

# Erste Ergebnisse der BETA-MeH-Studie

A. Blaudszun-Lahm<sup>1</sup>, F. Eierdanz<sup>1</sup>, J. Hoffmann<sup>1</sup>, R. Osranek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Technologie und Arbeit e.V., Kaiserslautern

## Zusammenfassung

Eine komplexe innovative Rehabilitationsstrategie, wie sie in BETA-MeH betrachtet wird, auf ihre Wirksamkeit hin zu untersuchen, ist aus wissenschaftlicher Sicht methodisch schwierig. Der hohe wissenschaftliche Anspruch (randomisierte kontrollierte Studie mit Parallelgruppendesign) trifft in einer im Arbeitsalltag verankerten Studie immer wieder auf die Realität. Der Beitrag erläutert, wie mit solchen Herausforderungen umgegangen werden kann, um Machbarkeit,

Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des neuen Rehabilitationsansatzes zu überprüfen. Erste Ergebnisse, wenngleich bei noch niedrigen Fallzahlen, zeigen höhere Return-to-Work-Quoten bei den Teilnehmenden der Interventions- als bei denen der Kontrollgruppe sowie positivere Werte bei wichtigen Aspekten der Lebensqualität wie Angst und Depression.

**Schlüsselwörter:** Neurorehabilitation, Machbarkeit, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit, Ergebnisse

## Konzeption und zentrale Fragestellungen der wissenschaftlichen Begleitung in BETA-MeH

Ausgangspunkt des Projekts BETA-MeH ist die Fragestellung, wie einer Unter- bzw. Fehlversorgung von Personen mit erworbener Hirnschädigung begegnet werden kann, für die eine einfache, unbegleitete Stufenweise Wiedereingliederung (StW) nicht ausreichend ist, um nach einer medizinischen Rehabilitation an ihren Arbeitsplatz zurückkehren zu können.

Mit der wissenschaftlichen Begleitung soll eine Evidenzlücke geschlossen werden, indem gemessen wird, ob die auf interdisziplinärer und intersektoraler Kooperation basierende und auf eine frühe berufliche Wiedereingliederung ausgerichtete Rehabilitationsstrategie eine höhere Rückkehrquote an den bestehenden Arbeitsplatz ermöglicht. Zudem sollen monetäre Aufwände wie auch nicht-monetäre Größen wie beispielsweise die zeitlichen Aufwände beteiligter Akteure berücksichtigt werden. Zur Feststellung dieser Aspekte wurde die Studie in drei Teilstudien unterteilt: Machbarkeits-, Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsstudie; diese dienen der Ableitung von Übertragbarkeits- und Verstetigungspotentialen sowie der Reflexion in der Fachöffentlichkeit.

Im Wesentlichen verfolgt die wissenschaftliche Studie das Ziel, eine Entscheidungsgrundlage zu schaffen, ob der innovative Rehabilitationsansatz geeignet ist, 20% mehr Teilnehmende beruflich wieder einzugliedern und somit Frühverrentungen zu vermeiden. Neben dieser quantitativen Erhebung sollen Befragungen zur Verbesserung der individuellen Ressourcen wie bspw. zur Lebensqualität, Teilhabe und eingeschätzten Arbeitsfähigkeit sowie Befragungen zur Verringerung persönlicher Einschränkungen wie Depression, Angst und Fatigue Hinweise auf die subjektiv erlebte Lebenssituation liefern. Dieser multiperspektivische Ansatz beruht

auf einem systemischen Verständnis des arbeits- und lebensweltlichen Kontextes.

Um Unterschiede zwischen dem bisherigen etablierten und dem neuen, zu erprobenden Rehabilitationsprozess abbilden zu können, wird ein Kontrollgruppendesign umgesetzt, das die Rekrutierung von jeweils 120 Personen pro Gruppe anstrebt. Aufgrund der Komplexität und der Dauer des Projektvorhabens ist das Vorgehen iterativ: Steuerungsrelevante Zwischenergebnisse und -erkenntnisse werden im Projektverlauf immer wieder im Sinne einer formativen Evaluation diskutiert und zur Anpassung notwendiger Änderungen im Hinblick auf das Gesamtziel genutzt.

