

BETA-MeH: Ziele, Akteure und Abläufe der Intervention

D. Claros-Salinas¹, W. Schupp¹, A. Thomas¹

¹ Claros-Salinas, Schupp, Thomas GbR, Konstanz, Fürth, Süsel

Zusammenfassung

Ziele: Primäres Ziel des rehapro-Modellprojekts „Bedarfsfokussierte Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (BETA-MeH)“ war es, über die Wiederherstellung sowie Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit der betroffenen Rehabilitand:innen die Verbesserung der beruflichen Teilhabe von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (MeH) zu erreichen. Sekundäre Ziele betrafen die Entlastung der sozialen Sicherungssysteme durch Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten und die Erhöhung der Lebensqualität der Betroffenen.

Akteure: Im Zentrum von BETA-MeH steht die individuelle, berufsorientierte Unterstützung der Betroffenen. Diese wird geleistet durch das therapeutische wie ärztliche Team einer neurologischen Rehabilitationsklinik, ein Fallmanagement (FM), das die Rehabilitand:innen frühzeitig und kontinuierlich begleitet und den Prozess der Wiedereingliederung steuert, sowie eine Fachkraft für betriebliche Intervention (FBI), die für eine frühe Einbindung der Arbeitgeberseite sorgt und die Rehabilitand:innen bei deren schrittweiser

Wiedereingliederung am Arbeitsplatz therapeutisch unterstützt.

Interventionsablauf: BETA-MeH basiert auf einem wohnortnahen Konzept, bei dem bereits während der medizinisch-berufsorientierten Behandlung in einer Rehabilitationsklinik Fallmanagement und Fachkraft für betriebliche Intervention hinzugezogen werden. In Return-to-Work-(RTW-)Konferenzen, an denen neben den genannten Akteuren auch der/die Rehabilitand:in selbst und möglichst frühzeitig der Arbeitgeber teilnehmen, werden gemeinsam Ressourcen und Barrieren der Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz erörtert und ein RTW-Plan erstellt. Im Verlauf der maximal 12-monatigen BETA-MeH-Begleitung wird dieser RTW-Plan bedarfsorientiert in weiteren RTW-Konferenzen angepasst und optimiert. Die im bisherigen neurologischen Phasenmodell vorgesehene Abfolge der medizinisch-berufsorientierten Phase D zur Phase E der beruflichen Rehabilitation wird durch eine sektorenübergreifende Kopplung der Phasen D und E zu einer flexiblen, bedarfsorientierten Komplexleistung.

Schlüsselwörter: Neurorehabilitation, Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR), berufliche Rehabilitation, Fallmanagement, intersektorale Kooperation, Arbeitgeberbindung, bedarfsorientierte Komplexleistung

Einleitung

Berufliche Teilhabe ist für Menschen nach einem Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma und anderen erworbenen Hirnschädigungen ein wesentliches Ziel, das aber in vielen Fällen nur erschwert zu erreichen ist, selbst wenn der Schweregrad ihrer sensomotorischen oder kognitiven Beeinträchtigungen als leicht oder mäßig beschrieben wird. Für etwa die Hälfte der Patient:innen, die neurorehabilitativ in der Phase D versorgt werden, wird von einer besonderen beruflichen Problemlage ausgegangen (Anforderungsprofil der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR), Deutsche Rentenversicherung [2]). Evaluationen, wie viele von über 40 000 Betroffenen, die als DRV-Versicherte eine medizinische Rehabilitation erhielten, in der Folge einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgingen, ergaben für Schlaganfall-Patienten 48 %, für MS-Betroffene 54 % [6].

Neben den oft komplexen Störungsmustern, welche die berufliche Leistungsfähigkeit betroffener Rehabilitand:innen nachhaltig beeinflussen, sind es auch Engpässe oder Lücken in der rehabilitativen Versorgungskette, die den Rückkehrprozess an den Arbeitsplatz belasten. Zwar konnte durch die MBOR-

Initiative der Deutschen Rentenversicherung [5] der Fokus in der rehabilitativen Versorgung neurologischer Rehabilitand:innen der Phase D nachdrücklich auf deren berufliche Wiedereingliederung gelenkt werden. Dennoch kann es in der rehabilitationsklinischen Praxis dort zu Engpässen kommen, wo die therapeutische Ausrichtung den individuellen Arbeitsplatz der Rehabilitand:innen hinsichtlich umfassender Kenntnisse der Arbeitsplatzanforderungen und Arbeitsbedingungen adressieren soll. Um diese für eine anforderungsorientierte Diagnostik und die weitere Planung arbeitsplatzbezogener Therapien kennen und nutzen zu können, wäre eine kontinuierliche Kooperation mit dem Betrieb der Rehabilitand:innen notwendig, welche aktuell nur im Ausnahmefall besteht. Stattdessen beschränken sich die Informationen zum individuellen Arbeitsplatz auf die subjektiven Berichte der Rehabilitand:innen.

Auch bei der Durchführung arbeitsplatzbezogener Belastungserprobungen oder einer detaillierten Vorbereitung einer (stufenweisen) Wiedereingliederung ist einerseits die partizipative Zusammenarbeit mit den betroffenen Menschen therapeutisch von hoher Relevanz und andererseits könnten zusätzliche Informationen der betrieblichen Seite wichtige Akzente setzen, welche

die ökologische Validität der berufsorientierten Rehabilitation erhöhen.

Versorgungslücken bestehen vor allem bei der Umsetzung von rehabilitationsklinischen Empfehlungen, die sich auf den Prozess der Rückkehr an den Arbeitsplatz beziehen. Empfehlungen für mittelfristig anzusetzende Maßnahmen zu einer stufenweisen Wiedereingliederung (StW), wie sie im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht dokumentiert sind, werden von Weiterbehandelnden teilweise gar nicht umgesetzt oder erst mit beträchtlicher Verzögerung. Dabei ist nicht nur der Zeitverlust an sich ungünstig, insofern sich bei längerer krankheitsbedingter Abwesenheit der Arbeitnehmenden Arbeitsplatzbedingungen gravierend ändern können und ein Anknüpfen an die gewohnte Arbeitssituation erschweren. Vielmehr wird bei zunehmender zeitlicher Distanz zu den Ergebnissen einer umfassenden Rehabilitation unklarer, inwieweit der betroffene Mensch die in der therapeutischen Situation erfasste berufliche Leistungsfähigkeit tatsächlich in eine ausreichende Leistung am Arbeitsplatz umsetzen kann.

Insgesamt ist die StW gerade für neurologisch erkrankte Menschen, deren physische wie kognitive Leistungsverbesserungen sich nur in einem langsamen Anpassungsprozess vollziehen, ein wichtiges Instrument bei der Rückkehr ins Arbeits- und Berufsleben. Die Betreuung von StW-Maßnahmen liegt bei Hausärzt:innen oder – seltener – Neurolog:innen, deren Ressourcen in der Regel nicht für eine intensive Begleitung mit der Möglichkeit zeitnaher Intervention ausreichen. Auch hier ist der in der Regel fehlende oder nur zeitlich begrenzte Kontakt zu Arbeitgebenden, Betriebsärzt:innen oder Verantwortlichen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ein strukturelles Manko, das den gegenseitigen Austausch von Informationen im Sinne der Rehabilitand:innen behindert. Gerade bei schwierigen oder konflikthaften StW-Verläufen könnten solche Kontakte, die wiederholt und regelmäßig stattfinden, zu Lösungen beitragen.

Vor dem Hintergrund dieser Erschwernisse bei der beruflichen Wiedereingliederung wurde das fünfjährige rehapro-Modellprojekt „Bedarfsfokussierte Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (BETA-MeH)“ entwickelt, das, gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), koordiniert und geleitet wird durch die Deutsche Rentenversicherung Bund.

Ausgehend von dem aus einer Metasynthese qualitativer Studien abgeleiteten APC-Modell [3], das Einflussfaktoren erfolgreicher beruflicher Wiedereingliederung nach Schlaganfall benennt (vgl. auch Streibelt, Claros-Salinas u. Schwarz in diesem Band), werden mit BETA-MeH für Menschen nach Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma und anderen erworbenen Hirnschädigungen neue Behandlungswege einer berufsorientierten Neurorehabilitation vorgeschlagen. Dabei wird die berufliche Reintegration von MeH als ein hochkomplexer

Prozess gesehen, in dem bisherige sequentielle Abfolgen von Behandlungseinheiten, wie sie im neurologischen Phasenmodell als ein Nacheinander von medizinischer Rehabilitation (Phase D) und beruflicher Rehabilitation (Phase E) angelegt sind, zu einer sektorenübergreifenden, flexiblen und bedarfsorientierten Komplexleistung zusammengeführt werden.

Ziele der BETA-MeH-Intervention

Primäres Ziel des BETA-MeH-Projekts ist es, über die Wiederherstellung sowie Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit der betroffenen Rehabilitand:innen insgesamt die Verbesserung der beruflichen Teilhabe von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (MeH) zu erreichen.

