochter (Grundschulalter) plötzlich Sehstörungen, Taubheit in der linken Gesichtshälfte sowie Gleichgewichtsstörungen. Notfallmäßig wurde sie im Krankenhaus behandelt und erhielt anschließend im Rahmen der Akutbehandlung die Diagnose MS. Durch die darauffolgende AHB eröffnete sich für Frau Meier die Chance zur Teilnahme am VaTi-Projekt. Nach Vorlage des Reha-Entlassungsberichts erfolgte im November 2023 ein telefonischer Erstkontakt. Zunächst erschien der Krankheitsverlauf unauffällig und Frau Meier bemerkte lediglich ein Flackern vor den Augen bei Stress. Sie wirkte erleichtert und erzählte von der bereits erfolgten Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit als Reinigungskraft.

## Teilhabeplanung

Um die Unterstützung von Frau Meier im Rahmen von VaTi gezielter planen zu können, fand zunächst eine Fallkonferenz mit der Neurologin und der Neuropsychologin des ZaR Münster statt. Besonders hilfreich für die Teilhabekoordination war es, eine erste Einschätzung zum Krankheitsverlauf zu erhalten sowie potentielle weitere Behandlungsmöglichkeiten (u. a. Physiotherapie, Entspannungstherapie, neurologische Anbindung, Stabilisierungs-Reha) aufgezeigt zu bekommen. Insbesondere das Wissen, einen erneuten AHB-Anspruch nach einem weiteren Schub zu haben, sollte sich im weiteren Verlauf als Vorteil erweisen.

Bereits nach kurzer Zeit meldete sich Frau Meier telefonisch bei ihrer THK und bat um Hilfe. Sie wirkte schockiert und erzählte von erneuten Symptomen, wie z. B. Kribbeln in den Händen, „Sternen“ vor den Augen, Wortfindungsstörungen. Diese Beschwerden träten während der Arbeit auf, woraufhin ihr Arbeitgeber sie nach Hause geschickt hätte. Laut ihrer Beschreibung hätte ein darauffolgendes MRT einen erneuten Schub nachgewiesen. Logopädie sei anschließend ärztlicherseits empfohlen worden. Um Frau Meier zu beruhigen, erfolgte durch die THK ein aufmerksames Zuhören; ihr wurde der notwendige Raum gegeben, um ihre Sorgen zu teilen. Dadurch konnte signalisiert werden, dass sie nicht alleine mit der Situation war, und zugleich Vertrauen aufgebaut werden.

Im März 2024 erfolgte die erste aufsuchende Beratung mit dem Ziel, die weitere Teilhabepaltung abzusprechen. Frau Meier zeigte sich offen und freundlich. Sie erzählte von ihren Gedanken, der Ungewissheit in Bezug auf die Erkrankung und ihren Plänen für die Zukunft. Ihr übergeordneter Wunsch lautete, wieder mit ihrer Tochter wandern gehen zu können. Es war ihr wichtig, das Erlebte und den damit verbundenen Schock gemeinsam zu verarbeiten. Um dies zu erreichen, wurde partizipativ ein Teilhabeplan erstellt, in welchem konkrete Ziele und Maßnahmen in den Bereichen Gesundheit, Beruf und Lebenssituation festgehalten wurden. Es wurde besprochen, zunächst gesundheitsbezogene Ziele wie die Krankheitsbehandlung und -akzeptanz durch fachärztliche Abklärungen sowie Selbsthilfeangebote zu verfolgen. Dadurch sollten die Voraussetzungen geschaffen werden, ihre Arbeit als Reinigungskraft u.U. mit Hilfsmitteln oder behinderungsbedingten Nachteilsausgleichen in Absprache mit ihrem Arbeitgeber wieder ausüben zu können. Zudem wurde vereinbart, durch regelmäßige Rücksprachen und Recherchen Möglichkeiten zu finden, ihren Alltag selbstbestimmt zu bewältigen sowie ihrer Rolle als Mutter gerecht werden zu können.

### *VaTi-Check*

Während Frau Meier auf eigenen Wunsch ihre Tätigkeit wieder aufnahm, wurde seitens der THK eine weitere Fallbesprechung mit dem ZaR Münster eingeleitet, um die neuen Erkenntnisse der Beratung und die Ergebnisse des letzten Krankenhausberichts auszuwerten. Insbesondere die beschriebenen alltagsrelevanten kognitiven Defizite wurden thematisiert. Im Ergebnis wurde mit der Neurologin des ZaR Münster festgelegt, einen VaTi-Check durchzuführen, um die kognitiven Defizite zu identifizieren und daraus die weitere Planung abzuleiten. Eine Bedarfskontrolle für den VaTi-Check durch eine aufsuchende Beratung der Neuropsychologin war nicht erforderlich.

Über das Ergebnis der Fallbesprechung wurde Frau Meier im April informiert. Nach Abstimmung mit ihrem Neurologen, welcher vorab durch die THK Informationen über den VaTi-Check erhielt und positiv darauf reagierte, stimmte sie dem VaTi-Check zu. Die zusätzliche Empfehlung ihres Facharztes, Kontakt zu einer MS-Ambulanz aufzunehmen, konnte sie durch wiederkehrende Nachfrage der THK zeitnah umsetzen. Ihren Arbeitsversuch musste sie abbrechen, da sie den Anforderungen nicht gerecht werden konnte. Sie war nun krankgeschrieben.

Im Sommer 2024, circa ein Jahr nach der Diagnosestellung, begannen die ersten umfangreichen neuropsychologischen Untersuchungen. Frau Meier begab sich für drei Tage für den VaTi-Check in das ZaR Münster, wo sie eine ausführliche Diagnostik, Informationen zum Krankheitsumgang und Empfehlungen für die weitere Behandlung erhielt. Darunter fielen u. a. die Aufnahme von ambulanter Neuropsychologie, eine erneute stationäre Reha-Maßnahme mit neuropsychologischer Therapie sowie die Anbindung an eine Spezialambulanz. Zudem erhielt sie Anregungen für ein Pausenmanagement, welches sie in ihren Alltag weiter integrieren sollte. Insbesondere aufgrund der festgestellten Fatigue gab es erste sozialmedizinische Hinweise auf eine Unterstützungsnotwendigkeit für die zukünftige Berufstätigkeit, welche für die Zielbearbeitung berücksichtigt werden sollte. Die Ergebnisse des VaTi-Checks und dessen Umsetzung wurden mit Frau Meier besprochen. Sie selber berichtete, dass ihr der VaTi-Check an vielen Stellen die Augen für ihre Situation geöffnet habe, jedoch auch kognitiv sehr fordernd gewesen sei. Endlich habe sie das Gefühl, dass trotz der „Nichtsichtbarkeit von außen“ ihre Einschränkungen anerkannt würden und auch die ausgeprägte Erschöpfung als Symptom der Erkrankung eingeordnet werden könnte. Insbesondere diese Krankheitseinsicht machte Frau Meier für die weitere Teilhabeplanung und die Durchführung der empfohlenen und geplanten Maßnahmen empfänglich.