Im Folgenden werden die drei Teilstudien und bislang gewonnene Erkenntnisse vorgestellt.

### Die Machbarkeitsstudie

Die Machbarkeitsstudie ist der Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsstudie zeitlich vorangestellt und dient der Zusammenführung von erfolgsrelevanten Aspekten des innovativen Reha-Ansatzes und Erkenntnissen zum Zugang zur Zielgruppe zu Beginn des Modellprojektes. Hierzu sollten in einer Erprobungsphase zunächst 40 Rehabilitand:innen der teilnehmenden Reha-Kliniken in die Machbarkeitsstudie einbezogen werden, um sowohl die Rekrutierungs- als auch die Rehabilitationsstrategie, den sogenannten „Interventionsprozess“, zu erproben.

Im Einzelnen sollten Erkenntnisse aus qualitativen Inhaltsanalysen der geführten Interviews, Dokumentenanalysen und statistische Berechnungen bspw. zu Häufigkeitsverteilungen Hinweise auf notwendige Anpassungen des Projektvorhabens und des Studiendesigns liefern.

Nachfolgend werden vier zentrale Fragestellungen der Machbarkeitsstudie erläutert. Die Erkenntnisse dazu werden im Abschnitt Ergebnisse vorgestellt:

### 1. Ist die Rekrutierungsstrategie geeignet, um eine ausreichende Anzahl an Studienteilnehmenden zu erreichen?

Die Rekrutierungsstrategie zielte zunächst darauf ab, sicherzustellen, dass die gewünschte Zielgruppe auch tatsächlich für die Studie gewonnen werden kann. Hierzu wurde ein Screeningverfahren in den teilnehmenden Reha-Kliniken eingeführt, bei dem alle neu aufgenommenen Personen anhand vereinbarter Ein- und Ausschlusskriterien daraufhin geprüft wurden, ob sie als potenzielle Studienteilnehmer:innen in Frage kommen. Die Anzahl nicht erkannter, aber für die Studie geeigneter Rehabilitand:innen sollte so gering wie möglich sein, gleichzeitig sollte der Screening-Prozess den regulären Ablauf in den Reha-Kliniken so wenig wie möglich stören. Folgende Auswahlkriterien sollten sicherstellen, eine teilnehmende Personengruppe für die Studie zu definieren, die eine größtmögliche Wirksamkeit der Rehabilitationsstrategie abbilden kann:

- Hauptdiagnose aus den Diagnosegruppen Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma und akuter, entzündlicher Erkrankungen des Zentralen Nervensystems
- bestehender Arbeitsplatz und
- nicht älter als 63 Jahre
- positive Erwerbsprognose, aber
- notwendige berufsbezogene Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung
- voraussichtlicher Status nach Entlassung aus der Reha-Klinik: arbeitsunfähig

Um belastbare Vergleiche anstellen zu können, ob die zu erprobende neue Rehabilitationsstrategie besser als das bisher etablierte Rehabilitationsverfahren dazu geeignet ist, Erwerbsminderungsrenteneintritte zu vermeiden, müssen sich die beiden Gruppen (Interventionsgruppe und Kontrollgruppe) anhand ausgewählter Kriterien gleichen, wobei die Fallzahl aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe für statistische Berechnungen ausreichend hoch sein muss. Die Anzahl sogenannter Drop outs, also bereits rekrutierte Rehabilitand:innen, die die Studienteilnahme abbrechen, sollte so niedrig wie möglich sein.