BETA-MeH basiert dabei auf einem wohn- und arbeitsortnahen Konzept und kombiniert eine neue Behandlungsintervention, die vor allem ein kontinuierliches Fallmanagement (FM) und eine frühe Einbindung des Arbeitsplatzes der Rehabilitand:innen durch eine Fachkraft für betriebliche Intervention (FBI) vorsieht. Durch diese Koppelung von Leistungen der medizinischen Phase D mit Leistungen der Phase E der beruflichen Rehabilitation entsteht eine innovative Komplexleistung, die auf die Anforderungen im beruflichen Reintegrationsprozess von MeH bedarfsorientiert und flexibel antworten kann.

Zusammengefasst lauten die innovativen Elemente der BETA-MeH-Intervention:

- durchgängige Begleitung der Rehabilitand:innen durch ein Fallmanagement (FM)
- inkl. Verfügbarkeit für die nachgehende Begleitung nach der BETA-MeH-Intervention
- frühzeitige arbeitsplatzbezogene Begleitung durch eine Fachkraft für betriebliche Intervention (FBI)
- frühzeitiger Einbezug aller Beteiligten, auch des Betriebes
- bedarfsorientierter Übergang von rehabilitationsklinischer zu betrieblicher Phase
- inkl. Rückkopplungsschleifen, wenn sich innerhalb der betrieblichen Erprobung am Arbeitsplatz ein erneuter Bedarf an rehabilitationsklinischer, berufsorientierter Rehabilitation zeigt
- kleinschrittiger Beginn beruflicher, zeitlicher wie inhaltlicher Belastung am bisherigen Arbeitsplatz und
- im weiteren Verlauf eine bedarfsorientierte Belastungssteigerung
- keine starre Festlegung von Behandlungsdauern.

Neben dem primären Ziel einer verbesserten beruflichen Teilhabe von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen zielte BETA-MeH auf:

- Entlastung der sozialen Sicherungssysteme durch Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten
- Erhöhung der Lebensqualität der Betroffenen.

Zielgruppe

Die Zielgruppe für die BETA-MeH-Intervention waren Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen im erwerbsfähigen Alter, einem bestehenden Arbeitsplatz und einem festgestellten Bedarf an Teilhabeleistungen gemäß § 10 SGB VI.

Die BETA-MeH-Intervention wurde für solche Personen konzipiert, die neurorehabilitativ unter- oder fehlversorgt sind. Es galt, insbesondere diejenigen in den Blick zu nehmen, welche einen Unterstützungsbedarf über die medizinische Rehabilitation hinaus haben, jedoch keinen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Für diese Rehabilitand:innen-Gruppe waren die im Modellprojekt vorgesehenen beruflich-betrieblichen Leistungen von besonderem Interesse. Diese Maßnahmen schlossen an Leistungen der medizinischen Rehabilitation an, waren aber nicht an die Voraussetzung einer erfolgreich abgeschlossenen medizinischen Rehabilitation gekoppelt.

Die Zielgruppe wies (akut)erworbene Hirnschädigungen mit folgenden Hauptdiagnosen auf:

- Zerebrovaskuläre Erkrankungen, wie „Schlaganfall“
- Schädel-Hirn-Trauma (akutes SHT)
- Akut entzündliche Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS)
- Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf (in letzten zwei Jahren nicht mehr als zwei Schübe mit AU-Krankschreibung)
- Gutartige Neubildung der Meningen (v.a. Meningeome)
- Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems
- Hypoxische Hirnschädigung
- Metabolisch-toxische Hirnschädigung.

Schwerpunkt waren die zerebrovaskulären Erkrankungen.

BETA-MeH Ein- und Ausschlusskriterien

BETA-MeH konzentrierte sich auf betroffene Menschen, die folgende Einschlusskriterien erfüllten:

- DRV Bund-, DRV Knappschaft Bahn-See und DRV-Rheinland-Versicherte aus dem Großraum Köln/Bonn, Düsseldorf und Aachen
- Alter zwischen 18 und 64 Jahren
- bestehender Arbeitsplatz, der für die Wiedereingliederung grundsätzlich verfügbar ist
- Wohn- und Arbeitsort in der Modellregion (Erreichbarkeit durch Fallmanagement und Fachkräfte für betriebliche Intervention)
- Reha-Ziel erster Arbeitsmarkt wird angestrebt (grundsätzlich positive Erwerbsprognose)
- voraussichtlicher Entlass-Status nach rehabilitationsklinischer Phase: arbeitsunfähig
- Bedarf einer weiteren professionellen Begleitung bei der beruflichen Wiedereingliederung (z.B. im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung).

Nicht einbezogen wurden betroffene Menschen mit vorbestehenden chronisch-fortschreitenden Erkrankungen (insbesondere des Gehirns) oder (metastasierenden) Krebserkrankungen. Weitere Ausschlussgründe betrafen:

- sozialmedizinisch begründete Orientierung auf Erwerbsminderungsrente
- Rehabilitationsziel geschützter Arbeitsmarkt
- Notwendigkeit einer Umschulung
- Bereits bestehende und anerkannte Pflegebedürftigkeit, Pflegekategorie (PK).

Akteure der BETA-MeH-Intervention

Im Folgenden werden die medizinischen, koordinierenden und therapeutischen Akteure der BETA-MeH-Intervention mit ihren Aufgaben im Verlauf der Intervention vorgestellt.

Neurologische Rehabilitationsklinik

Die neurologische Rehabilitation für die Zielgruppe von BETA-MeH erbrachten v.a. ambulante medizinische Rehabilitationseinrichtungen. Stationär versorgte Rehabilitand:innen konnten einbezogen werden, sofern ihr Wohn- und Arbeitsort im Einzugsbereich der FM- und FBI-Partner:innen lag. Hinsichtlich der ärztlichen Aufgaben, der Diagnostik und der Behandlungselemente dienten die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) formulierten Anforderungen an die ambulante neurologische Rehabilitation als Orientierung; allerdings wurden die Vorgaben zur Rehabilitationsdauer und Behandlungsfrequenz im Rahmen von BETA-MeH ausgesetzt. Die Intervention verbindet konzeptuell medizinische Rehabilitation und beruflich-orientierte Rehabilitation miteinander und geht über den herkömmlichen MBOR-Ansatz insofern hinaus, als dass die von den FBI systematisch erfassten Arbeitsplatzanforderungen strukturiert in die Planung und Durchführung der medizinischen Intervention einfließen. Der Umfang paralleler medizinischer und therapeutischer Leistungen war entsprechend der Belastbarkeit der Rehabilitand:innen anzupassen.

Fallmanagement

Das Fallmanagement zielte auf die Unterstützung der Rehabilitand:innen bei der Eingliederung an den vorhandenen Arbeitsplatz. Mit Blick auf die Zielgruppe von BETA-MeH ist dies nur mit ausgewiesener Neurokompetenz umsetzbar. Das Fallmanagement arbeitete mit einer Fachkraft für betriebliche Intervention zusammen. Dabei war die Rolle des Fallmanagements im Rahmen der BETA-MeH-Intervention auf eine die gesamte Intervention koordinierende und nicht therapeutische Tätigkeit eingegrenzt. Das Fallmanagement agierte unabhängig von den anderen Interventionspartner:innen und den im Einzelfall eingebundenen externen fachlichen

Akteuren. Die Leistung war dabei unabhängig von Träger- und Eigeninteressen, bedarfs- und personenzentriert im Rahmen der Intervention zu erbringen.

Betriebliche Rehabilitation

Im Mittelpunkt der betrieblichen Rehabilitation stand die Teilhabe der Teilnehmenden am bestehenden Arbeitsplatz. Dafür wurden durch die Fachkraft für betriebliche Intervention (FBI) die individuellen Anforderungen im lebensweltlichen Kontext sowie am Arbeitsplatz der Rehabilitand:innen besonders in den Blick genommen. Die Ergebnisse bilden dabei die Grundlage für alle Entscheidungen und Handlungen sowie der konkreten Ausgestaltung der Maßnahme. Die Fachkraft für betriebliche Intervention begleitete die Rehabilitand:innen therapeutisch bei deren schrittweiser Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz. Für das Gelingen dieses Prozesses wurde von der Fachkraft für betriebliche Intervention neben ausgewiesener Neurokompetenz eine hohe Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit und Kooperation mit unterschiedlichen Akteuren sowohl während der Intervention als auch am Arbeitsplatz der Rehabilitand:innen erwartet.

Ablauf der Intervention

Der zeitliche Ablauf der Intervention wird beginnend mit dem Rekrutierungsverfahren über die ersten Kooperationschritte aller beteiligten Akteure, die zunehmende Koppelung medizinischer und betrieblicher Intervention bis hin zum Schwerpunkt der betrieblichen Rehabilitation und Abschluss der Maßnahme beschrieben.

Rekrutierung

Die BETA-MeH-Intervention startete in der neurologischen Rehabilitationsklinik, deren Aufgabe es war, in einem standardisierten Rekrutierungsverfahren geeignete Rehabilitand:innen zu gewinnen.

Bei Aufnahme von Rehabilitand:innen in die rehabilitationsklinische Einrichtung prüfte der Arzt oder die Ärztin die Ein- und Ausschlusskriterien von BETA-MeH anhand einer vorgegebenen Checkliste.

