

Ein konzeptionelles Modell zum Return to Work nach Schlaganfall

Marco Streibelt¹, Dolores Claros-Salinas², Betje Schwarz³

¹Dezernat Reha-Wissenschaften, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

²Claros-Salinas/Schupp/Thomas GbR, Konstanz

³Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (iqpr) GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, Köln

Zusammenfassung

Repräsentative Analysen auf Basis von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung zeigen, dass es nur etwa der Hälfte aller Menschen nach einem neurologischen Ereignis im Jahr nach ihrer Rehabilitation gelingt, wieder ins Erwerbsleben zurückzukehren. Dies wirft die Fragen auf, wie Reha-Angebote optimiert werden können, um den Return to Work (RTW) der Betroffenen zu unterstützen, und welche Prozessmerkmale sowie Handlungsprinzipien den beruflichen Wiedereinstieg nach einem neurologischen Ereignis positiv beeinflussen. Zur Beantwortung dieser Frage fasst das Kapitel die Ergebnisse einer qualitativen Meta-Synthese zum RTW nach Schlaganfall zusammen, in der die Förder- und Hemm-

faktoren der beruflichen Wiedereingliederung aus der Perspektive von Betroffenen und weiteren relevanten Stakeholdern untersucht und in ein konzeptionelles Modell zum RTW nach Schlaganfall überführt wurden. Auf Basis des Modells werden konkrete Empfehlungen für die neurologische Rehabilitation in Deutschland abgeleitet, die von strukturierten Assessments und einer konsequent am Bedarf orientierten Dauer und Ausgestaltung der Rehabilitation über eine stärkere Kopplung reha-klinischer und arbeitsplatzbezogener Maßnahmen bis hin zur RTW-Begleitung und Koordination reichen.

Schlüsselwörter: Neurorehabilitation, Schlaganfall, berufliche Wiedereingliederung, Return to Work

Einleitung

Die Rehabilitation von Menschen nach neurologischem Ereignis folgt in Deutschland einem Phasenmodell. Den größtenteils akutmedizinisch und pflegerisch ausgestalteten Phasen A bis C folgen die Phasen D und E, welche mit zunehmender Intensität die berufliche und soziale Teilhabe der betroffenen Menschen fokussieren [3–5]. Darüber hinaus existieren flexible Versorgungsmodelle wie etwa die medizinisch-berufliche Rehabilitation (Phase II) für Zielgruppen mit besonders ausgeprägtem Rehabilitationsbedarf, die phasenübergreifend konzipiert sind [15]. Damit wird in Deutschland ein im Vergleich zu anderen Erkrankungsgruppen stärker ganzheitliches und bedarfsorientiertes Versorgungsmodell verfolgt, welches die berufliche Wiedereingliederung (Return to Work, RTW) der Betroffenen frühzeitig mitzudenken und Schnittstellen im Versorgungssystem zu überbrücken scheint.

Allerdings zeigen repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung, dass nur etwa die Hälfte aller Menschen nach einem neurologischen Ereignis den beruflichen Wiedereinstieg nach ihrer Rehabilitation schafft (52 % ein Jahr postrehabilitativ [18]). Im internationalen Raum werden zwar vergleichbare Quoten berichtet (56 % ein Jahr postrehabilitativ [8]); die Rückkehrquoten sind jedoch geringer als bei anderen Reha-Indikationen in Deutschland (z. B. Psychosomatik: 56 %, Orthopädie: 70 %, Kardiologie: 66 % [9, 2, 20]). Hinzu kommt, dass die Evidenz für

erfolgreiche Rehabilitationsstrategien mit dem Ziel des RTW national wie international gering ist. Existierende Übersichtsarbeiten und Metaanalysen können keine oder nur geringe Evidenz für die Effektivität bestimmter Reha-Leistungen berichten [1, 9, 7].

Insgesamt werfen diese Befunde die Frage auf, wie die verfügbaren Reha-Angebote in Bezug auf das Ziel der Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben weiter optimiert werden können. Hierzu braucht es Analysen, die sich der Frage zuwenden, warum bestimmte Interventionsformen erfolgreich sind bzw. welche Prozessmerkmale und Handlungsprinzipien die berufliche Wiedereingliederung positiv beeinflussen und daher in der Ausgestaltung der Rehabilitation in Deutschland stärkere Berücksichtigung finden sollten.

Solche Fragestellungen sind Gegenstand qualitativ-empirischer Studien. In den vergangenen Jahren ist eine steigende Anzahl solcher Studien wahrzunehmen, die den komplexen und multifaktoriellen Charakter von Reha-Strategien in den Blick nehmen. Empirisch fokussieren sie sich auf die Wahrnehmungen und Bewertungen betroffener Menschen, professioneller Akteur:innen im Reha-Kontext (etwa Therapeut:innen) oder auch anderer direkt oder indirekt Beteiligter (etwa von Arbeitgebenden oder auch Familienmitgliedern) in Bezug auf subjektiv erlebte förderliche oder auch hemmende Einflüsse auf das Ergebnis von Reha-Strategien.

Das Ziel unserer hier vorgestellten Analyse war es, die bestehenden qualitativen Studien im Feld der neurologischen Rehabilitation mit dem Ziel des RTW nach