### 2. Kann der Reha-Prozess durch die Interventionsstrategie bedarfsfokussiert koordiniert werden?

Zur Bewertung der Bedarfsfokussierung im Rehabilitationsprozess wurden zum einen (Teil-)Prozesse dahingehend betrachtet, ob sie effizient gestaltet sind, Schnittstellen gut gelöst und Verzögerungen in Abläufen weitgehend vermieden werden können. Zum anderen wurden die verschiedenen Akteure (Rehabilitand:innen, Rehabilitationsklinik, Fallmanagement, Fachkraft für betriebliche Intervention) nach ihrer Einschätzung der bedarfsfokussierten Zusammenarbeit und der Abstimmung von Maßnahmen in einem multiprofessionellen Team gefragt. Aufgrund vielfältiger Gestaltungsmöglichkeiten des Begriffes „bedarfsfokussiert“ wurden die betreffenden Akteure in qualitativen Interviews befragt

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 128–144 | <https://doi.org/10.14624/NR2601003> | © Hippocampus Verlag 2026

### Initial results of the BETA-MeH study

A. Blaudszun-Lahm, F. Eierdanz, J. Hoffmann, R. Osranek

#### Abstract

From a scientific point of view, it is methodologically difficult to investigate the effectiveness of a complex, innovative rehabilitation strategy such as the one considered in BETA-MeH. In a study anchored in everyday working life, high scientific standards (randomized controlled trial with parallel group design) repeatedly come up against reality. The article shows how such challenges can be addressed in order to assess the feasibility, effectiveness and cost-effectiveness of the new rehabilitation approach. Initial results, albeit based on a small number of cases, show higher return-to-work rates among participants in the intervention group than in the control group, as well as more positive scores on important aspects of quality of life such as anxiety and depression.

**Keywords:** Neurorehabilitation, feasibility, effectiveness, economic efficiency, results

(anstelle standardisierter Fragebögen). Erst dadurch wurde die Umsetzung der Bedarfsfokussierung verständlich und bewertbar.

### 3. Ermöglicht die Intervention eine betriebliche Wiedereingliederung?

Bei der Bewertung dieser Frage ging es sowohl um die Dauer einzelner Teilprozesse, die zur Verfügung stehenden unterstützenden Arbeitsmaterialien als auch um eine Bewertung, wie die beteiligten Akteure (Rehabilitand:innen und Arbeitgeber) die arbeitsbezogene Vorbereitung und Begleitung an den vorbestehenden Arbeitsplatz durch die Fachkraft für betriebliche Intervention erlebten. Der auf Kooperation ausgelegte Interventionsprozess erfordert von der Fachkraft für betriebliche Intervention, Vertrauen zu schaffen, die individuellen Bedarfe der Rehabilitand:innen richtig zu erkennen, ggf. auch eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung zu besprechen, Arbeitsanpassungen, Dauer und Stundenumfang des Stufenplans daran auszurichten und gleichzeitig die durch den Arbeitgeber formulierten Anforderungen und die des Arbeitsumfelds bspw. in Bezug auf Kolleg:innen mit zu berücksichtigen. Zu den zur Verfügung gestellten Arbeitsmaterialien gehören u.a. Tagesprotokolle, die durch Rehabilitand:innen geführt werden und im Verlauf des Wiedereingliederungsprozesses u.a. Hinweise auf Herausforderungen und Überlastungen geben können. Die von Fachkräften für betriebliche Intervention geführten und protokollierten Gespräche ermöglichen, den Reha-Verlauf zu dokumentieren und wichtige Informationen in die RTW-Konferenzen einfließen zu lassen. Mit den Rehabilitand:innen und den Arbeitgebern wurden bspw. anhand entsprechender Dokumente gemeinsame Zielvereinbarungen getroffen, um einen strukturierten und transparenten Ablauf der Wiedereingliederung abzustimmen.

#### 4. Ist die Intervention konzeptionell umsetzbar?

Die Frage nach der konzeptionellen Umsetzbarkeit bezieht sich zum einen auf die Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams und inwieweit dies auch bei komplexen Reha-Verläufen funktioniert, sowie auf das Gelingen einer kooperativen Einbindung des Arbeitgebers in den Reha-Prozess. Zum anderen wird auf die den Interventionspartner:innen zur Verfügung stehenden Materialien wie bspw. ein Interventionsmanual, Handlungsleitfäden und ein RTW-Planungstool fokussiert und die Frage, ob diese die Integration in den Arbeitsalltag unterstützen.