Sofern gelistete Einschlusskriterien wie Alter, Ätiologie, Wohn- bzw. Arbeitsort im Einzugsbereich, weiterhin verfügbarer Arbeitsplatz zutrafen, sollte das rehabilitationsklinische Team gemeinsam über den Bedarf und Nutzen der Intervention entscheiden. Möglich war z. B. einen Hinweismarker in der Patient:innen-Akte zu setzen, der alle beteiligten Fachtherapeut:innen sensibilisieren und bei dem üblichen diagnostischen Prozess bereits erste Überlegungen zur möglichen, beruflichen Wiedereingliederung der Rehabilitand:in anstoßen sollte.

In der ersten herkömmlichen rehabilitationsklinischen Fallkonferenz oder Teambesprechung (bis spätestens Ende der zweiten Behandlungswoche nach Aufnah-

me) wurde entschieden, ob die Rehabilitand:in für die BETA-MeH-Maßnahme geeignet war.

Leitfragen waren dabei:

- Wie schätzen die Betroffenen die Möglichkeit einer beruflichen Wiedereingliederung ein? Welche persönlichen Zielsetzungen ergeben sich daraus?
- Welche berufsrelevanten Funktionsdefizite in sensorischen, kognitiven, kommunikativen oder emotionalen Bereichen bestehen?
- Was kann voraussichtlich in welcher Zeit durch welche medizinisch-therapeutischen Interventionen verbessert werden?
- Welcher Bedarf einer berufsorientierten Behandlung bzw. welches Risiko einer nicht gelingenden beruflichen Wiedereingliederung besteht?
- Welche Kontextfaktoren, umwelt- oder personbezogen (vgl. ICF-Modell), sind im Prozess der beruflichen Reintegration miteinzubeziehen?

Startphase (Ende 2. bis 4. Behandlungswoche)

Die BETA-MeH-Intervention startete in der rehabilitationsklinischen Einrichtung und bezog die weiteren Akteure im Verlauf der ersten Wochen schrittweise ein.

Nach der Rekrutierung von Teilnehmenden in die BETA-MeH-Interventionsgruppe sollte das in der Rehabilitationsklinik standardmäßig durchgeführte, berufs- und anforderungsorientierte Diagnostik- und Therapie-Programm der Neurorehabilitation, incl. Fähigkeiten-Assessment, fortgesetzt werden. Mit allen Rehabilitand:innen sollte auch das Screeningverfahren SIMBO-C [4], durchgeführt werden. Mit dem SIMBO-C, der v. a. die subjektive Erwerbsprognose und die berufsbezogene Rehabilitationserwartung der Rehabilitand:innen erfragt, kann sowohl das Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage und daher der Bedarf einer berufsorientierten Rehabilitation erhoben als auch das Risiko, nicht wieder ins Arbeitsleben zurückzukehren, eingeschätzt werden. Insgesamt entsprach die Behandlung der auch in der Regelversorgung geforderten MBOR-Strategie. Das therapeutische Leistungsspektrum war gemäß der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) zu dokumentieren.

Um den individuellen Arbeitsplatz der Rehabilitand:in und darüber Möglichkeiten und Bedingungen ihrer beruflichen Wiedereingliederung verstärkt in den Blick zu nehmen, führte das Team der Rehabilitationsklinik für die Teilnehmenden der Interventionsgruppe einen Profilargleich von Arbeitsplatz-Anforderungen und aktuellem Leistungsvermögen (Basis: Ergebnisse der Funktionsdiagnostik) mittels des Fragebogens PAL [1] durch, der für den BETA-MeH-Einsatz in leicht gekürzter Version verwendet wurde.

Zunächst unabhängig voneinander schätzten Rehabilitand:innen und die verschiedenen Funktionstherapeut:innen entsprechend ihrem therapeutischen, motorisch oder kognitiv orientiertem Fachgebiet die zum

Profilabgleich von Arbeitsplatzanforderungen vs. aktuelle Leistungsfähigkeit (PAL)		N / Items	
1	Arme/Hände	beidhändiges Arbeiten erforderlich / zielgenaues Greifen/Fingerfertigkeit / Arbeiten in/über Kopfhöhe ...	10
2	Beine/Gehen	Gehen (Ausdauer und Tempo) / Arbeiten in Bodennähe (incl. Arbeiten im Knien) / Arbeiten auf Gerüsten, Leitern...	10
3	Sehen/visuell-räumliche Wahrnehmung	räumliches Sehen (Schätzen von Abständen, vgl. z.B. Arbeiten an rotierenden Maschinen, Führen eines Kranes) / Explorationsleistungen (schnelles Überblicken von Bild-, Zahlen-, Textmaterial, schnelles Erkennen von optischen Unterschieden, vgl. z.B. Produktionskontrolle am Fließband) / Pläne/Zeichnungen lesen und/oder anfertigen...	6
4	Sprache	Verstehen von Instruktionen/Arbeitsanweisungen / Führen offizieller Einzelgespräche (z.B. Beratung von Kunden) / Führen offizieller Gruppengespräche (z.B. Dienstbesprechungen)	16
5	Zahlenverarbeitung, Rechnen	Zahlen nach mündlicher Vorgabe notieren (z. B. Telefonnummern, Uhrzeiten) / Ausführen einfacher Rechenprozesse per Taschenrechner / Mengen schätzen (Längen, Gewichte, Zeit) ...	8
6	Aufmerksamkeit	Arbeiten unter Tempobedingungen / Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit über einen längeren Zeitraum bei anspruchsvollen Tätigkeiten / Sich gezielt konzentrieren (ohne sich ablenken zu lassen)	9
7	Gedächtnis	Längerfristiges Behalten von Informationen / Lernen neuer Informationen, neuen Fachwissens / Abruf von berufsspezifischem Wissen und Fertigkeiten	6
8	Exekutive Funktionen	Prioritäten setzen / Planen der Arbeitsabläufe eigener oder fremder Tätigkeit / Kontrollieren des Arbeitsablaufs	9
9	Arbeitsverhalten, Antrieb, Motivation	Zuverlässig sein / Teamfähig sein (gegenüber Kollegen, Vorgesetzten, Unterstellten) / Sich in Konfliktsituationen angemessen verhalten	7
10	Gesamtbeurteilung	Berufliche Leistungsfähigkeit (Skala 1-10)	1
			82

Abb. 1: Profilabgleich Arbeitsplatzanforderungen vs. aktuelle Leistungsfähigkeit (PAL), pro Bereich drei Beispiel-Items

Untersuchungszeitpunkt mögliche Leistungsfähigkeit für die im PAL vorgegebenen beruflichen Teilanforderungen ein. Die Rehabilitand:innen bewerteten zusätzlich, inwieweit die nach unterschiedlichen neurologisch-neuropsychologischen Leistungsbereichen geordneten Teilanforderungen an ihrem individuellen Arbeitsplatz zu bewältigen und wie relevant diese jeweils waren. In einem nächsten Schritt wurden, als Grundlage des weiteren berufsorientierten therapeutischen Prozesses, die Selbst- und Fremdeinschätzungen für alle Beteiligten offengelegt. **Abbildung 1** zeigt einen Überblick über alle PAL-Bereiche mit jeweils drei Beispiel-Items.

Im Verlauf wurde zur Vereinfachung und Ökonomisierung der Handhabung eine digitale PAL-Version entwickelt und eingeführt, bei der die Rehabilitand:innen im ersten Durchgang die Relevanz der einzelnen PAL-Items im Hinblick auf ihren individuellen Arbeitsplatz anhand einer fünfstufigen Skala (0 = nicht relevant, 1 = wenig relevant, 2 = mittelmäßig relevant, 3 = ziemlich relevant, 4 = sehr relevant) bewerteten. Für die Eigen- oder Fremdbeurteilung der aktuellen Leistungsfähigkeit wurden den Rehabilitand:innen bzw. dem Rehabilitationsteam nur diejenigen Einzelitems eingeblendet, die zuvor als mindestens mittelmäßig relevant bewertet wurden.

Sobald die Rekrutierung einer Rehabilitandin oder eines Rehabilitanden feststand, wurden Anbieter für Fallmanagement bzw. für betriebliche Rehabilitation informiert, die sich in erreichbarer Nähe des Wohn- und Arbeitsplatzorts der Rehabilitand:innen befanden.

Die zuständigen Fallmanager:innen wandten sich für erste Fallinformationen an die Rehabilitations-einrichtung und nahmen daraufhin Kontakt zu den Rehabilitand:innen auf ebenso wie zur Fachkraft für

betriebliche Intervention (FBI). Diese kurz zum bislang bekannten Fallgeschehen zu informieren, war Aufgabe des Fallmanagements (FM).

In einem Erstgespräch, das FM und FBI gemeinsam oder optional separat voneinander gestalten konnten, wurden der Rehabilitand:in u. a. Rolle und Aufgaben der begleitenden Fachkräfte erläutert:

Das FM war zuständig für die Steuerung der BETA-MeH-Maßnahme, etwa für die bedarfsorientierte Organisation gemeinsamer Konferenzen, sogenannter Return-to-Work-Konferenzen (RTW-Konferenzen), die Sicherstellung notwendiger funktionstherapeutischer Maßnahmen auch nach Abschluss der rehabilitationsklinischen Behandlung und die kontinuierliche Begleitung während der gesamten BETA-MeH-Dauer, ohne jedoch eigene therapeutische Leistungen zu erbringen.