### *Gesundheit*

Im Anschluss an den VaTi-Check begab sich Frau Meier für 16 Tage in eine Spezialklinik für MS. Mittlerweile war sie in ihrem Gangbild stark eingeschränkt. Um Doppeltestungen zu vermeiden und die Behandlung nahtlos an den bisherigen Erkenntnissen auszurichten, wurde vorab der Abschlussbericht des VaTi-Checks an die Klinik versandt.

In der Klinik kam Frau Meier erstmalig in den Austausch mit anderen an MS erkrankten Personen. In regelmäßigen Gesprächen mit der THK wurde die Bedeutung dieser Erfahrung hinsichtlich ihrer Ziele im Gesundheitsbereich gemeinsam reflektiert. Sie lernte, ihre Krankheit besser verstehen zu können und berichtete von weiteren Fortschritten. So hatte sie es durch die Unterstützung des Klinikpersonals geschafft, den notwendigen Rollator sowie die Fußheberorthese als Hilfsmittel anzunehmen, wodurch sie ihren Aktionsradius erweitern und ihre Selbstständigkeit weiter steigern konnte. Auch die endgültig besprochene medikamentöse (Weiter-)Behandlung bildete einen wichtigen Meilenstein auf dem Weg zur Zielerreichung, der Krankheitsbewältigung.

Dennoch verschlechterte sich der Gesundheitszustand krankheitsbedingt, so dass eine Antragsstellung für eine LMR durch die THK initiiert wurde.

Im Rahmen der AHB wurde die berufliche Zukunft thematisiert. An dieser Stelle wurde erstmalig LTA durch den Sozialdienst der Reha-Einrichtung angesprochen. Frau Meier rief bedrückt aus der Reha-Einrichtung an und berichtete, dass sie die Rückmeldung erhalten habe, nicht in ihren alten Beruf zurückkehren zu können. Sie wirkte überfordert und stellte sich Fragen wie: „Was kann ich noch schaffen? Wie geht es weiter?“. In dieser Phase bestand die Begleitung der THK in erster Linie darin, mit ausreichend Zeit Frau Meier zu beruhigen und durch weiterführende Erklärungen und Beispiele die Bedeutung von LTA zu veranschaulichen und konkrete Hilfen für Frau Meier zu entwickeln.

Durch die zunehmenden Einschränkungen veränderte sich ihr gesamter Alltag. Frau Meier befand sich in einem Prozess mit Höhen und Tiefen. Es fiel ihr schwer, ihren Zustand zu akzeptieren. Sie ärgerte sich über sich selbst, wenn Dinge nicht direkt funktionierten, gleichzeitig fiel es ihr schwer, um Hilfe zu bitten. Die Ressourcen im Blick zu behalten und zielorientiert zu bleiben, stand in dieser Phase im Beratungsmittelpunkt. So wurde sie auf ein Online-Angebot aufmerksam gemacht, bei dem sie sich mit anderen Betroffenen, zunächst anonym, austauschen konnte. Nach einiger Zeit konnte Frau Meier eine soziale Verbindung aufbauen und profitierte von den Erfahrungsberichten. Sie schilderte, durch diese Erzählungen ihr Schicksal besser akzeptieren zu können und beschloss einen Weg zu finden, ihre Krankheit so gut wie möglich in ihr Leben zu integrieren.

Nachdem Frau Meier Fortschritte bei der Krankheitsbewältigung gemacht hatte, konnten die Ziele aus dem Teilhabeplan zur langfristigen Verbesserung ihrer Situation weiterverfolgt werden. Hierfür mussten verschiedene Therapieangebote gefunden werden. Innerhalb der Recherche zeigte sich, dass in fußläufiger Nähe von Frau Meier ein Studio eröffnet hat, das ein speziell für Personen mit MS zugeschnittenes Funktionstraining anbot. Bei einem weiteren Hausbesuch wurde gemeinsam mit Frau Meier eine Übersichtsliste der verschiedenen Therapieanbieter und die eigenständige Kontaktaufnahme vorstrukturiert. In den folgenden Wochen kontaktierte Frau Meier die besprochenen Anbieter. Regelmäßig erfolgten Rücksprachen mit der Teilhabekoordination zum Zwischenstand ihrer Bemühungen.

#### *Arbeit*

Ihr Ziel, ihre gewohnte Arbeit wiederaufnehmen zu können, wurde inzwischen dahingehend angepasst, nach beruflichen Alternativen zu suchen, die die gesundheitlichen Einschränkungen angemessen berücksichtigen würden. Frau Meier wurde dabei unterstützt, einen Antrag auf LTA zu stellen. Parallel nahm die THK Kontakt mit dem Rehafachberatungsdienst (RFD) der DRV Westfalen auf. Mit Einverständnis von Frau Meier wurde die Kollegin über den Sachstand informiert. Es wurde vereinbart, dass die THK Frau Meier zu den Terminen mit dem RFD begleitet und eine Zusammenarbeit erfolgt. Durch einen regelhaften Austausch mit Frau Meier kann so sichergestellt werden, dass die zukünftigen Leistungen im gesamten Reha-Prozess passgenau aufeinander abgestimmt werden, um die gewünschte Wirkung zu erzielen und mögliche Hemmnisse zu vermeiden. Auf Wunsch von Frau Meier hatte die THK bereits kurz nach Projekteintritt Kontakt zur Beauftragten des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) ihres Betriebes aufgenommen, die das weitere Vorgehen hinsichtlich des Teilhabeplans unterstützt. Sie kann im Rahmen des LTA-Verfahrens eingebunden werden.