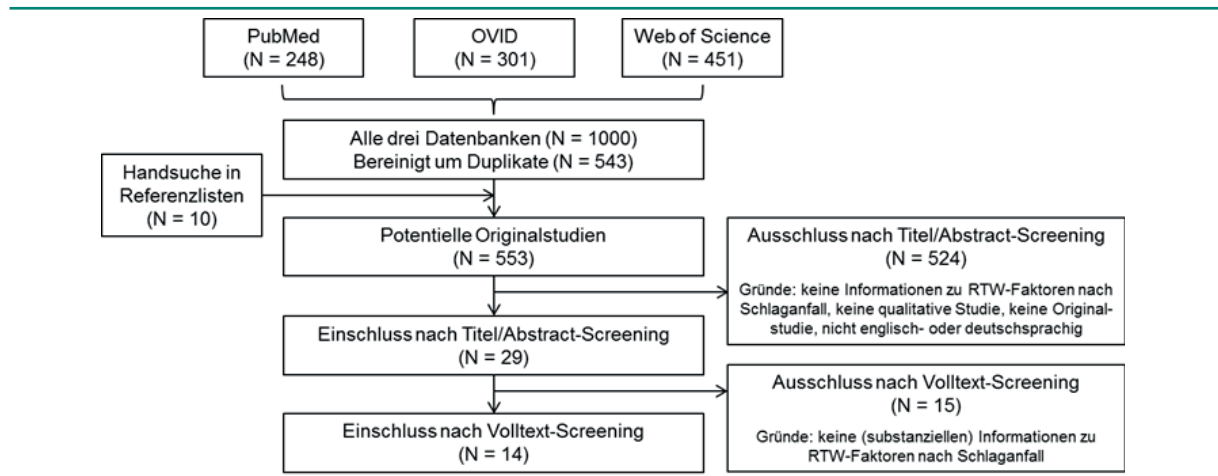


Abb. 1: Flow Chart zum systematischen Such- und Auswahlprozess (übersetzte Fassung aus [16])

einem Schlaganfall zusammenzutragen und zu synthetisieren, um daraus Handlungsempfehlungen für die Reha-Praxis abzuleiten.

Methodischer Ansatz: Die Qualitative Meta-Synthese

Qualitative Meta-Synthesen sind mehr als bloße Zusammenstellungen oder Beschreibungen der Ergebnisse von thematisch ähnlichen qualitativen Studien. Durch Triangulation, Systematisierung und Re-Interpretation generieren sie neue und weiterführende Erkenntnisse in Form von übergreifenden Modellen oder Theorien mittlerer Reichweite, die sich so aus den einzelnen Studien nicht ableiten ließen. Ziel ist, ein höheres Level der Evidenz für empirisch generierte Aussagen zu erhalten. Damit können Qualitative Meta-Synthesen als Analogie zu Meta-Analysen in der quantitativen Wirksamkeitsforschung angesehen werden.

Meta-Synthesen beruhen analog zu Meta-Analysen auf systematischen Literaturrecherchen verfügbarer Primärstudien in Bezug auf die definierte Fragestellung. In unserem Falle wurden Primärstudien eingeschlossen, die folgende Bedingungen aufweisen sollten:

- Veröffentlichung zwischen 2000 und 2015 in Deutsch oder Englisch
- Studie präsentiert Information zu Förderfaktoren oder Hemmnissen des RTW nach Schlaganfall
- Studie entwickelt die Erkenntnisse aus der Perspektive von Betroffenen oder anderen Stakeholdern des Reha-Prozesses
- Studie nutzt qualitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden

Um entsprechende Studien ausfindig zu machen, wurden die Datenbanken PubMed, OVID und Web of Science mit Kombinationen verschiedener Suchbegriffe durchsucht, die jeweils einen Term zur Beschreibung der betrachteten Population (z. B. „stroke“, „brain attack“), einen zur Beschreibung des Gegenstandes/Fokus (z. B.

„return to work“, „sick leave“) und einen zur Beschreibung der Methodik der Studie (z. B. „qualitative study“, „interview“) enthielt.

Wie in anderen systematischen Reviews auch wurden die auf diese Weise ausfindig gemachten Studien in einem regelgeleiteten Prozess schrittweise reduziert, bis die finale Auswahl für die sich anschließende Synthese zustande kam (vgl. Flow Chart in **Abbildung 1**).

Alle eingeschlossenen Primärstudien wurden auf Basis der CASP (Critical Appraisal Skills Programme) Checkliste sowie der Quality Assessment Guideline von MacEachen hinsichtlich ihrer methodischen Güte bewertet [6, 12].

Letztlich gingen 14 Studien in die Synthese ein. Mit sieben Arbeiten stammten die meisten aus den USA, gefolgt von Großbritannien, Schweden und Australien. Überwiegend wurde die Perspektive der Betroffenen erhoben. In der Regel handelte es sich um reine Interviewstudien. Die methodische Qualität war überwiegend gut bis sehr gut.

Die eigentliche Synthese umfasste drei Schritte:

1. Extraktion RTW-Faktoren der Primärstudien
2. Translation in studienübergreifende Faktoren
3. Integration in Form eines konzeptionellen Modells

Im ersten Schritt wurde eine Vielzahl unterschiedlicher RTW-Faktoren identifiziert, die im zweiten Schritt zu 64 studienübergreifenden Faktoren zusammengefasst und folgenden übergeordneten Kategorien zugeordnet werden konnten: 1. Personenbezogene RTW-Faktoren, 2. Faktoren des privaten Umfelds, 3. Faktoren des Arbeitsmarkts und -umfelds, 4. rechtliche Rahmenbedingungen und 5. gesellschaftliche Kontextbedingungen. Im dritten Schritt wurden die Faktoren unter Berücksichtigung ihrer quantitativen und qualitativen Bedeutsamkeit mittels Mapping-Verfahren [10] und Codier-Techniken der Grounded Theory [13, 11] in ein RTW-Modell integriert.

Weitere Details zum methodischen Vorgehen können unserer Veröffentlichung entnommen werden [16].

Zentrale Ergebnisse – Das APC-Modell

Die aus den Studien extrahierten Erkenntnisse wurden in eine einheitliche Systematik übersetzt, hinsichtlich ihrer quantitativen und qualitativen Bedeutsamkeit gewichtet und zueinander in Beziehung gesetzt. Im Resultat entstand ein Modell der RTW-Faktoren nach Schlaganfall, das sogenannte APC-Modell (vgl. **Abb. 2**).