Die FBI übernahm die kontinuierliche Begleitung und Unterstützung der Rehabilitand:innen an deren Arbeitsplatz, die je nach Bedarf eine aufsuchende Tätigkeit, regelmäßigen Kontakt per Telefon oder Videokonferenz beinhaltete und auch den Kontakt zur Arbeitgeberseite einschloss, um die betriebliche Perspektive berücksichtigen und im Verlauf des beruflichen Wiedereingliederungsprozesses lösungsorientiert vermitteln zu können.

Im Verantwortungsbereich der FBI lag auch, mit den Rehabilitand:innen im Erstgespräch zu vereinbaren, welche gesundheitsbezogenen Informationen an die Arbeitgebenden weitergegeben werden dürfen. Die entsprechenden Vereinbarungen (vgl. **Abb. 2** und **Anhang 1**) wurden schriftlich hinterlegt und allen Interventionspartner:innen (Rehabilitationsklinik und Fallmanager:in) zur Verfügung gestellt.

- 1) Ihr Arbeitgeber darf Ihre Hauptdiagnose (z. B. Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma) erfahren.
- 2) Ihr Arbeitgeber darf erfahren, in welchen Bereichen Sie noch nicht wieder fit sind, z.B. im Bereich
 - Motorik / Beweglichkeit beim Gehen, beim Einsatz der Hände
 - Aufmerksamkeit, Konzentration
 - Gedächtnis
 - Sprache/Sprechen
- 3) Ihr Arbeitgeber darf erfahren, dass Ihre Ausdauer oder Ihr Durchhaltevermögen noch nicht wieder auf dem gewohnten Stand ist.
- 4) Ihr Arbeitgeber darf erfahren, dass Ihre Leistungsfähigkeit sich schrittweise wieder aufbauen kann.

Abb. 2: Inhalte der Vereinbarung zur Weitergabe gesundheitsbezogener Daten an den Betrieb

Aufgabe der Fachkraft für betriebliche Intervention war es, möglichst zügig einen ersten Bezug zum Arbeitsplatz der Rehabilitand:in herzustellen. Dazu wurden eine schriftliche „Kurzinformation für Arbeitgeber“ versandt, in der eine Kontaktaufnahme mit dem Betrieb, in der Regel telefonisch, angekündigt wurde.

Zu Beginn und Einleitung ihrer therapeutischen Tätigkeit befragte die Fachkraft für betriebliche Intervention die Rehabilitand:innen zu Lebensqualität, sozialer Unterstützung, Bedeutung von und Motivation zur Arbeit und leitete weitere Selbsteinschätzungsfragebögen zu Depression, Angst und Fatigue an (vgl. Blaudszun-Lahm, Eierdanz, Hoffmann & Osranek in diesem Heft). Die Ergebnisse dieser Selbsteinschätzungen brachte die Fachkraft für betriebliche Intervention bei der ersten RTW-Konferenz in die Beratung mit dem klinischen Rehabilitationsteam ein. Für die Selbsteinschätzungen zu Depression und Angst sind Handlungsempfehlungen ableitbar (Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version, HADS-D: bei Punktwert von 8–10 weitere nervenärztliche oder psychologisch-psycho-therapeutische Untersuchung; bei Punktwert von 11 und größer Veranlassung einer entsprechenden Behandlung). Bei der Erhebung subjektiv empfundener Fatigue sollte eine deutliche Fatigue-Problematik (vgl. Fatigue-Severity Scale, FSS, ab einem Mittelwert von über 5) bei der Planung der beruflichen Wiedereingliederung etwa durch ein individuelles Pausenmanagement oder eine spezifische Anpassung der Tagesstruktur berücksichtigt werden.

Sobald die Fachkraft für betriebliche Intervention mit der Arbeitgeberseite in Kontakt kam, vereinbarte sie einen Arbeitsplatzbesuch, bei dem sie, je nach Bedingungen des individuellen Arbeitsplatzes, den Vorgesetzten, den BEM-Beauftragten oder sonstigen Vertreter:innen des engeren Arbeitsumfelds das BETA-MeH-Projekt persönlich vorstellte. Im Verlauf dieses Gesprächs ließ sich die FBI die grundsätzliche Bereitschaft der Arbeitgeberseite schriftlich bestätigen, die Rückkehr der Rehabilitand:in an ihren Arbeitsplatz zu unterstützen. Für den Fall, dass sich diese Arbeitsplatzvisite organisatorisch noch nicht vor der ersten gemeinsamen Konferenz umsetzen ließ, sollte die Fachkraft für betriebliche Intervention in einem (telefo-

nischen) Arbeitgeber-Kontakt erste Informationen zur grundsätzlichen betrieblichen Kooperationsbereitschaft und zu Wünschen, Erwartungen und Möglichkeiten des Betriebs hinsichtlich des Wiedereingliederungsprozesses ihrer Arbeitnehmenden sammeln.

Bei der Visite des Arbeitsplatzes erhoben die Fachkräfte für betriebliche Intervention die wichtigsten Arbeitsanforderungen der Rehabilitand:in anhand von Fragebögen:

- Berufliche Anforderungen & Arbeitsplatzbedingungen, BAA ([1])
- Profilvergleich berufliche Anforderungen vs. aktuelle Leistungsfähigkeit (PAL) / Relevanz-Beurteilung der aus neurologisch-neuropsychologischer Perspektive formulierten Teiltätigkeiten für den individuellen Arbeitsplatz.

Diese Informationen sollten idealerweise bei der ersten gemeinsamen Return to Work-Konferenz (RTW-Konferenz) (jedoch spätestens zur zweiten RTW-Konferenz) vorliegen, um zu einem objektiven Bild der Arbeitssituation der Rehabilitand:in beizutragen und je nach weiteren Konferenz-Ergebnissen, die Möglichkeit zu unmittelbaren, arbeitsplatzbezogenen Aktivitäten zu eröffnen.

Erste Return-To-Work-Konferenz (RTW-Konferenz)

In Abstimmung mit der rehabilitationsklinischen Einrichtung organisierten die Fallmanager:innen eine erste gemeinsame Konferenz, die gegen Ende der vierten Woche in der Rehabilitationsklinik stattfand. In Abgrenzung zu den rehabilitationsklinisch üblichen Fallkonferenzen wurde diese erste Zusammenkunft von BETA-MeH-Akteur:innen als Return-To-Work-Konferenz (RTW-Konferenz, Dokumentationsvorlage **Anhang 2**) bezeichnet. An dieser ersten RTW-Konferenz nahmen außer den Vertreter:innen der Rehabilitationsklinik (behandelnde Ärzt:in und die für das Fallgeschehen wichtigsten Funktionstherapeut:innen) auch die Rehabilitand:in selbst sowie die Fallmanager:in und die Fachkraft für betriebliche Intervention teil. Die Teilnahme einer Vertretung der Arbeitgebendenseite war zu diesem Zeitpunkt noch nicht zwingend, je nach terminlicher Flexibilität des Arbeitgebers und Bedürfnis der Rehabilitand:in aber wünschenswert. Um deren Teilnahme zu erleichtern, konnten gegebenenfalls auch hybride Konferenzformen genutzt werden.

Bei Teilnahme eines Arbeitgebenden konnte die RTW-Konferenz unterschiedliche Besprechungsformen vorsehen, deren Wahl primär in Absprache mit den Rehabilitand:innen und in Abwägung der zu diesem Zeitpunkt bekannten umwelt- wie personbezogenen Kontextfaktoren (vgl. ICF-Modell) zu entscheiden war. Folgende Besprechungsabläufe waren denkbar:

- Austausch mit dem Arbeitgebenden zunächst separat mit dem therapeutischem Team, nachfolgend Einbeziehung der Rehabilitand:in

- Vorbesprechung mit der Rehabilitand:in im therapeutischen Team, dann Einbeziehung des Arbeitgebenden
- von Beginn an gemeinsame Besprechung aller Beteiligten.

Für den Austausch in dieser ersten RTW-Konferenz stellte das rehabilitationsklinische Team vorbereitend die Ergebnisse von Funktionsdiagnostik, Fähigkeiten-Assessment und Profiling (PAL) zusammen.

Fallmanagement und Fachkraft für betriebliche Intervention bereiteten die folgenden Daten, soweit erhoben, vor:

- die mit den Rehabilitand:innen zuvor abgestimmte „Vereinbarung zur Weitergabe gesundheitsbezogener Daten an den Betrieb“
- Ergebnisse der Selbsteinschätzungsfragebögen zu Lebensqualität, soziale Unterstützung, Bedeutung von und Motivation zur Arbeit, Depression, Angst und Fatigue
- Ergebnisse der Fragebögen BAA und PAL / Relevanz-Beurteilung.