#### *Lebenssituation*

Um ihre Ziele hinsichtlich ihrer Lebenssituation erreichen zu können, wurde zunächst die inzwischen belastete Beziehung zu ihrem Kind fokussiert. Frau Meier erhielt hilfreiche Informationen durch eine Erziehungsberatungsstelle und stellte im weiteren Verlauf, mit Unterstützung der THK, einen Antrag auf eine Mutter-Kind-Kur. Sie erhoffte sich von dieser, das Erlebte gemeinsam mit ihrer Tochter besser verarbeiten zu können und ihrem Wirkungsziel, wieder wandern gehen zu können, einen weiteren Schritt näher zu kommen.

Während des gesamten Prozesses konnte Frau Meier sich stets auf die Unterstützung ihrer Familie und

Freunde als zusätzliche Ressource verlassen. Dementsprechend wurde Frau Meier dazu motiviert, ein langsehntes Vorhaben, ihre Wohnzimmerumgestaltung, umzusetzen. Mit ihrer mittlerweile veränderten Haltung zur Krankheit schaffte sie es, dafür aktiv Hilfe anzunehmen.

### **Evaluation**

Mit dem Ziel der Ergebnissicherung und der Generierung von Aussagen zur Bewertung von Verstetigungsmöglichkeiten erfolgt eine begleitende Datenerhebung bis zum Projektende im Oktober 2026. Dabei wird der Projektverlauf dokumentiert und fortlaufend evaluiert [4].

Im Rahmen dieses Beitrags steht neben der Beschreibung der TN die Darstellung von Zusammenhängen zwischen Interventionsbedarf und Beratungsumfang ebenso im Fokus wie die Veränderung der thematischen Schwerpunkte in den Beratungskontakten im Projektverlauf. Auf die Thematisierung der bisherigen Erkenntnisse hinsichtlich der Projektziele bezogen auf die Rehabilitanden und den Prozess wird in der Diskussion eingegangen.

Im Folgenden werden zunächst methodische Aspekte der Evaluation beschrieben, bevor vorläufige Ergebnisse präsentiert werden.

#### **Methode**

Die Grundlage der Evaluation bildet eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Daten aus Fragebogenerhebungen und Telefoninterviews. Die Fragebogenerhebung dient der Erfassung von soziodemographischen, gesundheitlichen und motivationalen Daten sowie von Interventionsbedarfen der TN. Darüber hinaus wird die Teilhabeplanung in den Bereichen Beruf, Gesundheit und Lebenssituation dokumentiert. Die Nutzung von selbstadministrierten Fragebögen ermöglicht eine standardisierte Auswertung der Daten bei Entlassung aus der Reha. Diese Daten dienen der quantitativen Analyse der deskriptiven Merkmale der TN im Rahmen der begleitenden Evaluation. Als weitere Datenbasis liegen qualitative Daten aus leitfadengestützten Telefoninterviews der rekrutierten Stichprobe vor (s. Rekrutierung). Die Telefoninterviews fokussieren eine tiefgehende Erfassung der beruflichen, sozialen und gesundheitlichen Situation sowie der individuellen Interventionsbedarfe der TN. Die Daten werden im Allgemeinen fortlaufend systematisiert, dichotomisiert und kategorisiert. Beispielsweise wurde der Interventionsbedarf auf einer Skala (von 1 = kein Hilfebedarf bis 6 = großer Hilfebedarf) durch die THKs und das ZaR Münster eingeordnet.

Für den vorliegenden Beitrag wurden die Daten bis zum Stichtag 14.03.2025 mit der Software „Excel®“ erfasst. Die deskriptiven und inferenzstatistischen Auswertungen wurden mittels der Software „IBM SPSS Version 29®“ durchgeführt (Signifikanzniveau:  $p = 0,05$ ).

**Ergebnisse**

Zunächst wird die Stichprobe deskriptiv dargestellt. Dazu werden die Altersstruktur, die Geschlechterverteilung, das Bildungsniveau, die Erstdiagnosen, der Erwerbsstatus, die Gründe zur Teilnahme am Projekt sowie das Leistungsvermögen bei Entlassung aus der Reha betrachtet. Anschließend werden die durch die THKs (N=5) erfassten Interventionsbedarfe und Themenschwerpunkte in den telefonischen sowie aufsuchenden Beratungen in den Blick genommen.

**Stichprobe**

Am Projekt nehmen 316 Versicherte teil. 43 TN haben das Projekt, bspw. aufgrund von Ausschlusskriterien oder Nichterreichbarkeit im Verlauf, beendet. Das durchschnittliche Alter beträgt 51,78 ± 8,88 Jahre (min. 23 Jahre, max. 65 Jahre). Die Altersklasse der 50 bis 59-Jährigen nimmt eine bedeutende Rolle hinsichtlich der Beschreibung der Zielgruppe von VaTi ein: 51,58% der TN gehören dieser Altersklasse an. Es nehmen zu einem größeren Anteil Männer am Projekt teil; ihr Anteil beträgt 72,47% (n=229). Der Anteil der teilnehmenden Frauen liegt bei 27,53% (n=87).

Der Großteil der TN hat nahestehende Angehörige: 57,28% der TN sind verheiratet und 8,86% leben in einer Lebensgemeinschaft. Rund zwei Drittel der TN hat Kinder.

Ein eher niedriges Bildungsniveau weisen 215 TN auf, die über einen Förder-, Haupt- oder Realschulabschluss (1,90%, 41,46% und 24,68%) verfügen. Der Anteil der TN mit einem eher höheren Bildungsgrad fällt mit 73 Personen geringer aus: 17 TN haben Fachabitur (5,38%), 26 TN besitzen Abitur (8,23%), 27 TN verfügen über einen Fachhochschulabschluss (8,54%) und 3 TN über einen Hochschulabschluss (0,95%). 28 TN geben zum Bildungsniveau „Sonstiges oder keine Angabe“ an (8,86%).

Bei der Betrachtung der vorherrschenden Erstdiagnosen zeigt sich, dass 62,03% eine zerebrovaskuläre Erkrankung aufweisen. Dabei überwiegt die Diagnose Schlaganfall mit 51,27%. Neubildungen haben 7,91% der TN und 7,28% leiden unter MS (Einteilung nach Streibelt et al. [15]).

Wie **Tabelle 1** zu entnehmen ist, steht der Großteil der TN in einem Arbeitsverhältnis.