In Bezug auf die inhaltliche Bewertung der eingesetzten Erhebungen wie bspw. des Profilvergleichs von Arbeitsanforderungen und Leistungsvermögen (PAL) [1] und Befragungen, bspw. zu Lebensqualität und -zufriedenheit, wurde erfragt, inwieweit die eingesetzten Erhebungen für die jeweilige Fragestellungen relevante Informationen lieferten und im Arbeitsalltag der Interventionspartner:innen bzw. im Lebensalltag der Rehabilitand:innen handhabbar waren.

#### Die Wirksamkeitsstudie

Überlappend zur Machbarkeitsstudie startete die Wirksamkeitsstudie im Juli 2023 nach Abschluss der Erprobungsphase. Mit der Wirksamkeitsstudie wurden zwei Evaluationsebenen verfolgt: Die Ergebnisevaluation und die Evaluation der Prozess- und Strukturqualität.

#### Ergebnisevaluation

Bei der Ergebnisevaluation wird die Wirksamkeit der Intervention hinsichtlich spezifischer Ergebniskriterien überprüft. Als primäre Zielkriterien werden Kriterien bezeichnet, die mit dem Ziel der Intervention unmittelbar zusammenhängen. Hierzu gehören:

1. die häufigere Rückkehr in Erwerbsarbeit um 20%: Personen der Zielgruppe, die eine Rehabilitation gemäß der RTW-Reha-Strategie BETA-MeH durchlaufen haben, kehren nach Beginn der Intervention um 20% häufiger wieder in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis zurück als Personen der Regelversorgung (Kontrollgruppe).
2. die nachhaltigere Rückkehr in Erwerbsarbeit: Die Rückkehr in Erwerbsarbeit der Personen in der Interventionsgruppe ist zeitlich dauerhafter im Vergleich zu Rehabilitand:innen in der Gruppe Regelversorgung (Kontrollgruppe).

Berechnet wird hierbei neben der Rückkehrquote, ob die Anzahl der Tage nach RTW bis zum Zeitpunkt 18 Monate nach Beginn der Reha bei Personen in der Interventionsgruppe höher ist als bei Personen der Kontrollgruppe. Zudem wird der Stellenumfang in beiden Gruppen erhoben.

Zu den sekundären Zielkriterien gehören die Verbesserung der persönlichen Ressourcen, d.h. 18 Monate

nach Beginn der Intervention sollten Lebensqualität, soziale Teilhabe, Arbeitsfähigkeit und Erwerbsprognose höher eingeschätzt werden als in der Kontrollgruppe. Gleichzeitig sollten die wahrgenommenen Einschränkungen wie Angst, Depressivität und mentale Fatigue im Vergleich zur Kontrollgruppe 18 Monate nach Beginn der Intervention geringer bewertet werden.

#### Evaluation der Prozess- und Strukturqualität

In Bezug auf die Prozess- und Strukturqualität des Interventionsprozesses wird dieser sowohl im Gesamten als auch in seinen einzelnen Teilprozessen (rehabilitativer Prozess, betriebliche Intervention, Fallmanagement) inklusive der Schnittstellen bewertet. Im Fokus steht dabei zum einen die Frage nach der Zufriedenheit der Akteure mit der erlebten Effektivität, zum anderen die Prozessbewertung von Fallmanagement, Fachkräften für betriebliche Intervention und Reha-Klinik in Bezug auf Effizienz und Effektivität.

#### Die Wirtschaftlichkeitsstudie

Die Wirtschaftlichkeitsbetrachtung erfordert zwei Perspektiven: Zum einen wird die Perspektive der Deutschen Rentenversicherung (DRV) eingenommen, zum anderen die der Leistungserbringer Reha-Klinik, Fallmanagement und betriebliche Intervention.