Inhaltlich erfolgte in dieser RTW-Konferenz ein Austausch über:

- mögliche Barrieren bei der Rückkehr der Rehabilitand:innen an den Arbeitsplatz
- arbeitsplatzbezogene Ressourcen der Rehabilitand:innen
- erste Lösungsansätze für eine gelingende, möglichst zügige Rückkehr an den Arbeitsplatz
- möglichst Festlegung des Beginnzeitpunkts der schrittweisen Reintegration
- Ausblick auf die kommenden Wochen/Monate beruflicher Wiedereingliederung.

Als Ergebnis war eine vorläufige RTW-Planung zu vereinbaren und dazu nötige Maßnahmen wurden schriftlich (vgl. Dokumentationsvorlage zur 1. RTW-Konferenz, **Anhang 2**) festgehalten. Die Dokumentation der Ergebnisse oblag dem Fallmanagement, das auch für die Übermittlung des Dokuments an die Rehabilitand:innen, die Rehabilitationsklinik und die Fachkraft für betriebliche Intervention Sorge trug.

Für den weiteren Wiedereingliederungsprozess war in der ersten RTW-Konferenz eine Bezugstherapeut:in/-ärzt:in zu benennen, die aufgrund fachlicher Expertise im individuellen Fall die berufsrelevanten Leistungsdefizite und deren Verbesserungs-, Kompensations- und Anpassungspotential am besten einzuschätzen vermochte. Da das BETA-MeH-Konzept je nach Verlauf der Intervention auch Rückkopplungsschleifen zurück zu rehabilitationsklinischen Behandlungseinheiten vorsah, sollte diese Bezugstherapeut:in/-ärzt:in für die Fallmanager:innen u. a. bei der Organisation einer möglichen erneuten Reha-Behandlung als Ansprechpartner:innen fungieren.

BETA-MeH: Return-to-work-Konferenzen aus Beteiligten-Sicht

Rehabilitand – IG, Interview Nr. 1

Ich fand gut, dass nicht hinter verschlossenen Türen über einen geredet wird, gerade bei Sachen wie Hirnschädigung. Manche zweifeln an ihrer eigenen Wahrnehmung und darüber Bescheid zu wissen, ist gut. Ansonsten wäre das Stress.

Fallmanager:in, Interview Nr. 11

Die Organisation der Return-to-work-Konferenz an sich empfinde ich als sehr zielführend: Die ist gut! So habe ich mir das immer gewünscht. Ich kann den Rehabilitanden schon in der Klinik kennenlernen – also damit bin ich absolut glücklich! Der Kontakt mit der Klinik ist sehr wichtig, die Vernetzung der stationär-ambulanten Sektoren ist eine super Sache, eine Bereicherung: Wenn das gelingt, ist das Projekt schon ein Erfolg!

Fachkraft für betriebliche Intervention, Interview Nr. 8

Es war eine sehr volle Runde, hat dem Klienten und Arbeitgeber gezeigt, dass sich viele Leute Zeit nehmen, um zu schauen, was man machen kann. Hat eine positive Stimmung erzeugt.[...] Es kann aber auch überfordernd sein für den Arbeitgeber, wenn so viele Leute vor einem sitzen. Man muss schauen, wer wirklich an der Return-to-work-Konferenz teilnehmen muss.

Abb. 3: Return-to-Work-Konferenzen aus Beteiligten-Sicht

Abbildung 3 gibt die in Interviews der wissenschaftlichen Begleitung erhobenen Reaktionen zu der für alle Beteiligten neuen Return-to-Work-Konferenz aus Sicht eines Rehabilitanden, einer Fallmanagerin und einer Fachkraft für betriebliche Intervention wieder.

Koppelung medizinischer und betrieblicher Intervention (zwischen 1. und 2. RTW-Konferenz)

Nach der ersten RTW-Konferenz war es bereits grundsätzlich möglich, die rehabilitationsklinische Behandlung und die betriebliche Intervention, die ersten Schritte zurück an den Arbeitsplatz bzw. in ein berufliches Umfeld, zu koppeln.

Sobald sich im Verlauf der rehabilitationsklinischen Behandlung abzeichnete, dass die Rückkehr an den Arbeitsplatz der Rehabilitand:innen in einem schrittweisen Wiedereingliederungsprozess gelingen kann, sollte diese Maßnahme therapeutisch vorbereitet werden, z. B. in detaillierten Empfehlungen zu den betrieblichen Einarbeitungsschritten, den zu Beginn begrenzten Belastungsstufen, sowohl zeitlich (beginnend mit wenigen Wochenstunden) als auch aufgabenbezogen. Im Vergleich zur herkömmlichen stufenweisen Wiedereingliederungsmaßnahme konnte dieser Wiedereingliederungsprozess niedrigschwelliger beginnen und die zeitlich wie inhaltlich schrittweise Belastungssteigerung flexibler gestaltet werden. Daher war es möglich, dass die Rehabilitand:innen anteilig in der Reha-Klinik ihrem Therapieprogramm folgten und, unterstützt von der Fachkraft für betriebliche Intervention, bereits erste Einarbeitungsschritte in einem betrieblichen Umfeld zurücklegten. Diese außerklinischen beruflichen Erprobungsmaßnahmen konnten sich dabei grundsätzlich sowohl auf den bisherigen Arbeitsplatz als auch einen Fremdbetrieb richten.

Die Einleitung derartiger externer Belastungserprobungen oblag der Fachkraft für betriebliche Intervention: Für eine Belastungserprobung am bisherigen Arbeitsplatz war es ihre Aufgabe, Kontakt zum Arbeitgeber aufzunehmen und die Rehabilitand:innen an ihren Arbeitsplatz zu begleiten, um die Möglichkeiten einer

stundenweisen Arbeitstätigkeit, in der Regel parallel zur rehabilitationsklinischen Behandlung, mit dem Betrieb zu klären. Für eine externe Belastungserprobung in einem Fremdbetrieb war die Akquise geeigneter kliniknaher Betriebe oder Institutionen und die weitere Abstimmung zu inhaltlich teilhabeorientierten Arbeitsaufgaben und zeitlichen Belastung (z.B. auch zu Pausenregelungen) sowie die weitere Begleitung Aufgabe der Fachkraft für betriebliche Intervention.

Ziel war es, bis zu einer zweiten RTW-Konferenz die Möglichkeiten auszuloten, den Interventionschwerpunkt von der medizinischen Behandlung schrittweise auf Interventionen am Arbeitsplatz der Rehabilitand:innen oder externe Belastungserprobungen in einem Fremdbetrieb zu verlagern.

Dazu stellte die Fachkraft für betriebliche Intervention sicher, dass zu der nächsten RTW-Konferenz alle Informationen zum Arbeitsplatz der Betroffenen (Fragebögen: Berufliche Anforderungen & Arbeitsplatzbedingungen, BAA; PAL, Relevanz-Profil der einzelnen Arbeitsanforderungen) vorlagen.

Zweite Return-to-Work-Konferenz (RTW-K)

Eine zweite RTW-Konferenz, organisiert durch die Fallmanager:in, sollte möglichst zeitnah zur eventuellen zwischenzeitlichen Entlassung der Rehabilitand:in aus der rehabilitationsklinischen Behandlung, etwa zwei bis vier Wochen nach der ersten RTW-Konferenz angesetzt werden.

Sollte die Entlassung der Rehabilitand:in aus der rehabilitationsklinischen Behandlung vor der zweiten RTW-Konferenz terminiert worden sein, waren die üblichen rehabilitationsklinischen Aufgabestellungen, wie in der Regelversorgung auch, zu erledigen, etwa Empfehlungen zur ambulanten GKV-Versorgung sowie Abschlussgespräch und Berichtserstellung.

Fand die zweite RTW-Konferenz erst nach Beendigung der rehabilitationsklinischen Behandlung statt, sollten die in der ersten RTW-Konferenz bestimmten Bezugstherapeut:in und -ärzt:in je nach Bedarf teilnehmen. Zur Bedarfsklärung nahm das Fallmanagement etwa eine Woche vor dem Konferenztermin telefonisch Kontakt mit der Rehabilitationsklinik auf und erläuterte den aktuellen Stand der BETA-MeH-Betreuung, z.B. die zwischenzeitlich vervollständigten arbeitsplatzbezogenen Informationen. Ergaben sich daraus Problemstellungen, zu deren Lösung die medizinisch-therapeutische Expertise benötigt wurde, wurden die klinische Bezugstherapeut:in bzw. -ärzt:in einbezogen. Um deren Teilnahme zu erleichtern, sollte die RTW-Konferenz entweder wiederum in der Rehabilitationsklinik oder in hybrider Form (Zuschaltung per Video in sonstige Räumlichkeiten) stattfinden.

Weitere Teilnehmende waren wiederum die Rehabilitand:in und die Fachkraft für betriebliche Intervention, die sich auch für die Teilnahme einer Vertretung

der Arbeitgeberseite einsetzte. Für den Austausch mit dem Arbeitgebenden waren hinsichtlich krankheitsbezogener Informationen die mit den Rehabilitand:innen abgestimmte „Vereinbarung zur Weitergabe gesundheitsbezogener Daten an den Betrieb“ (**Abb. 2, Anhang 2**) maßgeblich. Zusätzliche Informationen, wie sie für die Erreichung von Wiedereingliederungszielen notwendig sein können, mussten jeweils mit den Betroffenen abgestimmt werden. Wiederum mit den Rehabilitand:innen abzustimmen war der Besprechungsablauf (s.o., von Beginn an gemeinsame Besprechung aller Beteiligten, Vorbesprechung von Rehabilitand:innen und therapeutischem Team vs. separater Besprechung von Arbeitgebenden und therapeutischem Team). Um die Teilnahme eines Arbeitgebenden zu erleichtern, sollten hybride Konferenzformen angeboten oder, je nach Gegebenheiten, die Arbeitsstelle als Konferenzort gewählt werden.