**Tab. 1:** Erwerbsstatus

	TN	%
Reguläre oder befristete Erwerbstätigkeit	259	81,96
Arbeitslosigkeit	44	13,92
Sonstige	7	2,22
keine Angabe	6	1,90
Gesamt	316	100,00

Aus den Angaben zu den Gründen für die Projektteilnahme wird deutlich, dass den TN insbesondere Ansprechpartner bei der Krankheitsbewältigung fehlen. Die Mehrheit der Befragten gibt dieses Motiv als Grund für die Teilnahme am Projekt an (**Tab. 2**). Zudem benötigen einige der Befragten Unterstützung bei der Bewältigung der gesundheitlichen Belastung und bei der Lösung von beruflichen Problemlagen. Unterstützung bei der Bewältigung sozialrechtlicher Anliegen ist ebenso wie die Hilfe zur Alltagsbewältigung für einige der Befragten ein Grund für die Teilnahme am Projekt. Die Bewältigung von sozialen Problemlagen nimmt keine bedeutende Rolle für die Projektteilnahmen ein.

**Tab. 2:** Gründe zur Projektteilnahme

	Nennungen	%
Berufliche Problemlagen	51	28,98
Gesundheitliche Belastungen	76	43,18
Sozialrechtliche Anliegen	29	16,48
Alltagsbewältigung	26	14,77
Soziale Problemlagen	6	3,41
Ansprechpartner/-partnerin bei Bedarf	150	85,23

176 TN haben dazu eine Angabe gemacht. Mehrfachnennungen waren möglich

Das Leistungsvermögen bei der Entlassung aus der Reha (gemäß § 43 SGB VI) liegt für den Großteil der TN bei über sechs Stunden bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (89,24%) und die letzte berufliche Tätigkeit (77,85%). Für einen kleinen Anteil der TN wird das Leistungsvermögen zwischen drei und sechs Stunden für den allgemeinen Arbeitsmarkt (3,48%) sowie für die letzte berufliche Tätigkeit (3,80%) angegeben. Ein Leistungsvermögen von unter drei Stunden weisen 7,28% der TN für den allgemeinen Arbeitsmarkt und knapp 18,35% für die letzte berufliche Tätigkeit auf.

**Interventionsbedarf und Umfang sowie Schwerpunkte der Beratungen**

Die Beratungen werden im Allgemeinen in einem Zeitraum von 17,59 ± 6,86 Monaten nach Bedarf durchgeführt. Den Beratungen liegt keine stringente zeitliche Abfolge zugrunde.

Seit Projektbeginn haben bis dato 2.802 Beratungstermine stattgefunden. Im Mittel wurden 8,9 ± 5,60 Beratungen pro TN in Anspruch genommen.

Die Beratungszeit umfasst im gesamten Verlauf pro TN hinsichtlich der telefonischen Kontakte im Mittel 186,92 ± 138,99 Min. (zzgl. Vorbereitung: 90,41 ± 87,23 Min. und Nachbereitung: 158,30 ± 135,01 Min.). Die aufsuchenden Kontakte umfassen pro TN im gesamten Verlauf 108,45 ± 69,93 Min. (zzgl. Vorbereitung: 133,68 ± 104,82 Min. und Nachbereitung: 121,34 ± 76,73 Min.). Die durchschnittliche Gesprächsdauer für einen telefonischen

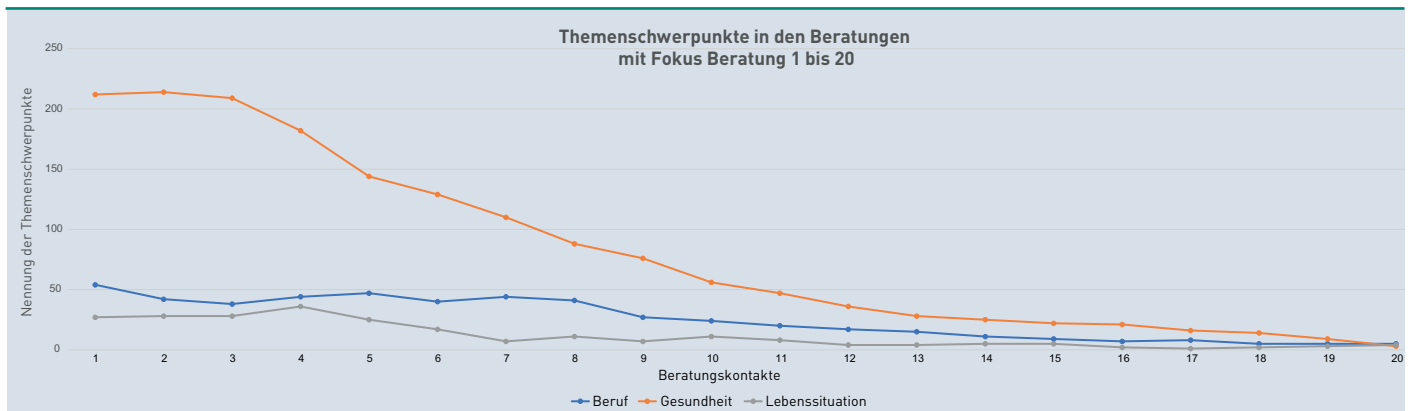


Abb. 4: Entwicklung der Themenschwerpunkte in den telefonischen und aufsuchenden Beratungen. Ausschnitt bis zum 20. Beratungskontakt

Beratungstermin beträgt  $21,85 \pm 9,37$  Min. (zzgl. Vorbereitung:  $10,30 \pm 6,28$  Min. und Nachbereitung:  $18,85 \pm 10,13$  Min.) und für die aufsuchende Beratung  $85,22 \pm 33,83$  Min. (zzgl. Vorbereitung:  $103,58 \pm 60,66$  Min. und Nachbereitung:  $99,76 \pm 52,96$  Min.).

Zu Projektbeginn liegen die Interventionsbedarfe auf einem mittleren Niveau (Beruf:  $3,24 \pm 1,70$ ; Gesundheit:  $2,79 \pm 1,14$ ; Lebenssituation:  $2,11 \pm 1,27$ ).