Im Zentrum des Modells steht der RTW, also die berufliche Wiedereingliederung der betroffenen Person. Der RTW wird laut Modell weniger als (erfolgreicher) finaler Zustand denn als Prozess dorthin definiert. Dieser beginnt bereits kurz nach dem Schlaganfall und endet mit der idealerweise nachhaltigen Rückkehr in Arbeit. Die Rückkehr kann sowohl auf dem alten Arbeitsplatz als auch auf einem anderen Arbeitsplatz im Unternehmen oder auch bei einem neuen Arbeitgeber stattfinden. Drei Schlüsselakteur:innen sind entscheidend für die Art der Rückkehr und handeln diese letztlich aus: die betroffene Person selbst, der Arbeitgebende (häufig repräsentiert durch verantwortliche Personen oder auch die direkten Vorgesetzten) sowie die „professionals“ des Reha-Systems, also Ärzt:innen, Therapeut:innen, Neuropsycholog:innen usw.

Akteur:innenbezogene Schlüsselfaktoren oder:
Die Definition des RTW-Potenzials

Das Modell identifiziert akteur:innenbezogene Schlüsselfaktoren, die einen zentralen Einfluss auf das Gelingen des RTW-Prozesses besitzen.

Auf der Seite der betroffenen Person sind insbesondere drei Dinge relevant und sollten in jedem Reha-Prozess genau ermittelt und beobachtet werden: (a) die Einschränkungen infolge des Schlaganfalls, (b) die Art, wie eine Person die Situation bewertet und verarbeitet (Copingstrategien) bzw. wie gut sich die betroffene Person an die neue Situation nach dem Schlaganfall anpassen (ihr Leben darauf einstellen) kann und (c) die Bedeutung, die Erwerbsarbeit im Leben einer Person und damit der RTW für diese hat.

Ein Schlaganfall kann in einer ganzen Reihe von Einschränkungen münden, die die Möglichkeiten der beruflichen Teilhabe beeinflussen können. Diese Einschränkungen können auf körperlicher, sensomotorischer, kognitiver, kommunikativer oder auch affektiver Ebene angesiedelt sein. Insbesondere den sog. „unsichtbaren“ und vermeintlich milden Einschränkungen sollte besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, da sie teilweise enormen Einfluss auf die Möglichkeiten der beruflichen Teilhabe besitzen, jedoch nur sehr schwer zu beobachten, mithin zu objektivieren sind.

Copingstrategien und Anpassungsmöglichkeiten sind ein zweiter Schlüsselfaktor auf der Seite der betroffenen Person. Im Zentrum steht hier die Akzeptanz der Einschränkungen des Schlaganfalls und der damit einhergehenden reduzierten bzw. veränderten Leistungs-

fähigkeit. Die Analyse zeigt, dass die Fähigkeit, sich auf die veränderte Situation einzustellen und sie als neuen Normalzustand zu akzeptieren, ein entscheidender Faktor für den Erfolg des Reha-Prozesses ist. Die Nichtakzeptanz geht gehäuft mit einer Ablehnung der angebotenen Hilfen und Leistungen im Reha-Prozess einher.

Mit der subjektiven Bedeutung der Arbeit als drittem Schlüsselfaktor ist gemeint, welche Bedeutung das Thema Erwerbsarbeit in seiner ganzen Facette für die betroffene Person hat. So ist ganz entscheidend für die berufliche Wiedereingliederung, ob die Person Hauptverdiener:in in der Familie ist, wie stark er oder sie sich mit der Arbeit identifiziert, welche Relevanz der Lebensbereich Erwerbsarbeit im Leben der Person hat (zwischen den Polen „Leben, um zu arbeiten“ oder „Arbeiten, um zu leben“). Bei Personen, die sich stark über ihre Erwerbstätigkeit definieren und die Arbeitszufriedenheit hoch ist, ist auch die Chance höher, dass der Wiedereingliederungsprozess erfolgreich ist.

Diese drei Schlüsselfaktoren entscheiden über das *RTW-Potenzial einer Person* zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Im Arbeitsumfeld werden ebenfalls drei Faktoren herausgearbeitet: (a) die Anforderungen des konkreten Arbeitsplatzes und verfügbare Änderungs- und Anpassungsmöglichkeiten im Unternehmen, (b) die Existenz eines Disability Managements (in Deutschland analog zu einem Betrieblichen Eingliederungsmanagement, BEM) sowie (c) das Arbeitsklima und die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz.

Wenn einzelne Arbeitsanforderungen (wie Arbeitszeit, Aufgaben, Arbeitstempo) die individuellen Fähigkeiten der betroffenen Person übersteigen und aufgrund fehlender Möglichkeiten am Arbeitsplatz, fehlender Ressourcen im Unternehmen oder mangelnder Mitwirkung des Arbeitgebers nicht angepasst werden können, wird die berufliche Wiedereingliederung zwangsläufig scheitern. Daher sollte dies früh im Reha-Prozess sorgfältig ermittelt werden. Unsere Ergebnisse legen nahe: Arbeitsversuche, stufenweise Annäherung an die volle oder definierte Tätigkeit, Arbeitsplatzumsetzungen und andere Arbeits(platz)anpassungen sind gerade bei Menschen nach einem Schlaganfall entscheidende Instrumente, um sie in ihrem alten Arbeitsumfeld zu halten.

Ein etabliertes Eingliederungsmanagement, das idealerweise an den betriebsärztlichen Dienst gekoppelt ist und in dem feste Prozesse, Strategien und Zuständigkeiten für die Wiedereingliederung arbeitsunfähiger Mitarbeitender definiert sind, ist ebenfalls ein wichtiger Schlüsselfaktor im Betrieb. Häufig ist ein solches Eingliederungsmanagement in kleineren Unternehmen nicht verfügbar, was dazu führen kann, dass dort das nötige Wissen um mögliche Handlungsstrategien und Möglichkeiten fehlt und die zuständigen Personen mit den Eingliederungsprozessen überfordert sind. Dies führt häufig zur Ablehnung der angebotenen Möglichkeiten und damit zum Scheitern der Wiedereingliederung.