Inhaltlicher Schwerpunkt der zweiten RTW-Konferenz war die Auswertung der bisherigen medizinstherapeutischen und berufsorientierten bzw. gegebenenfalls betrieblichen Maßnahmen und weitere Aufstellung der RTW-Planung. Folgende Ziele wurden verfolgt:

- Fortschreibung bzw. Anpassung der RTW-Zielvereinbarungen aus der 1. RTW-Konferenz hinsichtlich des schrittweisen Wiedereingliederungsprozesses:
 - weitere Planung der zeitlichen wie inhaltlichen Belastungsstufen mit Anpassungsmöglichkeiten
 - daraus folgt: individuelle Dauer des Wiedereingliederungsprozesses, die eine fortlaufende Dokumentation des tatsächlichen Verlaufs notwendig macht
- Regelungen zu Pausen-Management
- Eventuell LTA-Anregungen.

Handlungsleitend für die RTW-Planungsperspektive, insbesondere die Planung des schrittweisen Wiedereingliederungsprozesses waren:

- möglichst kleinstufiger Beginn, dabei
- Berücksichtigung des Arbeitswegs
- langsame Steigerung zeitlicher sowie inhaltlicher Belastungsstufen
- individuelle Vorgehensweise je nach Leistungssteigerung /-verbesserung.

Die verbindliche Ausarbeitung des RTW-Plans erfolgte möglichst in Übereinstimmung aller Akteure. Da der Erfolg der Wiedereingliederung zentral auch von der positiven Mitwirkung des Arbeitgebenden abhängt, war dessen grundsätzliche Zustimmung notwendig. Daher war insgesamt eine konsensuale Entscheidungsfindung für den weiteren RTW-Prozess wesentlich.

Um die Übereinstimmung der Beteiligten für die abschließenden RTW-Zielvereinbarungen zu dokumentieren, wurde ein entsprechendes Dokument (vgl. **Abb. 4 und Anhang 3**) genutzt, das sowohl von der Rehabilitand:in, einer Vertretung der Arbeitgeberseite als auch der Fachkraft für betriebliche Intervention, unterzeichnet wird.

Ziel der BETA-MeH-Maßnahme: Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz

bei schrittweiser Wiedereingliederung/vgl. Stufenplan

- Festlegung Arbeitsumfang (h/Tag)
- Pausenregelung
- inhaltliche Anpassung
- besondere Absprachen

Abb. 4: RTW-Zielvereinbarung zwischen Rehabilitand:in, Arbeitgebervertretung und BETA-MeH-Begleitung

Die Ergebnisdokumentation der zweiten RTW-Konferenz war Aufgabe des Fallmanagements.

Betriebliche Intervention (nach 2. RTW-Konferenz bis max. 12 Monate)

Schwerpunkt des BETA-MeH-Projekts war eine möglichst zügig einsetzende, arbeitsplatzbezogene Betreuung und Unterstützung der Rehabilitand:innen, gesteuert durch die Fallmanager:innen und therapeutisch eng begleitet durch die Fachkräfte der betrieblichen Intervention, die maximal 12 Monate dauern konnte.

Nach der Schwerpunktverlagerung der Rehabilitand:innen-Betreuung von der rehabilitationsklinischen Behandlung hin zu einer arbeitsplatzbezogenen Betreuung durch die Fachkräfte für betriebliche Intervention waren die Rehabilitationskliniken nur noch punktuell in die BETA-MeH-Intervention involviert, sofern:

- eine GKV-Weiterbehandlung in einzelnen funktions-therapeutischen Bereichen erfolgte
- es zu einer Wiederaufnahme von Rehabilitand:innen kam, bei denen sich während ihrer betrieblichen Erprobung die Notwendigkeit einer erneuten, intensiven neurorehabilitativen Trainingsphase ergab. Voraussetzung für eine solche Maßnahme war eine weitere RTW-Konferenz, bei der abzuklären war, inwieweit durch rehabilitationsklinisches Training arbeitsplatzbezogene Leistungsverbesserungen realistisch zu erreichen waren. Dabei konnten der inhaltliche Fokus wie z.B. die Einübung in kompensatorische Gedächtnisstrategien oder Training komplexerer Bewegungsabläufe ebenso entscheidend sein wie die im klinischen Rahmen zu bewerkstellenden Bedingungen einer geschützten, ruhigen Lernumgebung mit der Möglichkeit intensiver Wiederholung. Unter BETA-MeH-Bedingungen kann eine derartige tagesklinische Betreuung der ausschließliche therapeutische Schwerpunkt sein. Auch die Frequenz der therapeutischen Einheiten kann flexibel, je nach Bedarf organisiert werden. Möglich ist z.B. die Aufnahme für einen einzelnen Tag, eine Behandlung für je einen Tag in der Woche über einen längeren Zeitraum, oder eine ein- bis zweiwöchige Intensivtherapie.

Auch nach der zweiten RTW-Konferenz oblag dem Fallmanagement die weitere Steuerung der BETA-MeH-Intervention. Inhaltlich bezog sich dies auf:

- Verfügbarkeit als übergeordnete Ansprechpartner:innen der Rehabilitand:innen
- Erhebung (z.B. im Rahmen eines Hausbesuchs) notwendiger weiterer Leistungen, die für Erhalt des Arbeitsplatzes notwendig sind: z.B. Familienhilfen, Haushaltshilfe, Schuldnerberatung
- Organisation und Einbeziehung weiterer notwendiger, flankierender Therapien (Physio-, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie) unter Nutzung eines regionalen Netzwerkes
- Einbeziehung der Hausärzt:innen bzw. Fachärzt:innen
- regelmäßigen Austausch mit der Fachkraft für betriebliche Intervention
- in Abstimmung mit der Fachkraft für betriebliche Intervention Einberufung weiterer RTW-Konferenzen je nach Bedarf, u. a.
 - nach den ersten 2–3 Wochen nach Start des schrittweisen Wiedereingliederungsprozesses
 - wegen Prüfung der Wiederaufnahme einer rehabilitationsklinischen Behandlung.

Die zentrale Anforderung an die Fachkraft für betriebliche Intervention bestand in der Begleitung von Maßnahmen des schrittweisen, in flexiblen Belastungsstufen gestaltbaren Wiedereingliederungsprozesses. Die Prüfung der Einhaltung bzw. Anpassungsnotwendigkeit der im RTW-Plan niedergelegten zeitlichen wie inhaltlichen Belastungsstufen und weiterer Regelungen war Aufgabe der Fachkraft für betriebliche Intervention. Anpassungen oder Änderungen des ursprünglichen RTW-Plans waren mit dem Fallmanagement und über diesen gegebenenfalls mit dem betreuenden (haus)ärztlichen Dienst abzustimmen und als Fortschreibung des RTW-Prozesses zu dokumentieren.

Zu Beginn des schrittweisen Wiedereingliederungsprozesses wurden die Rehabilitand:innen durch die FBI an den Arbeitsplatz begleitet.

Im weiteren Verlauf folgten für die FBI weitere Arbeitsplatzbesuche, die auch den Kontakt mit Vertretern des Betriebs wie Vorgesetzten oder Kolleg:innen einschlossen. Ebenso zu berücksichtigen war die Einbindung von Beauftragten für Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM), Betriebsärzt:innen und gegebenenfalls Schwerbehinderten-Beauftragten. Diese arbeitsplatzbezogenen Kontakte, die persönlich vor Ort oder über Telefonate bzw. Mails erfolgen konnten, wurden jeweils als Teil einer Verlaufsdocumentation des gesamten Wiedereingliederungsprozesses dokumentiert. Therapeutisch sorgt eine derartige Dokumentation für Transparenz der Interventionselemente, die Betroffene, meist in gemeinsamer Reflexion mit den Fachtherapeut:innen, bedarfsorientiert nachvollziehen können.

Wenn die individuelle und unmittelbare Unterstützung am Arbeitsplatz durch die Fachkraft für betriebliche Intervention nicht ausreichten, war in Einzelfällen die Initiierung und Begleitung von (Teil-)Qualifizie-

rungsmaßnahmen, ggf. in einer (Förder-)Einrichtung, grundsätzlich möglich, um zu einem späteren Zeitpunkt die Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz einzuleiten. Aufgabe der Fachkraft für betriebliche Intervention bei einer derartigen Fallkonstellation war es, die Qualifizierungsmaßnahme entsprechend dem individuellen Bedarf zu organisieren und die Umsetzung und Anpassung der neu erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten an die konkreten Bedingungen des Arbeitsplatzes zu unterstützen.