Es zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Interventionsbedarf und der Anzahl der telefonischen und aufsuchenden Beratungen ( $r = 0,280$ ,  $p < 0,001$ ). Bei getrennter Betrachtung von telefonischen und aufsuchenden Beratungskontakten stellen sich die Zusammenhänge mit dem Interventionsbedarf ebenso dar (telefonische Beratung:  $r = 0,227$ ,  $p < 0,001$ ; aufsuchende Beratung:  $r = 0,190$ ,  $p < 0,001$ ). Somit ist das Ausmaß des Interventionsbedarfs zu Projektbeginn verbunden mit dem Bedarf an der Fallmanagement-basierten Beratung und Begleitung im Projektverlauf, unabhängig davon, ob diese telefonisch oder aufsuchend stattfindet.

Die Themenschwerpunkte in den telefonischen und aufsuchenden Beratungen lassen sich in Anlehnung an die Interventionsbedarfe ebenfalls in die Bereiche Beruf, Gesundheit und Lebenssituation aufteilen. Bei der Betrachtung der Häufigkeiten der Thematisierungen von bereichsspezifischen Herausforderungen ist festzustellen, dass die Beratungen zum Beruf und zur Lebenssituation auf einem geringeren Level im gesamten Beratungsverlauf rangieren als die Beratungen zum Thema Gesundheit. Wie der **Abbildung 4** zu entnehmen ist, dominiert zu Beginn der Beratungen der gesundheitliche Fokus deutlich. Die Beratungen mit Bezug zum Beruf und zur Lebenssituation liegen im Beratungsprozess nahezu gleich auf. Im Verlauf gleicht sich das Beratungsniveau in den drei Bereichen stark an.

## Diskussion

Der vorliegende Beitrag beschreibt den innovativen Versorgungsansatz im Projekt VaTi. Ziel des Projekts ist es, den Reha-Prozess von Menschen mit einer neu-

rologischen Erkrankung im Anschluss einer AHB zu verbessern, indem eine Versorgungslücke durch die Teilhabekoordination mit dem Ziel geschlossen wird, eine bestmögliche berufliche und soziale Teilhabe zu ermöglichen.

Der durch das BTHG und die darauf aufbauenden Gesetze geschaffene Auftrag des Gesetzgebers an die DRV, eine komplexe Beratung aus einer Hand zu unterschiedlichen Leistungen im Sozialversicherungssystem zu schaffen, befindet sich bis dato flächendeckend im Status der laufenden Konzipierung und Implementierung. Die Ansätze des Projekts in die Verstetigung zu tragen, ist ein wesentlicher Beitrag, den gesetzgeberischen Auftrag zu erfüllen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Erprobung des Projektansatzes – frühzeitig nach einer neurologischen AHB durch die DRV Westfalen aktiv an die Betroffenen heranzutreten, um die soziale und berufliche Teilhabe zu unterstützen – als gewinnbringend dar. Dabei ist die Fallmanagement-basierte Teilhabekoordination von besonderer Bedeutung. So mangelt es in der Regel nach einer AHB grundsätzlich nicht an Beratungsgelegenheiten oder passgenauen Angeboten. Vielmehr erfolgt ohne Unterstützung und Koordination keine Inanspruchnahme, was sich u. a. auch aus einer späten Krankheitseinsicht ergibt. Zudem fehlt es nicht selten an Strukturen für eine nahtlose und umfassende individuelle Begleitung von Betroffenen, die sich durch die komplexe und unerwartet aufgetretene Lebenssituation begründet. Denn Betroffene können zumeist bei Abschluss der AHB die Tragweite ihrer Erkrankung nicht abschätzen und haben Schwierigkeiten sich im neuen Lebensalltag zurechtzufinden [12].

## Stichprobe

Das VaTi-Projekt erreicht insbesondere Männer und Betroffene im Alter zwischen 50 und 59 Jahren mit einem eher niedrigen Bildungsniveau. Insgesamt nehmen 316 Betroffene am Projekt teil. Die Hälfte der TN benötigt Unterstützung aufgrund eines vorangegangenen Schlaganfalls. Hinsichtlich der Begründung für die Teil-

nahme am Projekt wird deutlich, dass den Betroffenen Ansprechpartner fehlen. Wenngleich der Großteil der TN nahestehende Angehörige hat, besteht ein hoher Bedarf der Betroffenen an der Fallmanagement-basierten Beratung, die an der interdisziplinären Expertise in der Teilhabekoordination in den Bereichen Gesundheit und berufliche Teilhabe anknüpft. Die TN wünschen sich Unterstützung bei der Bewältigung gesundheitlicher und beruflicher Problemlagen sowie sozialrechtlicher Anliegen.

82% der TN stehen in einem regulären oder befristeten Arbeitsverhältnis. Vor dem Hintergrund möglicher Erwerbsminderung wurde gemäß § 43 SGB VI das quantitative Leistungsvermögen der TN betrachtet. Für knapp ein Fünftel der TN wird das Leistungsvermögen für die letzte berufliche Tätigkeit auf unter drei Stunden eingeschätzt; sie sind erwerbsgemindert. Allerdings weist die Mehrheit der TN bei Entlassung aus der Reha zumeist ein Leistungsvermögen von über sechs Stunden für den allgemeinen Arbeitsmarkt auf und ist somit voll erwerbsfähig. Somit ist das Potenzial der Fallmanagement-basierten Teilhabekoordination mit Blick auf die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit von neurologisch erkrankten Versicherten beachtenswert. Inwieweit dies gelingt, ist im weiteren Projektverlauf zu bewerten.

#### Interventionsbedarf und Umfang sowie Schwerpunkte der Beratungen

Die Beratungen erfolgen nach Bedarf und im Allgemeinen in einem Zeitraum von etwa einem Jahr und vier Monaten. Wenngleich die Gesprächsdauer im Durchschnitt für einen telefonischen Beratungstermin erwartungsgemäß kürzer ausfällt als für einen Hausbesuch, nimmt die telefonische Beratung im gesamten Verlauf aufgrund der Häufigkeit mehr Zeit in Anspruch als die aufsuchende Beratung. Dabei wird deutlich, dass in die Vor- und Nachbereitung neben den Zeiten zur Dokumentation, Fallbesprechung oder Recherche von Maßnahmen auch Reisezeiten eingerechnet sind.