Der dritte arbeitsplatzbezogene Schlüsselfaktor umfasst eher weiche Faktoren rund um das Arbeitsklima und die wahrgenommene soziale Unterstützung am Arbeitsplatz. Eine Atmosphäre von Respekt und Vertrauen sowie Verständnis und Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleg:innen ist eine sehr wichtige Basis für die Wiedereingliederung nach Schlaganfall, denn sie vermittelt den betroffenen Menschen die Sicherheit, am Arbeitsplatz willkommen zu sein. Vor allem ein gutes Miteinander wird in den Studien immer wieder als motivierender Faktor wahrgenommen. Umgekehrt kann ein schlechtes Arbeitsklima schnell dazu führen, dass RTW-Bemühungen von den betroffenen Personen, aber auch von den Akteur:innen am Arbeitsplatz nicht unterstützt werden. Vor allem hat sich die Interdependenz zwischen diesem Schlüsselfaktor und den Bemühungen in der Wiedereingliederung gezeigt. So kann durch eine schlecht geplante Wiedereingliederung das Klima am Arbeitsplatz negativ beeinflusst werden, was wiederum eine negative Wirkung auf zukünftige Bemühungen ausübt.

Die genannten Faktoren definieren das *RTW-Potenzial des Arbeitsplatzes*.

Auf der Seite der „rehabilitation services“, also des verfügbaren Reha-Systems mit seinen Angeboten und professionellen Akteur:innen, konnten die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Angemessenheit als Schlüsselfaktoren identifiziert werden.

Unsere Meta-Synthese legt nahe, dass in einigen Ländern eine eher geringe Verfügbarkeit von Rehabilitationsleistungen, vor allem im Bereich der beruflichen Rehabilitation und der Begleitung der Wiedereingliederung existiert. Neben fehlender Finanzierbarkeit wird als Grund häufig der zu starke (reha-)medizinische Blickwinkel auf den Schlaganfall angeführt: Schlaganfall gilt als lebensbedrohliches medizinisches Ereignis, das eher in der Posterwerbsphase des Lebens auftritt und daher stärker mit einer schnellen Akutversorgung sowie mit der Sicherstellung pflegerischer Dienste denn mit einer frühzeitigen Planung der beruflichen Wiedereingliederung assoziiert ist. Dadurch sind Strategien und Angebote mit dem Ziel der beruflichen Teilhabe unterrepräsentiert. Und damit stehen für die betroffenen Personen im erwerbsfähigen Alter zu wenige professionelle Angebote für die berufliche Wiedereingliederung zur Verfügung.

Die teilweise schlechte Zugänglichkeit hat ähnliche Gründe: Wenn Leistungen und Angebote existieren, wird oft beschrieben, dass die professionellen Akteur:innen aufgrund der zu starken biomedizinischen Fixierung ihres Handelns nicht den Bedarf für nachfolgende berufliche Reha-Leistungen erkennen bzw. nicht um die Verfügbarkeit dieser wissen. Zudem bestehen in hoch entwickelten sozialen Sicherungssystemen oft Schnittstellenprobleme und unklare Verantwortlichkeiten aufgrund der Komplexität und der Vielfalt der einbezogenen Akteur:innen und Stakeholder. Auch dadurch wird häufig der Bedarf einer professionellen Begleitung bei

der beruflichen Wiedereingliederung übersehen und die betroffenen Personen werden damit allein gelassen.

Der dritte reha-systembezogene Faktor ist die Angemessenheit der verfügbaren Angebote und Leistungen in Bezug auf Fokus, Inhalte, Dauer und Zeitpunkt. Und auch hier ist ein entscheidender Grund offensichtlich wieder in der zu starken biomedizinischen Betrachtung des Ereignisses zu suchen: Rehabilitationsleistungen sind häufig zu wenig auf jüngere Personen und Personen mit vermeintlich milden (weil unsichtbaren) Beeinträchtigungen ausgerichtet. Damit sind sie zu wenig am Ziel der beruflichen Wiedereingliederung orientiert. Andererseits ist in verfügbaren beruflichen Reha-Leistungen und Services zu wenig spezialisiertes Wissen und Expertise im Umgang mit Menschen nach einem Schlaganfall anzutreffen. Hinzu kommt, dass der Reha-Prozess, insbesondere in Bezug auf die berufliche Wiedereingliederung, länger dauern kann und wenig vorhersehbar ist, jedoch entsprechend lang andauernde und responsive Rehabilitationsangebote nur selten existieren.

Insgesamt sollte deutlich geworden sein: Es ist mit entscheidend, wie schnell und wie gut ein Reha-System auf die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe betroffener Personen reagieren und eine passgenaue und individualisierte Reha-Strategie mit Fokussierung auf die berufliche Wiedereingliederung anbieten kann. Dies ist durch die bestehenden rechtlichen Regelungen eines sozialen Sicherungssystems, die verfügbaren Reha-Leistungen und die Niedrigschwelligkeit des Zugangs zu diesen determiniert. Insofern repräsentieren die genannten Schlüsselfaktoren das *RTW-Potenzial des Reha-Systems* im jeweiligen individuellen Fall.

Akteur:innenübergreifende Schlüsselfaktoren oder: Die Aushandlung des RTW-Versuchs

Zusätzlich und nicht weniger relevant werden vier akteur:innenübergreifende, mithin querliegende Schlüsselfaktoren im Modell abgebildet. Die Systematik ihrer Beschreibung folgt den Konstrukten der Leistungsfähigkeit (capacity: Interaktion zwischen Person und Reha-System), der Möglichkeit zur Leistung (capability: Interaktion zwischen Reha-System und Arbeitsplatz) und der Leistung (performance: Interaktion zwischen Person und Arbeitsplatz) aus der Handlungstheorie von Nordenfelt [14, 17]. Als vierter Faktor wird die Liste durch die Erfahrungen während des initialen Wiedereingliederungsversuchs (Interaktion aller drei Akteursgruppen) ergänzt.