Unabhängig von der Maßnahmenart waren ein regelmäßiger Austausch und das Angebot von Hilfestellungen wesentliche Kennzeichen der begleitenden Tätigkeit der Fachkraft für betriebliche Intervention.

Im Rahmen der Hilfestellung sollte die Fachkraft für betriebliche Intervention zu Beginn einen täglichen Austausch mit den Rehabilitand:innen ermöglichen. Der Kontakt konnte dabei auch telefonisch oder per Videochat gehalten werden, wenn eine tägliche persönliche Begegnung nicht möglich oder je nach Besonderheiten des Wiedereingliederungsprozesses an den bisherigen Arbeitsplatz nicht sachgerecht war. Bei anfangs höherer Frequenz sollte diese Kontaktaufnahme seitens der Fachkraft für betriebliche Rehabilitation bei mindestens einmal wöchentlich liegen. Von Seiten der Rehabilitand:innen war jederzeit eine bedarfsorientierte Kontaktaufnahme (telefonisch oder per Mail) bei Fragen oder arbeitsplatzbezogenen Problemen möglich. Die Fachkraft für betriebliche Intervention sorgte für eine möglichst umgehende Reaktion (am gleichen Tag).

Um den Fortgang der jeweiligen betrieblichen Rehabilitationsmaßnahme vor allem hinsichtlich möglicher Leistungsveränderungen zu dokumentieren, führten die Rehabilitand:innen täglich ein Protokoll ihres Einsatzes, das u. a. durch Skalenabfragen zum Belastungsempfinden einfach und zeitökonomisch durchzuführen war (vgl. **Abb. 5** und **Anhang 4**).

Tagesprotokoll /schrittweise Wiedereingliederung

- tägliche Arbeitszeit von ... bis
- Arbeitsinhalte
 - _ gleichbleibend _ Besonderheiten
- Eigene Leistungsbeurteilung (fünfstufige Skala)
 - Allgemeine Belastung
 - Belastung durch Schmerzen/sprachliche/motorische/ Gedächtnis-(Aufmerksamkeitsanforderungen)
- Besonderheiten im Tagesablauf
- Sonstiges
- Gesundheitsbezogene Termine

Abb. 5: Inhalte des Tagesprotokolls (Eigendokumentation der Rehabilitand:innen)

Neben kurzen Angaben zur täglichen Arbeitszeit und -inhalten sollten die Rehabilitand:innen auf einer fünfstufigen Skala einschätzen, wie belastet sie sich dabei fühlten. Einzuschätzen waren Belastungen allgemeiner Natur sowie Belastungen, die durch ein krank-

heitsbedingtes Kernsymptom (z. B. Wortabrufstörungen, Fatigue, Merkbeeinträchtigungen) entstanden. Ziel dieser doppelten Selbsteinschätzung war es, die subjektive Wahrnehmung berufsbezogener Leistungsgrenzen zu verfeinern. Die Erfahrung einer Wortabrufstörung beispielsweise kann je nach Kontext, etwa gegenüber Vorgesetzten in einer halböffentlichen Sitzung, die eigene Leistungswahrnehmung nachhaltig negativ bestimmen und die eher positiven Erfahrungen allgemeiner Leistungsfähigkeit in vielen anderen Arbeitssituationen ungünstig überdecken. Welche Funktionsbeeinträchtigung auf dem täglichen Leistungsprotokoll als zentrales, berufsbezogenes Defizit fokussiert wird, legten Rehabilitand:in und Fachkraft für betriebliche Intervention gemeinsam fest. Die Anleitung zur Führung dieser Tagesprotokolle war Aufgabe der FBI, ebenso die regelmäßige, wochen- bzw. monatsweise Evaluation gemeinsam mit den Rehabilitand:innen, um deren täglich abgegebene Belastungseinschätzungen in ihrer möglichen Entwicklung zu erfassen.

Des Weiteren dienten diese Tagesprotokolle der Dokumentation von Kontakten und Besuchen bei Haus- oder Facharzt:innen, Neuropsycholog:innen, und Heilmittelerbringer:innen (Physio-, Ergotherapie, Logopädie). Entsprechende Termine waren generell bei allen zu planenden arbeitsplatzbezogenen BETA-MeH-Maßnahmen durch die Fachkraft für betriebliche Intervention zu berücksichtigen.

Die Tagesprotokolle und die weitere Dokumentation von Kontakten mit Rehabilitand:innen und dem Betrieb waren die Grundlage für den regelmäßigen Austausch mit dem Fallmanagement, das Einsicht in die Dokumente erhielt. Hilfestellungen seitens der Fachkraft für betriebliche Intervention umfassten:

- Beratung zu optimiertem Einsatz digitaler Arbeitsmittel (Sitzposition, Abstand zum Monitor, Kontrastdarstellung u.ä.)
- Klärung des möglichen Einsatzes technischer Hilfsmittel
- Beratung zu arbeitsplatzbezogenem kompensatorischem bzw. adaptivem Verhalten
- Vermittlung von Techniken der Störungsabwehr
- Beratung zu einem pausenstrukturierten Arbeitsstil
- Beratung zur krankheitsbezogenen Kommunikation gegenüber Kolleg:innen (bei Fragen zu nicht-sichtbaren Leistungsbeeinträchtigungen, zur Prognose u.ä.).

Konfliktmanagement und Umgang mit Interventionsabbrüchen

In allen Konfliktfällen galt, dass eine konsensuale Lösung angestrebt werden sollte. Bei konflikthafter Entwicklung des RTW-Prozesses, wie:

- keine weitere Leistungssteigerung möglich
 - vermehrt Fehlerrückmeldung seitens des Betriebs
 - Motivationsverlust der Rehabilitand:innen
- sollte die Fachkraft für betriebliche Rehabilitation zeit-

nah Kontakt mit dem Fallmanagement aufnehmen, um Lösungsmöglichkeiten zu beraten, z. B.

- die Einberufung einer weiteren RTW-Konferenz
- einen Arbeitsplatzbesuch zur Verhandlung mit dem Arbeitgebenden
- die Anpassung des RTW-Plans
- die Sichtung von Herausforderungen in anderen Lebensbereichen und Entwicklung von Unterstützungsangeboten
- eine Wiederaufnahme in der Reha-Klinik.

Die Anregung zur Wiederaufnahme in der Reha-Klinik konnten auch weitere Personen bzw. Institutionen geben:

- die Rehabilitationsklinik selbst, falls die Rehabilitand:innen dort noch ambulant Therapie erhielten
- niedergelassene Ärzt:innen und Therapeut:innen, die die Rehabilitand:innen während der betrieblichen Intervention weiter betreuten.

Sofern die RTW-Konferenz-Anregung von den letztgenannten Akteuren ausging, konnten diese auch zur Teilnahme an der RTW-Konferenz eingeladen werden (Organisation durch das Fallmanagement).

Sollte in einer eigens einberufenen RTW-Konferenz keine konsensuale Entscheidungsfindung aller Beteiligten erreicht werden, waren die unterschiedlichen Sichtweisen detailliert zu dokumentieren. Die Letztentscheidung für das weitere Vorgehen oblag dem Fallmanagement.

Hauptrisiko für einen Abbruch der BETA-MeH-Intervention war eine wirksame Kündigung des Arbeitsverhältnisses und der nachfolgende Arbeitsplatz-Verlust der Rehabilitand:innen. Weitere Abbruchgründe betrafen:

- Nicht-Erfüllung der Einschlusskriterien (z. B. Umzug außerhalb Modellregion, veränderte Arbeitsmarktprognoze, eigene Kündigung)
- Eigener Wunsch/Motivationsabfall
- Unterbrechung der Intervention aus gesundheitlichen Gründen mit (interkurrenter) Akutbehandlung (v. a. stationär) um mehr als 14 Tage.

Zeichnete sich der Abbruch der Intervention ab, war durch das Fallmanagement eine RTW-Konferenz einzurichten. In dieser klärten die Leistungserbringer gemeinsam mit den Rehabilitand:innen, inwiefern der Abbruch der BETA-MeH-Maßnahme zu verhindern war. Gelingt dies nicht, sollte unverzüglich Kontakt zur Refachberatung der zuständigen Rentenversicherung aufgenommen und der vorliegende Fall sowie bereits besprochene Handlungsmöglichkeiten vorgestellt werden. Die Refachberatung klärte anschließend die verwaltungsseitigen Voraussetzungen verschiedener Optionen der Regelversorgung. Parallel wurde durch das Fallmanagement eine RTW-Konferenz organisiert. Hier sollte die Überleitung in die Regelversorgung gemeinsam mit der Refachberatung und den Interventionsteilnehmenden besprochen werden.

Abschluss der BETA-MeH-Maßnahme

Die Dauer der BETA-MeH-Intervention konnte bis zu 12 Monate betragen, richtete sich jedoch flexibel am tatsächlichen Verlauf der begleiteten Rückkehr an den Arbeitsplatz der Rehabilitand:innen aus.

Die Intervention galt als erfolgreich beendet, wenn die Ziele der BETA-MeH-Behandlung so weit erreicht waren, dass eine sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen wurde.