Die inferenzstatistischen Auswertungen unterstreichen die Annahme, dass umfangreiche Interventionsbedarfe eine intensive Fallmanagement-basierte Teilhabekoordination erfordern. Vermutlich liegt das an der Überforderung der Betroffenen bei der Identifizierung und Beantragung von zielgerichteten Maßnahmen und der Überwindung von Sektorgrenzen in der Versorgungslandschaft. Hier zeigt sich das Potenzial einer sektorübergreifenden multiprofessionellen Gesundheitsversorgung und der Fallmanagement-basierten Koordination des Reha-Prozesses. Die Schilderung des Fallberichts unterstreicht die Überforderung in Hinblick auf verschiedene Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Leistungen. Durch das VaTi-Projekt gelang es, Frau Meier intensiv zu begleiten und für verschiedene Maßnahmen zu gewinnen sowie bei der Bewältigung und Akzeptanz der neurologischen Erkrankung zu unterstüt-

zen. Die Fallmanagement-basierte Teilhabebegleitung hat dabei maßgeblich zur Krankheitsbewältigung beigetragen, indem Vertrauensverhältnisse zwischen TN und THKs aufgebaut und individuelle Wege im komplexen Sozialversicherungssystem aufgezeigt werden konnten.

Zugleich verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Thematisierung von individuellen gesundheitlichen Fragestellungen der Betroffenen zu Beginn der verwaltungsseitigen Beratung (noch) viel Raum einnimmt. Fragestellungen zur beruflichen und sozialen Teilhabe rücken zunächst in den Hintergrund und werden erst im späteren Verlauf bedeutend, sobald sich die gesundheitliche Situation der TN stabilisiert. Hinsichtlich einer Verstetigung können sich hieraus Zeitpunkte ableiten, wann eine Kontaktaufnahme zu welchem Thema sinnvoll ist. Beispielsweise könnte zielgerichtet sechs Monate nach Reha-Ende eine Kontaktaufnahme zur Beratung zwecks beruflicher Teilhabe erfolgen, da vorher der Fokus auf der Genesung liegt.

#### Projektziele

Hinsichtlich der Projektziele auf Ebene der Rehabilitanden kann festgehalten werden, dass innerorganisatorische Strukturen seitens der DRV Westfalen zur frühzeitigen und aktiven Koordinierung des Teilhabeprozesses geschaffen wurden.

Bezogen auf die Antragsstellung von passgenauen Teilhabeleistungen und die Förderung der Inanspruchnahme zeigt sich, dass in vielen Fällen ein LMR-Bedarf vor Ablauf der Vierjahresfrist nach AHB festgestellt wurde. Dies könnte mit dem gesonderten Verfahren zusammenhängen. So wurde in VaTi bisher in 104 Fällen (33,01%) eine erneute neurologische oder andere Reha bewilligt: 81 neurologisch, 12 psychosomatisch und 11 andere Diagnosen. Zudem wurde in 34 Fällen ein LTA-Antrag gestellt. „LTA dem Grunde nach“ wurde dreißigmal (9,49%) bewilligt; diese Ausgangsbescheide werden zusammen mit der Teilhabepflicht durch den Refachberatungsdienst aktuell beraten. Eine vergleichende Auswertung unterstreicht die Annahme. Denn von 2.059 Fällen, die im Jahr 2018 eine AHB abgeschlossen haben, wurde in 20,50% der Fälle eine LMR und in 6,70% eine „LTA dem Grunde“ in den Jahren 2018 bis 2021 bewilligt (interne Auswertung, 2025).

Des Weiteren wurden bisher im VaTi-Projekt 39 Renten wegen voller und sechs wegen teilweiser Erwerbsminderung bewilligt, was eine Bezugsquote von 15% ausmacht. Weitere Verfahren befinden sich im Widerspruch. Dies steht einer Bewertung des Leistungsvermögens zum Ende der AHB von sechs Stunden und mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in 90% der Fällen gegenüber und wird im Rahmen der Qualitätsdialoge mit den Reha-Einrichtungen thematisiert.

Vermuten lässt sich, dass eine perspektivische Einschätzung des Leistungsvermögens am Ende der AHB nicht präzise vorgenommen werden kann. Tendenziell

wird das Leistungsvermögen höher eingeschätzt. Entwickelt sich das Leistungsvermögen jedoch nicht wie erhofft, steht das positiv festgestellte Leistungsvermögen erforderlichen Unterstützungsleistungen entgegen. Durch VaTi kann dies frühzeitig erkannt werden und es können Maßnahmen ergriffen werden. Denn im Allgemeinen ist bisher keine Kontaktaufnahme sechs Monate nach AHB-Ende (mit der Frage nach der Entwicklung des Genesungsprozesses) vorgesehen.

Mit Blick auf die Prozessziele im VaTi-Projekt zeichnet sich ab, dass die Rückkopplung der Erfahrungen aus den Reha-Verläufen und der Bewertung der Reha-Entlassungsberichte in regelhaften Qualitätszirkeln auf professioneller Basis – in Abgrenzung des etablierten Qualitätsdialogs – sinnvoll erscheint. Der fachliche Austausch zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern trägt dazu bei, die Versorgungsqualität mittel- und langfristig in der AHB für Menschen mit neurologischen Erkrankungen zu verbessern. Es stellt sich überdies die Frage, ob die Erkenntnisse aus dem VaTi-Projekt auf andere Indikationen übertragen werden können. Beispielsweise können Teilhabebedarfe durch die Rückkopplung der Erkenntnisse in die Kliniken zukünftig bereits in der Behandlung stärker fokussiert werden. Zusätzlich kann die Qualität der Reha-Entlassungsberichte, insbesondere auch im Hinblick auf individuelle Empfehlungen (Selbsthilfegruppen, Online-Angebote, Anlaufstellen, etc.) gesteigert werden. Darüber hinaus bestätigen die Projekterfahrungen die Notwendigkeit einer evidenzbasierten Handlungsleitlinie u. a. zur Feststellung von Teilhabebedarfen in der Rehabilitation mit neurologisch Erkrankten für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte.

Des Weiteren wurden bisher 28 VaTi-Checks durchgeführt, in denen in drei Fällen eine vorherige neuropsychologische Begleitung erfolgte. In acht weiteren Fällen erfolgte eine Begleitung ohne nachfolgenden Check, sei es, weil sich kein VaTi-Check-Bedarf zeigte oder der Anlass eine Angehörigenberatung war. Mit diesem modularen, evidenzbasierten Ansatz bietet der VaTi-Check der DRV ein Werkzeug zur gezielten, sozialmedizinisch fundierten Planung und Begleitung von Rehabilitanden mit neuropsychologischen Einschränkungen. Mit Durchführung des letzten VaTi-Checks, voraussichtlich Mai 2025, beginnt die Evaluation des Testverfahrens mit Prüfung der Verstetigungsmöglichkeiten.