Die Leistungsfähigkeit („capacity“) beschreibt den Aushandlungsprozess bei der Bewertung des RTW-Potenzials zwischen der betroffenen Person und dem Reha-System. Mit der Leistungsfähigkeit ist die maximale Fähigkeit der Person in Bezug auf definierte Aktivitäten und Handlungen unter Ideal- oder Testbedingungen, mithin im therapeutischen Umfeld gemeint. Die Basis der Bewertung dieser Fähigkeit sollten valide und struk-

turierte Assessments bilden, die im Reha-System und damit in einem geschützten Raum angesiedelt sind. So können bspw. Functional Capacity Evaluation (FCE) Systeme die funktionale Leistungsfähigkeit einer Person ermitteln; eine psychologische Fragebatterie kann die Basis für die Bewertung individueller Kompetenzen sein. Auch individuelle Gespräche sind wichtig, um weiterführende Informationen zur Person, etwa zu ihren individuellen Bewertungen und Ansichten zu erhalten. Nur auf diese Weise kann eine valide und ganzheitliche Aussage zur Leistungsfähigkeit ermittelt und mit der Person konsentiert werden.

Die Möglichkeit zur Leistung („capability“) beschreibt wiederum den Aushandlungsprozess zur Bewertung des RTW-Potenzials zwischen dem Reha-System und dem Arbeitsplatz. Hiermit ist die möglichst strukturierte Ermittlung der Anforderungen am Arbeitsplatz, aber auch der verfügbaren Anpassungspotenziale gemeint. Auch dies sollte möglichst mittels strukturierter Erhebungs- und Dokumentationsmethoden erfolgen, kann und sollte jedoch durch Gespräche und Interviews mit wichtigen Personen, etwa den direkten Vorgesetzten oder für die Integration verantwortlichen Personen ergänzt werden.

Der dritte übergreifende Schlüsselfaktor ist die reale Leistung („performance“) einer Person an einem konkreten Arbeitsplatz. Sie kann streng genommen nicht im rehabilitativen Kontext gemessen werden, sondern ergibt sich in der realen Ausführung der Arbeit, ist demnach das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses zwischen der betroffenen Person und dem Arbeitsplatz (und seiner Akteur:innen). Je besser und sorgfältiger die Leistungsfähigkeit und die Möglichkeit zur Leistung zueinander in Beziehung gestellt wurden, je besser aus dieser Perspektive also der Wiedereingliederungsversuch vorbereitet wurde, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die betroffene Person am Arbeitsplatz (also im realen Setting) die definierte Leistung erbringt. Dies kann und sollte im Reha-Prozess vorbereitet und auch immer wieder, beispielsweise durch Arbeiterprobungen, simuliert werden.

Der vierte Schlüsselfaktor ergibt sich erst aus der Rückkehr in Arbeit und bezieht sich auf die initialen RTW-Erfahrungen. Diese Erfahrungen im Laufe des ersten Versuchs der beruflichen Wiedereingliederung beziehen sich nicht nur auf die betroffene Person selbst, sondern gleichermaßen auf die Erfahrungen von Kolleg:innen, der oder des Vorgesetzten und anderen. Sind diese Erfahrungen positiv, erhöht das die Wahrscheinlichkeit des Erfolgs und der Nachhaltigkeit des Wiedereingliederungsversuchs. Sind sie negativ, dann können sie nicht nur zu einem Scheitern des aktuellen Versuchs führen, sondern haben auch Auswirkungen auf zukünftige Versuche.

Dies impliziert, dass ein RTW-Versuch sehr sorgfältig geplant und mit allen Akteur:innen abgestimmt sein sollte. Zudem ist es sinnvoll, den Versuch zu begleiten,

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 53–60 | <https://doi.org/10.14624/NR2601003> | © Hippocampus Verlag 2026

A conceptual model for returning to work after a stroke

M. Streibelt, D. Claros-Salinas, B. Schwarz

Abstract

Representative analyses, based on routine data from the German Pension Insurance Fund, show that only about half of all people who have suffered a neurological event manage to return to work in the year following their rehabilitation. This raises the question of how rehabilitation services can be optimized to support the return to work (RTW) of those affected and which process characteristics and principles of action have a positive influence on returning to work after a neurological event. To answer this question, the chapter summarizes the results of a qualitative meta-synthesis on RTW after stroke, in which the factors promoting and inhibiting vocational reintegration were examined from the perspective of those affected and other relevant stakeholders and translated into a conceptual model for RTW after stroke. Based on the model, concrete recommendations for neurological rehabilitation in Germany are derived, ranging from structured assessments and a consistently needs-oriented duration and design of rehabilitation, to a stronger link between clinical and workplace-related measures, to RTW support and coordination.

Keywords: neurorehabilitation, stroke, vocational reintegration, return to work

um frühzeitig auf auftretende Schwierigkeiten reagieren zu können. Bevor der Versuch stattfindet, sollte das RTW-Potenzial sowohl in Bezug auf die Leistungsfähigkeit als auch die Anforderungen und Möglichkeiten am Arbeitsplatz strukturiert festgestellt und zwischen allen Akteur:innen abgestimmt sein. Ziel muss sein, alle beteiligten Akteur:innen davon zu überzeugen, dass die definierten Bedingungen der Wiedereingliederung (also die Anpassung der Leistungsfähigkeit und die Anpassung der Arbeitsbedingungen) den RTW-Versuch erfolgreich gestalten.

Basisprinzipien eines erfolgreichen RTW

Neben den beschriebenen akteursbezogenen und -übergreifenden Schlüsselfaktoren konnten mit Hilfe der Meta-Synthese drei für einen erfolgreichen RTW essentielle Handlungsprinzipien identifiziert werden: der Anpassungsfähigkeit (adaptiveness), der Zielgerichtetheit (purposefulness) und der Kooperationsbereitschaft (cooperativeness). Diese drei Prinzipien sollten idealerweise das Denken und Handeln der involvierten Akteur:innen leiten. Da diesen drei Prinzipien eine herausgehobene Bedeutung der beruflichen Wiedereingliederung nach Schlaganfall zukommt, haben wir unser Modell nach diesen Prinzipien benannt: APC-Modell.