Zum Interventionsabschluss war die Fachkraft für betriebliche Intervention für ein Re-Assessment hinsichtlich eines Profilageichs von Arbeitsplatzanforderungen zu aktuellem Leistungsvermögen verantwortlich. Dazu wurde der Fragebogen PAL nochmals vorgegeben, um mögliche Verbesserungen der berufsbezogenen Leistungsfähigkeit zu dokumentieren, sowohl in der Selbsteinschätzung der Rehabilitand:innen als auch in der Fremdeinschätzung der begleitenden Fachkraft für betriebliche Rehabilitation, wie sie durch deren arbeitsplatzbezogene Beobachtungen möglich war. Um mögliche Anpassungen der Arbeitsanforderungen im Verlauf erfassen und für die Rehabilitand:in therapeutisch sichtbar machen zu können, wurde auch die Relevanz der einzelnen Teilleistungen nochmals erhoben, wiederum sowohl in der Selbsteinschätzung der Rehabilitand:innen als auch der Fremdeinschätzung der Fachkraft für betriebliche Intervention. Weiter führte die Fachkraft für betriebliche Intervention zunächst mit den Rehabilitand:innen Abschluss-Interviews durch, die therapeutisch als abschließender reflektierender Rückblick auf die gesamte Intervention dienten. Erfragt wurde dabei das Ausmaß der Zielerreichung, Angemessenheit der RTW-Planung (etwa hinsichtlich anfänglicher Stundenzahl und inhaltlichem Anforderungsniveau, deren Steigerungsverlauf), Zufriedenheit mit der therapeutischen Begleitung und der erreichten beruflichen Situation sowie Verbesserungsvorschläge. Auch mit dem Arbeitgebenden wurden Zielerreichungs-Interviews zum Abschluss der Intervention durchgeführt (vgl. **Abb. 6** und

Beurteilung des Mitarbeitenden auf einer fünfstufigen Skala:

- A) berufliches Fachwissen.
- B) Arbeitsqualität (Sorgfalt, Güte der Ausführung, Fehler o. Ä.)
- C) Arbeitstempo (Geschwindigkeit der Ausführung, Leistung pro Zeit o. Ä.)
- D) Ausdauer (Durchhaltevermögen, Arbeitstempo o. Ä.)
- E) Arbeitsverhalten (Motivation, Fähigkeit, sich auf neue Situation, unbekannte Kollegen einzustellen o. Ä.)

Ergebnis des bisherigen Verlaufs der beruflichen Wiedereingliederung:

- Mitarbeiter:in arbeitet im bisherigen Arbeitsfeld weiter ohne wesentliche Änderungen
- Mitarbeiter:in arbeitet im bisherigen Arbeitsfeld weiter bei Anpassungen von Arbeitsinhalten und/oder Arbeitszeit (Beschreibung)
- Mitarbeiter:in arbeitet nach einer innerbetrieblichen Umsetzung weiter in einem neuen Arbeitsfeld
- Mitarbeiter:in ist derzeit nicht ausreichend einsatzfähig, weil (Begründung)

Abb. 6: Inhalte des Abschluss-Interviews mit dem Arbeitgeber

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 61–72 | <https://doi.org/10.14624/NR2601001> | © Hippocampus Verlag 2026

BETA-MeH: Goals, actors, and processes of the intervention

D. Claros-Salinas, W. Schupp, A. Thomas

Abstract

Objectives: The primary objective of the rehapro model project “Needs-focused participation in working life for people with acquired brain injuries” was to improve the vocational participation of people with acquired brain injuries (MeH) by restoring and stabilizing their earning capacity. Secondary objectives included reducing the burden on social security systems by avoiding disability pensions and improving the quality of life of the rehabilitation patients.

Actors: BETA-MeH focuses on individual, vocational-oriented support to people with acquired brain injuries. This is provided by the clinical rehabilitation team, a case manager (FM), coordinating the reintegration process timely and continuously, and a specialist in workplace intervention (FBI) who ensures early involvement of the employer and provides therapeutic support to the patients during their gradual reintegration into their previous workplace.

Intervention process: BETA-MeH is based on a close-to-home concept in which case management and specialists for workplace intervention are already involved during clinical rehabilitation. In return-to-work (RTW) conferences (in which representatives of the clinical team, a case manager, a specialist for workplace intervention, the rehabilitee him- or herself, and at the earliest possible stage the employer participate) resources and barriers for returning to work are discussed to develop an RTW plan. During a maximum of 12 months of BETA-MeH support, this RTW plan is adapted and optimized as needed in further RTW conferences. According to the previous neurological phase model phase D (medical rehabilitation) is followed by phase E (vocational rehabilitation). In BETA-MeH this sequence is replaced by a cross-sectoral coupling of phases D and E to form a flexible, needs-oriented complex service.

Keywords: neurorehabilitation, medical-vocational rehabilitation, vocational rehabilitation, case management, intersectoral cooperation, employer involvement, needs-based complex services

Anhang 5), die dessen Rolle als mitgestaltendem Akteur nachhaltig stärken und klare Ausgangspunkte für das weitere Arbeitsverhältnis setzen sollten. Die Ergebnisse dieser Befragungen trug die Fachkraft zu Beschlussfassungen hinsichtlich möglicher Anpassungen von Arbeitszeit oder -inhalten bei, wie sie in einer abschließenden RTW-Konferenz beraten wurden.

Diese abschließende RTW-Konferenz organisierte das Fallmanagement, sobald sich ein Interventionsende abzeichnete bzw. spätestens nach 12 Monaten, unter Teilnahme der Rehabilitand:in, der Fachkraft für betriebliche Intervention, einer Vertretung des Betriebs und dem Fallmanagement selbst. Mögliche Anpassungen hinsichtlich Arbeitszeit und -inhalten wurden abschließend besprochen und dokumentiert.

Im Anschluss führte das Fallmanagement ein Gespräch mit den Rehabilitand:innen unter Beteiligung der Fachkraft für betriebliche Intervention. Hier wurden alle Befunde und Dokumente (z.B. Tagesprotokolle) gebündelt und eine gemeinsame Rückschau auf die BETA-MeH-Maßnahme gehalten.

Abschließend stellte das Fallmanagement für die erfolgreich beendeten BETA-MeH-Interventionen die

Möglichkeit der nachgehenden Begleitung vor: Im Folgezeitraum von sechs Monaten stand das Fallmanagement für dringende Nachfragen der Rehabilitand:innen bereit. In Fällen, in denen die Dauer der BETA-MeH-Intervention noch nicht die maximal vorgesehenen 12 Monate erreicht hatte, konnte das Fallmanagement im Rahmen der nachgehenden Begleitung gegebenenfalls Maßnahmen einleiten, wie sie für den Interventionszeitraum allgemein möglich waren, z. B. eine Rückführung in eine rehabilitationsklinische Behandlung zur Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit oder eine erneute Unterstützung durch die Fachkräfte für betriebliche Intervention.

Wenn die Rehabilitand:innen keine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Sinne einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit erreichen konnten, musste die BETA-MeH-Intervention nach der Maximal-Dauer von 12 Monaten abgeschlossen werden. Auch mit den nicht-erfolgreichen BETA-MeH-Teilnehmenden führte die Fachkraft für betriebliche Intervention zum Interventionsabschluss ein Re-Assessment des Profilageichs Arbeitsplatzanforderungen vs. aktuelles Leistungsvermögen durch, sowohl bezüglich der Selbsteinschätzung der Rehabilitand:innen als auch der Fremdeinschätzung aufgrund der arbeitsplatzbezogenen Beobachtungen und möglichen Anpassungen von Arbeitsanforderungen. Ebenso durchgeführt wurden die erwähnten Zielerreichungs-Interviews zum Abschluss der Intervention.

Das Fallmanagement lud zu einer abschließenden RTW-Konferenz ein. In dieser wurde beraten, welche Optionen einer beruflichen Teilhabe für die Rehabilitand:innen noch bestanden. Das Fallmanagement beriet abschließend zur Überleitung in die Regelversorgung und vermittelte etwa den Kontakt zu Refachberater:innen der Deutschen Rentenversicherung.

Literatur

1. Claros-Salinas D. Berufliche Teilhabe und Wiedereingliederung in der Neurorehabilitation. Fortschritte der Neuropsychologie (Vol. 25). Göttingen: Hogrefe Verlag 2023
2. Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der deutschen Rentenversicherung. Berlin 2019
3. Schwarz B, Claros-Salinas D, & Streibel M. Meta-synthesis of qualitative research on facilitators and barriers of return to work after stroke. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2018; 28(1): 28-44
4. Streibel, M. Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). *Die Rehabilitation* 2009; 48(03): 135-144
5. Streibel M, & Puhlemann L. Das Anforderungsprofil MBOR in der Version 2019. *Prax Klin Verhaltensmed Rehab* 2020; 33(112): 14-23
6. Streibel M, Zollmann P, Rasch L, Schimichowski J, & Schmitz S. Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund neurologischer Erkrankungen. *Die Rehabilitation* 2023; 62(01): 22-30

Das Material des Anhangs kann über info@hippocampus.de per E-Mail angefordert werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Dolores Claros-Salinas
Claros-Salinas/Schupp/Thomas GbR
Münzgasse 12
78462 Konstanz
dclarossalinas@aol.com