### Verstetigung

Zur Verstetigung bietet die Organisation der DRV Westfalen verschiedene Möglichkeiten. Beispielsweise besitzt zum einen der Refahfachberatungsdienst das Potenzial, stärker auf die Beratung und Betreuung von komplexen Versorgungsfällen ausgerichtet zu werden und hierfür konkrete Handlungsschemata sowie Netzwerke zu installieren. Die regionalen Strukturen des Refahfachberatungsdienst besitzen zudem den Vorteil von kurzen

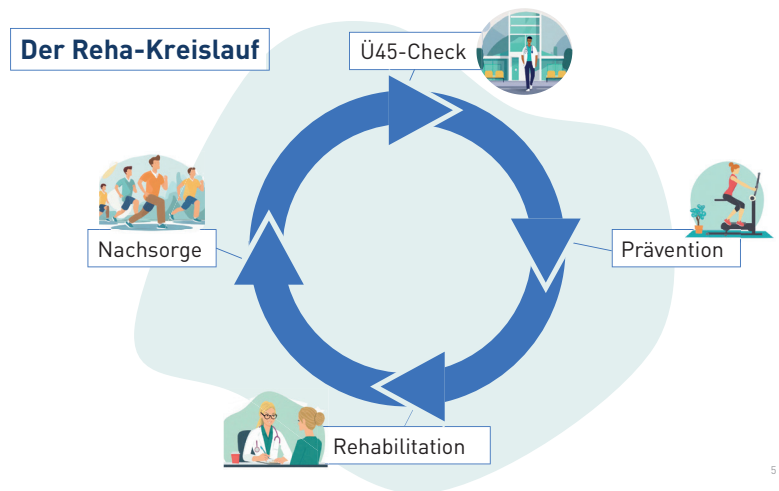


Abb. 5: Der „Reha-Kreislauf“ (eigene Darstellung)

Anfahrtswegen für aufsuchende Beratungen. Zum anderen könnte das bestehende Portfolio des nachsorgenden Fachkonzepts „Fallmanagement“ um ein Angebot für Menschen mit neurologischen Erkrankungen ergänzt werden. Sofern der in VaTi erprobte Fallmanagementansatz auf weitere Diagnosen ausgeweitet werden kann, besteht die Möglichkeit, diesen auch organisatorisch als ergänzenden unabhängigen Abschnitt zu verorten.

Wenngleich ein höherer Einsatz von individueller Beratung mit einem gesteigerten Personaleinsatz und damit auch mit einem höheren Mitteleinsatz einhergeht, kann nicht infrage stehen, dass diese Mittel zweckgemäß angelegt wären. Denn die Beratungsintensität bei komplexen Bedarfen im Einzelfall zu erhöhen, trägt dazu bei, dass Betroffene nach einem Schicksalsschlag oder bei bereits bestehenden neurologischen Erkrankungen frühzeitige soziale und berufliche Teilhabe erfahren können, die ihren gesamten rehabilitativen Prozess besonders fördert. Dies dürfte nicht zuletzt das Sozialversicherungssystem mittelfristig entlasten. Perspektivisch ist auch zu berücksichtigen, dass rückläufige Anträge im Reha-Bereich aufgrund des demographischen Wandels mittelfristig Kapazitäten für eine erhöhte Beratungsintensität im Einzelfall eröffnen. Diese Herausforderung greift auch das Konzept des sogenannten „Reha-Kreislaufs“ auf, der es ermöglichen soll, Versicherte mit gesundheitlichen Einschränkungen frühzeitig, fortlaufend und wiederholt nach Bedarf präventiv sowie rehabilitativ unterstützen zu können (Abb. 5). In diesem Kontext sei erwähnt, dass auch der Einsatz innovativer Technologien alternativen Raum für den Ausbau von Beratungsleistungen für die Beschäftigten der DRV Westfalen bieten kann [16].

### Limitationen

Neben den traditionellen Grenzen von Fragebogenerhebungen ist zu erwähnen, dass die vorliegende Stichpro-

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 34 – 47 | <https://doi.org/10.14624/NR2601001> | © Hippocampus Verlag 2026

### The model project “Active Administration – Intensive Participation” (VaTi)

A. Strotmeyer, A. Nolte, E. Frey, V. Grotholtmann, F. Schneider, A. Renner, S. Bimberg, S. Zellmer, N. Boes

#### Abstract

This article presents an innovative care approach for comprehensive needs assessment and participation coordination for people with neurological disorders. This approach is examined as part of the project “Active Public Administration – Intense Participation” (in German: „Verwaltung aktiv – Teilhabe intensiv“, for short: VaTi). The project aims to improve the rehabilitation process by closing a care gap in order to enable the best possible vocational and social participation. In addition to presenting project-relevant aspects, the article outlines the concrete implementation of VaTi by using a case report. Initial results of the accompanying project evaluation emphasize the need for participation coordination based on case management after the onset of a neurological disease for those affected and their relatives. Opportunities for the institutionalization of an outreach approach and active participation coordination within the rehabilitation process are being discussed.

**Keywords:** neurological rehabilitation, follow-up care, rehabilitants, relatives, case management

be aus Versicherten der DRV Westfalen gebildet wurde. Historisch bedingt umfasst die Versichertenstruktur dieses Trägers einen wesentlich höheren Anteil von Arbeitern im Vergleich zu Angestellten. Die zugrundeliegenden Berufe wurden (und werden auch heute noch) i.d.R. größtenteils von männlichen Versicherten ausgeübt. Dementsprechend kann eine Verzerrung der Daten nicht ausgeschlossen werden.

Mit Blick auf die übergreifenden Projektziele (Verminderung von dauerhaften EM-Renten-Zugängen und Return to Work) bleibt zu erwähnen, dass weiterführende längsschnittliche Studien wünschenswert sind, da die vorliegende projektbegleitende Evaluation den Umsetzungsprozess fokussiert. So bietet sich bspw. ein Abgleich mit Routinedaten der DRV an, um Effekte von VaTi hinsichtlich der Re-Integrationsprozesse zu analysieren [17].