#### Die Ebene der Deutsche Rentenversicherung

Mit der Wirtschaftlichkeitsstudie sollen wissenschaftlich fundierte Aussagen zu drei Fragen generiert werden:

1. **Liegen die Interventionskosten über/unter den Kosten vergleichbarer Einzelleistungen?**  
Hierzu werden Daten der DRV, die gemäß KTL (Katalog Therapeutischer Leistungen) aufgeschlüsselt sind, in Kombination mit Kostendaten ausgewertet. Es wird ein Vergleich der Interventionsgruppen-Daten mit denen der Kontrollgruppe und einer sogenannten historischen Kontrollgruppe<sup>1</sup> durchgeführt. Im Fokus steht hier eine Bewertung der in der Studie pauschal vereinbarten Interventionskosten.
2. **Liegen die Interventionskosten über/unter den Kosten für die Leistungskette, die die Zielgruppe derzeit (durchschnittlich) erhält?**  
Anhand von DRV Daten zu erbrachten Leistungen (KTL) und damit verbundenen Kosten wird eine Auswertung mit Fokus auf Kosten der gesamten Leistungskette, die ein:e Rehabilitand:in durchläuft, durchgeführt. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund ggf. unterschiedlicher Leistungsketten interpretiert.
3. **Unter welchen Bedingungen (RTW-Quote, Zeithorizont, Opportunitätskosten) bewährt sich eine solche komplexe Intervention wirtschaftlich?**

<sup>1</sup>Diese wird aus Vergleichsdaten der DRV Bund gebildet. Damit wird eine Vergleichsgruppe erzeugt, die aus bereits existierenden Daten besteht anstatt aus neu rekrutierten Teilnehmenden.

Zur Beantwortung dieser Fragestellung werden Kosten-Nutzen-Vergleiche und Modellrechnungen durchgeführt. Zur Veranschaulichung vereinfacht dargestellt: Wenn ein:e Rehabilitand:in vollumfänglich oder teilweise in Arbeit zurückkehrt, fallen nicht nur keine Kosten für (Teil-)Erwerbsminderungsrente an, sondern es werden auch weiterhin Beiträge zur Rentenversicherung eingezahlt. Je jünger ein:e Rehabilitand:in ist und je höher das Einkommen vor dem Ereignis war, desto höher sind die jeweils anfallenden Beträge bis zum regulären Renteneintrittsalter.

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beitrags ist eine Beantwortung dieser Fragen noch nicht möglich. Erst nach der abschließenden Erhebung aller relevanten Daten sind entsprechende Analysen sinnvoll. Dann erst liegen in verwertbarem Umfang Daten der Studienteilnehmer:innen vor.

#### *Die Ebene der Leistungserbringer Reha-Kliniken, Fallmanagement und Fachkraft für betriebliche Intervention*

Aus Sicht der Leistungserbringer soll die Wirtschaftlichkeitsstudie wissenschaftlich fundierte Aussagen dazu generieren, ob sich das fallpauschalenbasierte Vergütungsmodell bewährt:

1. Können die Leistungserbringer mit ihren Beiträgen kostendeckend arbeiten?
2. Werden alle relevanten Leistungen erbracht?

Es werden dazu bei den Leistungserbringern folgende Aspekte bewertet:

- **Kostendeckung bzgl. Fallpauschale in der Interventionsgruppe:** Verglichen werden die Summe der tatsächlich angefallenen DRV-relevanten Kosten mit der Summe der Fallpauschalen in der Interventionsgruppe.
- **Einfacher Kostenvergleich:** Vergleich der Gesamtsummen der DRV-relevanten Kosten der Interventionsgruppe (d. h. hier inkl. der Fallpauschalen, nicht der tatsächlich durchgeführten Maßnahmen) im Vergleich zu denen der Kontrollgruppe.
- **Leistungsprofilvergleich:** Es wird ein qualitativer, explorativer Vergleich von Leistungsprofilen innerhalb und zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe durchgeführt. Zusätzlich werden in Reha-Kliniken quantitativ Leistungen in Bezug auf Anzahl, zeitlichem Umfang und Art der Leistungen zwischen den beiden zu betrachtenden Gruppen verglichen.
- **Investitionen in der Interventionsgruppe / Erbringung relevanter Leistungen:** Bei Reha-Kliniken und Leistungsanbietern für berufliche Rehabilitation und Fallmanagement werden die Gesamtsumme der tatsächlich durchgeführten Maßnahmen mit denen, die bei Rehabilitand:innen der Interventionsgruppe in den RTW-Konferenzen vereinbart wurden, verglichen.