Alle involvierten Akteur:innen müssen anpassungsfähig sein. Die betroffene Person muss sich an seine oder ihre – voraussichtlich reduzierte – Leistungsfähigkeit anpassen und sich damit eine neue Identität aufbauen (siehe „Coping und Anpassungsfähigkeit“ als personenbezogener Schlüsselfaktor). Der Arbeitsplatz muss ebenfalls an die reduzierte Leistungsfähigkeit angepasst werden und entsprechende Modifikationen anbieten

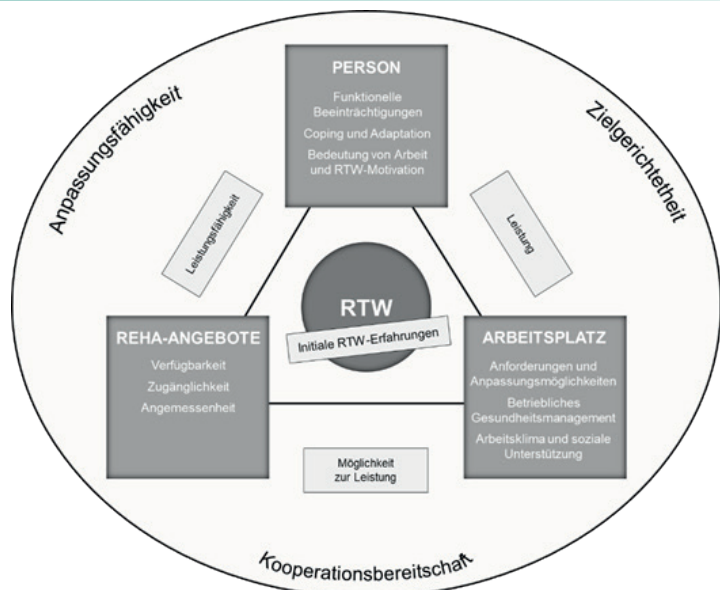


Abb. 2: APC-Modell des Return to Work nach Schlaganfall (übersetzte Fassung aus [16])

(siehe „Arbeitsanforderungen und Änderungsmöglichkeiten“ als arbeitsplatzbezogener Schlüsselfaktor). Und last but not least muss auch das Reha-System, müssen die Reha-Angebote an die individuelle Bedarfslage der betroffenen Person angepasst werden, die Erarbeitung eines flexiblen und individuellen RTW-Plans erlauben und passgenaue Leistungen anbieten (siehe „Angemessenheit“ als reha-systembezogener Schlüsselfaktor). Alle drei Schlüsselakteur:innen müssen die berufliche Wiedereingliederung als übergreifendes Ziel des Reha-Prozesses verstanden, angenommen und verinnerlicht haben und ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse im Zweifel daran ausrichten. Und schließlich müssen alle beteiligten Akteur:innen im gesamten RTW-Prozess kooperativ zusammenarbeiten und ihre eigenen Interessen und Handlungen in den Gesamtprozess einbetten. Informationen müssen geteilt und Entscheidungen gemeinsam getroffen werden (Abb. 2).

Ableitungen für die Reha-Praxis in Deutschland

Was lässt sich aus diesen empirisch hergeleiteten Überlegungen und dem entstandenen Modell für die Reha-Praxis ableiten? In den Jahren nach Veröffentlichung des APC-Modells fanden verschiedene Expert:innenrunden statt, die sich genau dieser Frage widmeten. Folgende Empfehlungen zur Weiterentwicklung wurden erarbeitet.

Kopplung reha-klinischer mit Arbeitsplatzintervention

Die aktuell auch in der Gesetzgebung bestehende Differenzierung in medizinische und berufliche Rehabilitation ist für die Zielgruppe nicht sinnvoll. Das Modell hat deutlich gezeigt, dass die Rehabilitation als ein zusam-

menhängender und stringenter Prozess gedacht werden muss, der sowohl reha-therapeutische Aspekte, also die Fokussierung auf die Verbesserung der Leistungsfähigkeit einer Person, als auch arbeits(platz)bezogene Aspekte, letztlich also die Anpassung des beruflichen Umfeldes an die reduzierte Leistungsfähigkeit beinhaltet. Die in Deutschland etablierte Sichtweise, ersteres letzterem in zeitlicher Sicht vorzuziehen und damit die personenbezogene Intervention zu priorisieren, führt zu einer zusätzlichen, unnötigen Schnittstelle.

Eine solche Priorisierung ist dann sinnvoll, wenn die begründete Annahme besteht, mit einer isolierten Verbesserung der Leistungsfähigkeit außerhalb vom Arbeitsumfeld in der weit überwiegenden Anzahl der Fälle die Voraussetzung für die nahtlose berufliche Wiedereingliederung der betroffenen Personen herzustellen. Das mag für viele Fälle im deutschen Reha-System gelten. Gerade für die hier betrachtete Gruppe von Personen nach Schlaganfall kann von dieser Annahme aber nicht ausgegangen werden: Nur etwas mehr als die Hälfte befindet sich ein Jahr postrehabilitativ wieder erfolgreich in Arbeit. Das impliziert zwingend eine von Beginn an simultane Betrachtung von Leistungsfähigkeit und Möglichkeit zur Leistung und damit den frühzeitigen und expliziten Fokus auf Arbeit und seine Auswirkungen bzw. eine Reha-Strategie, die biomedizinische und arbeits(platz)bezogene Aspekte gemeinsam denkt.