#### Fazit

Die projektbegleitende Evaluation liefert erste Erkenntnisse zur Optimierung von Prozessen mit Blick auf die Verstetigung einer Fallmanagement-basierten Beratung im Reha-Prozess der DRV Westfalen. So können beispielsweise die Hinweise zur Charakterisierung der vom Projekt profitierenden Zielgruppe zur Erhöhung der Erreichbarkeit genutzt werden. Darüber hinaus können die Angaben zum zeitlichen Umfang und zu der Abfolge der Themenfokussierung im Beratungsverlauf im Rah-

men der Planung von personellen und finanziellen Ressourcen Berücksichtigung finden. Zudem unterstreichen die Erkenntnisse die Relevanz der Implementierung der Fallmanagement-basierten Teilhabeoordination im Reha-Prozess und damit einhergehend den Nutzen für die soziale sowie berufliche Teilhabe von Menschen mit neurologischen Erkrankungen.

Darüber hinaus können die Erkenntnisse und Fortbildungskonzepte insbesondere in der Aus- und Weiterbildung in den Bereichen Fallmanagement, Reha-Fachberatung oder Teilhabeoordination hinsichtlich der verwaltungsseitigen Unterstützung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen Anwendung finden.

Besonders hingewiesen werden darf auf den im Projekt geschaffenen VaTi-Check, der eine neurologische Testung und eine neuropsychologische Diagnostik mit einer eingehenden Beratung verbindet. Der Einsatz dieses Instruments erscheint gewinnbringend hinsichtlich eines möglichen künftigen Einsatzes in verschiedenen Verfahren der DRV (z. B. im Bereich EM-Rente oder LTA). Gleiches gilt für das im Projekt intensiv erprobte Instrument der aufsuchenden Beratung, gegebenenfalls mit fachärztlicher/neuropsychologischer Begleitung, welches für Beratende erhebliche Möglichkeiten zum verbesserten Verständnis einer Einzelfallsituation bietet.

Die Erkenntnisse liefern erste Hinweise zur Schließung der Versorgungslücke in der Nachsorge von Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen und komplexen Bedarfen. Für abschließende Aussagen bleibt die Gesamtauswertung des Projekts Ende 2026 abzuwarten.

Zuletzt bleibt zu erwähnen, dass die evidenzbasierte Handlungsleitlinie u. a. zur Feststellung von Teilhabebedarfen in der Rehabilitation von neurologisch Erkrankten für Betroffene nach Projektabschluss veröffentlicht werden soll.

#### Literatur

1. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation. Frankfurt am Main 2005 [Stand: 15.05.2025]. Online unter: [https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/\\_publikationen/reha\\_vereinbarungen/rahmenempfehlung/downloads/rahmenempfehlungen\\_zur\\_ambulanten\\_neurologischen\\_rehabilitation.pdf](https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/rahmenempfehlung/downloads/rahmenempfehlungen_zur_ambulanten_neurologischen_rehabilitation.pdf).
2. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). Empfehlungen für die Phase E der neurologischen Rehabilitation. Frankfurt am Main 2013 [Stand: 15.05.2025]. Online unter: [https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/\\_publikationen/reha\\_vereinbarungen/empfehlung/downloads/empfehlungen\\_zur\\_phase\\_e\\_der\\_neurologischen\\_rehabilitation.pdf](https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/empfehlung/downloads/empfehlungen_zur_phase_e_der_neurologischen_rehabilitation.pdf).
3. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. – DGCC. Case Management Leitlinien, Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. 2. Aufl. 2020
4. Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Zentrum für ambulante Rehabilitation GmbH Münster. rehapro-Projekt Verwaltung aktiv – Teilhabe intensiv (VaTi): Konzeptpapier. Münster 2021
5. Donker-Cools BHPM, Daams JG, Wind H, Frings-Dresen MHW. Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Injury* 2016; 30(2): 113-131
6. Franzisket C, Voigt C, Brinkmeier M et al. Unerfüllte Bedürfnisse in der Schlaganfall-Nachsorge – Auswertung einer Befragung von Schlaganfall-Betroffenen in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2025
7. Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen: SGB IX; 2016

8. Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen: BTHG; 2016
9. Kaendler S, Ritter M, Sander D et al. Positionspapier Schlaganfallnachsorge der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft – Teil 1: Nachsorge nach einem Schlaganfall: Status quo der Versorgungsrealität und Versorgungsdefizite in Deutschland. *Nervenarzt* 2022; 93(4): 368-376
10. Kaluscha R, Krischak G, Schmid L et al. Konzept zum „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ der Deutschen Rentenversicherung. Bad Buchau 2017
11. Laukhuf A, Runschke B, Spies S, Stohr D. Beschäftigungseffekte der Digitalisierung in Branchen: Ein Literaturüberblick: Working Paper. Düsseldorf. Online unter: <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-2020011411480841746839>.
12. Leniger T, Heßling A. Die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Neurologie erfordert eine individualisierte Rehabilitand-identifikation. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2019; 87(02): 92-102
13. Löcherbach P. Fallmanagement in der Rentenversicherung – Vorstellung eines Entwicklungsprojektes und die Bedeutung für die Praxis der Rehabilitation; Beitrag D14-2018, Kassel 2018. Online unter: [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).
14. Löcherbach P, Mennemann H. Klare Begriffsdefinitionen: essentiell für Sozialgesetzgebung, Implementierung und Forschung. *Case Management* 2025; 1: 30-36
15. Schwarz B, Claros-Salinas D, Streibelt M. Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. *J Occup Rehabil* 2018; 28(1): 28-44
16. Schwarzbach CJ, Michalski D, Wagner M et al. Positionspapier Schlaganfallnachsorge der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft – Teil 3: Strukturelle Konzepte für zukünftige Versorgungsformen der Schlaganfallnachsorge. *Nervenarzt* 2022; 93(4): 385-391
17. Streibelt M, Zollmann P, Völler H et al. Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen – Repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. *Rehabilitation* 2024; 63(03): 169-179
18. Tiemann M, Mohokum M. Demografischer Wandel, Krankheitspanorama, Multimorbidität und Mortalität in Deutschland. In: Tiemann M, Mohokum M (Hrsg.). *Prävention und Gesundheitsförderung*. Springer, Berlin, Heidelberg 2021: 3-11

**Korrespondenzadresse**

Dr. Anne Strotmeyer  
Deutsche Rentenversicherung Westfalen  
Abteilung für Rehabilitation  
Stabsstelle Rehabilitationsforschung  
48125 Münster  
[anne.strotmeyer@drv-westfalen.de](mailto:anne.strotmeyer@drv-westfalen.de)