## Methodische Umsetzung

### Allgemeine Voraussetzungen

Der Auftrag, wissenschaftlich fundierte Aussagen zur Wirksamkeit des zu erprobenden Rehabilitationsprozesses zu liefern, um das Erreichen der Projektzielsetzungen überprüfen zu können, erforderte ein besonderes Forschungsdesign und die Klärung ethischer und datenschutzrechtlicher Fragen.

Voraussetzungen des Kontrollgruppendesigns: Bei diesem methodischen Ansatz dient eine Kontrollgruppe, im Projekt BETA-MeH die Gruppe „Regelversorgung“, als Vergleichsreferenz. Sie erhält das seit Jahren etablierte Rehabilitationsverfahren, während die Interventionsgruppe das neue, zu erprobende Rehabilitationsverfahren durchläuft. Aussagen zur Wirksamkeit beruhen auf dem Vergleich zwischen beiden Gruppen. Aufgrund der Heterogenität der zu betrachtenden Zielgruppe „Menschen mit erworbener Hirnschädigung“ sind für zuverlässige, datenbasierte Aussagen zur Wirksamkeit eines Rehabilitationsansatzes ausreichend große Kollektive in beiden Gruppen notwendig. Vorgesehen waren 120 Personen pro Gruppe.

Randomisierung: Es wird ein experimentelles Studiendesign mit geschichtet randomisierten Gruppen gewählt: Die Randomisierung, d. h. die Zuweisung zu einer der beiden Gruppen erfolgt nach dem Zufallsprinzip, nachdem die Rehabilitand:in über ein Screeningverfahren in der Reha-Klinik entsprechend der Einschlusskriterien als geeignet für die Studie identifiziert wurde, von einem Arzt oder einer Ärztin über die Studie aufgeklärt wurde und letztlich die Teilnahme mit ausreichender Bedenkzeit zugesagt hat. Um eine bewusste oder unbewusste Steuerung durch das rehaklinische Team zu vermeiden, erfolgt die Zuweisung zu einer der beiden Gruppen erst nach Zusage der Rehabilitand:in an der Studienteilnahme und von externer Stelle (der Projektsteuerung) (**Abb. 1**).

### Längsschnittliche Betrachtung durch mehrere Messzeitpunkte

Für die Effektmessung sind drei Messzeitpunkte vorgesehen:

- Eintritt in die Studie = t0
- 12 Monate nach Rehabeginn (und Höchstdauer der Intervention) = t1
- Nach 18 Monaten der Studienteilnahme = t2

Zum Zeitpunkt t0 erhalten die Rehabilitand:innen einen Fragebogen zur Lebensqualität, den Fragebogen SIMBO-C [7, 8] und die Befragung PAL [1] (nur Gruppe Intervention). Der Fragebogen Lebensqualität enthält Erhebungen verschiedener Konstrukte: Persönliche Lebensqualität, Fatigue, Depression, Angst, Soziale Unterstützung, Bedeutung der Arbeit sowie Arbeitsmo-