Dauer und Ausgestaltung der Reha flexibel am individuellen Bedarf orientieren

Ebenfalls systemimmanent, aber aus dem APC-Modell heraus kritisch zu betrachten, ist die vergleichsweise starre Ausgestaltung von Reha-Leistungen hinsichtlich Dauer, Reha-Ort und Möglichkeiten der Ausdifferenzierung in Deutschland. Gerade in hoch entwickelten, mithin komplexen Reha-Systemen wie in Deutschland besteht die Tendenz der Vereinheitlichung bestehender Angebote. Dies hat in der Regel zwei Gründe: Erstens versucht man damit eine höhere Sicherheit in der Budgetkontrolle, letztlich also eine wirtschaftliche Verwendung öffentlicher Gelder zu erreichen. Zweitens dient es der Sicherstellung eines adäquaten und definierten Niveaus der Qualität in der Leistungserbringung. Während ersteres auf eine Begrenzung „nach oben“ abzielt, versucht zweites eine Begrenzung „nach unten“ zu erreichen. Beides ist jedoch in einer Fallkonstellation, die unbedingt auf hochflexible, responsive und individuell ausgestaltbare Leistungen und Angebote angewiesen ist, ein Hemmfaktor. Dieses Dilemma lässt sich an dieser Stelle nicht auflösen. Aber gerade vor dem Hintergrund der eher geringen Anzahl von Fällen und der bereits jetzt existierenden Sonderregelungen des Phasenmodells in der neurologischen Rehabilitation könnte über eine Weiterentwicklung desselben nachgedacht werden, die neben der o. g. „top down“-Festlegung von Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung die Ausgestal-

tung von Reha-Angeboten konsequent an die individuelle Bedarfsermittlung koppelt („bottom up“-Festlegung).

Strukturierte Assessments als Basis der Entscheidungsfindung

Allerdings kann ein solchermaßen flexibler und offener Einsatz von Reha-Angeboten nur hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und Qualität funktionieren, wenn – wie im Modell durch die zwischen den Akteur:innen liegenden Schlüsselfaktoren dargestellt – die Reha-Prozessgestaltung professionalisiert wird. Entscheidungen müssen auf der Basis möglichst objektivierbarer, v.a. jedoch akzeptierter Informationen zu den individuellen Kompetenzen und Barrieren einer beruflichen Wiedereingliederung getroffen und legitimiert werden. Dies soll laut Modell durch valide gemessene und intersubjektiv ausgehandelte Festlegungen der zentralen Konstrukte (Leistungsfähigkeit, Arbeitsplatzanforderungen, Möglichkeiten der Anpassung) auf der Basis strukturierter Prozeduren und Assessments passieren. Eine solche Vorgehensweise würde unter den involvierten Akteur:innen – betroffene Person, Arbeitgeber, Reha-Systemakteure – die Akzeptanz aus wirtschaftlicher Perspektive bei gleichzeitiger Sicherstellung größtmöglicher Qualität fördern.

Erstellung, Umsetzung und Monitoring eines RTW-Plans

Element für die Entscheidungsfindung und Legitimation ist die Entwicklung und Abstimmung eines strukturierter RTW-Plans mit Informationen zu Fähigkeiten und Kompetenzen, den rehabilitativen und arbeitsplatzbezogenen Möglichkeiten sowie zu Ausgestaltung und Zeitpunkt der individuellen Reha-Angebote und der Wiedereingliederung. Die erarbeiteten Maßnahmen sollten auf den Ergebnissen der Assessments basieren, gleichermaßen jedoch auch den notwendigen Aushandlungsprozess zwischen Person und Arbeitsfeld (und evtl. weiteren betroffenen Akteur:innen) repräsentieren. Eine Gliederung könnte direkt aus dem APC-Modell entwickelt werden. Der RTW-Plan muss als zentrales Dokument zu Beginn erarbeitet und im Reha-Prozess kontinuierlich weitergeschrieben und adaptiert werden.

Koordination des Reha-Prozesses

Last but not least lebt die Idee des APC-Modells von der Sicherstellung einer kooperativen und zielgerichteten Zusammenarbeit aller involvierten Akteur:innen. Diese sollten mit ihren Interessen, Möglichkeiten, Schwierigkeiten und Bewertungen gleichermaßen in den Prozess eingebunden sein. Das Modell stellt bewusst nicht die betroffene Person in das Zentrum, sondern mit der beruflichen Wiedereingliederung einen Prozess, der sowohl durch sie als auch den Arbeitgebenden bzw. die Akteur:innen am Arbeitsplatz beeinflusst wird. Dane-

ben existieren weitere Akteursgruppen im Reha-System oder auch im privaten Kontext. Dies alles führt zu einer „arena of different interests“, die koordiniert werden muss. Deshalb sollte der Reha-Prozess idealerweise durch eine darüberliegende verantwortliche Struktur unterstützt und begleitet werden. In der herrschenden Diskussion wird dies unter das Label des Fallmanagements, im internationalen Raum auch unter den Begriff RTW-Koordination gefasst. Die durchführende Person muss qua Auftrag die entsprechende Handlungsmacht besitzen, um den Prozess zu initiieren, die betroffenen Akteur:innen zusammenzubringen, auf das gemeinsame Ziel „einzuschwören“ und sicherzustellen, dass alle gleichermaßen gehört und gefordert werden.

Fazit

Auf der Basis der Veröffentlichung aller 14 verfügbaren Studien über die Erfahrungen relevanter Akteur:innen bei der beruflichen Wiedereingliederung von Menschen nach Schlaganfall konnten wir zahlreiche Befunde herausarbeiten, die zeigen, dass der Wiedereingliederungsprozess hochkomplex ist. Eine Reihe von Akteur:innen ist davon betroffen, die beteiligt werden müssen. Viele Faktoren beeinflussen den Prozess, häufig ohne direkt eine Folge des Schlaganfalls zu sein. Dies unterstreicht die notwendige Abkehr von einem klassisch reha-medizinischen und linearen Verständnis von Rehabilitation und eine zwingende biopsychosoziale Orientierung in allen Phasen der Rehabilitation.

Rehabilitation und Wiedereingliederung müssen konsequent gemeinsam gedacht werden. Versorgungssysteme, die beides unabhängig voneinander oder auch nur nacheinander denken, verkennen die Interdependenz von Rehabilitation als Intervention und Wiedereingliederung als Wege zurück in die (berufliche) Teilhabe. Wiedereingliederung ohne die Nutzung rehabilitativer Kompetenzen ist danach ebenso wenig zu empfehlen wie eine Rehabilitation, die sich konsequent auf das klinische Setting konzentriert und die Zusammenhänge im Arbeitssetting ausblendet.

Neben wenigen für den Schlaganfall spezifischen Faktoren (v.a. in Bezug auf die Besonderheiten der komplexen Beeinträchtigungen durch den Schlaganfall) zeigt das Modell v.a. generische Faktoren, die auch für andere Erkrankungsgruppen gelten können. Insbesondere gilt dies für das Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren in der Aushandlung und Festlegung des RTW-Potenzials auf der Ebene von Leistungsfähigkeit, den Möglichkeiten am Arbeitsplatz und der Leistung. Letztlich muss dieser Aushandlungsprozess, unabhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung, in jedem Fall zu einer Passung der Konstrukte untereinander führen, um bestmöglich den initialen Wiedereingliederungsversuch vorzubereiten.

Diese Passung ist durch zwei Dinge gekennzeichnet. Erstens sollten die zugrundeliegenden Informationen

zur Feststellung der Passung auf möglichst intersubjektiv erhobenen Informationen basieren (Prinzip der Validität). Damit sind nicht nur objektivierte Messverfahren gemeint. Auch die subjektiven Bewertungen der Akteure – v. a. der betroffenen Person und des Arbeitgebers – sollten durch geeignete strukturierte Methoden und damit unabhängig von der bewertenden Person in den Bewertungsprozess einfließen. Zweitens ist die Feststellung der Passung ein kommunikativer Prozess (Prinzip der Aushandlung). Auch aus objektivierten Informationen kann eine zukünftig erfolgreiche Wiedereingliederung nur abgeleitet, mithin erwartet werden. Diese Ableitung müssen alle mittragen, um die Chance eines tatsächlich erfolgreichen Versuchs substantiell zu erhöhen.

Die beiden genannten Prinzipien legen ein scheinbares Dilemma nahe, das Wiedereingliederungsprozessen innewohnt. Zum einen sollte die Wiedereingliederung auf möglichst objektivierten Informationen basieren; zum anderen ist die kommunikative Aushandlung einer Wiedereingliederung zentral für ihren Erfolg. Dies schließt sich nicht aus: Betrachtet man beispielsweise die Validität der Informationen als Basis für eine gelingende Aushandlung, so besitzen beide Prinzipien trotz ihres scheinbaren Widerspruchs ein eher komplementäres Verhältnis zueinander.

Schlussendlich vereint unser APC-Modell bisherige ökologische und biopsychosoziale RTW-Modelle: die berufliche Wiedereingliederung wird weniger als finaler Zustand denn als Prozess interpretiert, der in einer Interaktion verschiedener Systeme (Person, Arbeit, Rehabilitationssystem) entsteht. Gerade weil nicht die betroffene Person, sondern der Akt der Wiedereingliederung im Zentrum steht, verweist das Modell auf den interaktiven Charakter der beruflichen Wiedereingliederung und unterstreicht, dass nachhaltige berufliche Teilhabe nur gelingen kann, wenn dies das erklärte Ziel aller einbezogenen Akteur:innen ist.

Literatur

1. Amatya B, Khan F, Galea M. Rehabilitation for people with multiple sclerosis: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019 Issue 1. Art. No.: CD012732. Abgerufen am 03. März 2025 unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6353175/pdf/CD012732.pdf>
2. Bethge M, Zollmann P, Albers R et al. (2025). Berufliche Teilhabe nach medizinischer Rehabilitation aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen: Repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. *Rehabilitation*, eingereicht
3. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (Hrsg.). Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Frankfurt/Main: BAR 1995
4. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (Hrsg.). Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie. Frankfurt/Main: BAR 2011
5. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (Hrsg.). Phase E in der neurologischen Rehabilitation. Empfehlungen. Frankfurt/Main: BAR 2013
6. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Qualitative Studies Checklist. 2014. Abgerufen am 03. März 2025 unter: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/qualitative-studies-checklist/>

7. Donker-Cools BH, Daams JG, Wind H, et al. Approaches to Vocational Rehabilitation After Traumatic Brain Injury: A Review of the Evidence. *Brain Inj* 2016; 30: 113-131
8. Duong P, Sauvé-Schenk K, Egan MY, et al. Operational Definitions and Estimates of Return to Work Poststroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2019; 10: 1140-1152
9. Fadyl JK, McPherson KM. Approaches to Vocational Rehabilitation After Traumatic Brain Injury: A Review of the Evidence. *J Head Trauma Rehabil* 2009; 24: 195-212
10. Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory*. Chicago, IL: Aldine 1967
11. Jackson K, Trochim W. Concept mapping as an alternative approach for the analysis of open-ended survey responses. *Organ Res Meth* 2002; 5: 307-336
12. MacEachen E, Clarke J, Franche RL, et al. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32: 257-269
13. Meier P. Mind-mapping: a tool for eliciting and representing knowledge held by diverse informants. *Soc Res Update* 2007; 52: 1-4
14. Nordenfelt L. Talking about Health. *A Philosophical Dialogue*. *Med Health Care Philos* 1997; 2: 215-216
15. Rollnik JD, Sailer M, Kiesel J et al. Multizentrische Evaluationsstudie zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MEmerR). *Rehabilitation* 2014; 53: 87-93
16. 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: 28-44
17. Streibelt M. *Aktivität und Teilhabe: Wirksamkeit berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung*. Lengerich: Papst 2007
18. Streibelt M, Zollmann P, Rasch L, et al. Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund neurologischer Erkrankungen. Repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. *Rehabilitation* 2023; 62: 22-30
19. Streibelt M, Matthies C, Zollmann P. Berufliche Teilhabe nach medizinischer Rehabilitation aufgrund psychischer Erkrankungen Repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. *Rehabilitation*. 2024, eFirst
20. Streibelt M, Zollmann P, Völler V, Falk J, Salzwedel A. Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen – Repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. *Rehabilitation* 2024; 63: 169-179

Korrespondenzadresse

Dr. Marco Streibelt
Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernat Reha-Wissenschaften
marco.streibelt@drv-bund.de