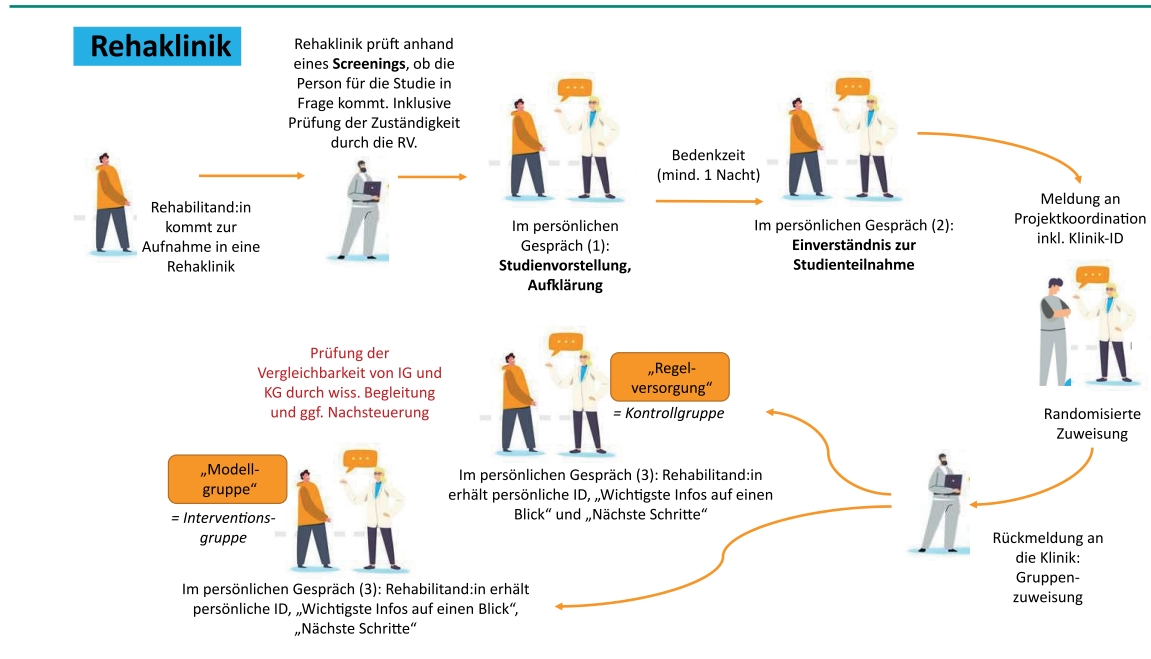


Abb. 1. Prozess der Aufnahme in die Studie und der randomisierten Zuweisung zu einer der beiden Studiengruppen

tivation. Wenngleich die Überschrift Lebensqualität mit Blick auf die verschiedenen Inhalte des Fragebogens sehr verkürzt erscheint, so brauchte es doch für die Rehabilitand:innen eine kurze und dennoch verständliche Benennung des Fragebogens. Die Aufzählung aller Konstrukte im Titel hätte möglicherweise zur Überforderung oder Sorge bei Teilnehmenden geführt. Mit diesem Titel sollte eine niedrigschwellige Orientierung gegeben werden, worum es in dem Fragebogen geht.

Zusätzlich wird die Befragung PAL [1] bei Rehabilitand:innen der Interventionsgruppe auch als Fremdeinschätzung durch die Reha-Klinik durchgeführt und dient als Profilabgleich der Vorbereitung auf die 1. RTW-Konferenz.

### Operationalisierung

Um die vorliegenden Fragestellungen untersuchen zu können, müssen zentrale Konstrukte messbar gemacht, d.h. operationalisiert werden. Ein wesentliches Konstrukt ist das primäre Zielkriterium Return to Work (Rückkehr an den Arbeitsplatz, kurz: RTW). Maßgeblich ist dabei, dass die betreffende Person in eine stabile Beschäftigung zurückgeht und die Erwerbsminderungsrente verhindert wird. Das heißt im Detail folgendes:

- Die Person ist mindestens drei Monate am Stück beschäftigt.
- Dies ist auch nach 18 Monaten ab Beginn der Studie der Fall.
- Es handelt sich um eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit<sup>2</sup> unabhängig davon, ob es sich um Teil-

zeit oder Vollzeit handelt. Die Anzahl der Arbeitsstunden spielt keine Rolle.

- Eine Teilerwerbsminderungsrente ist möglich, wenn gleichzeitig eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit besteht.

Zur Erhebung der sekundären Zielkriterien Angst, Depression, Fatigue und subjektiv eingeschätzte Lebensqualität konnte auf bestehenden diagnostischen Instrumenten aufgebaut werden.

**Angst** bezeichnet ein anhaltendes Gefühl von Besorgnis, innerer Anspannung und Nervosität, das nicht direkt auf eine konkrete Bedrohung zurückzuführen ist. In der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) [3], einem Fragebogen zur Selbsteinschätzung, wird Angst als subjektives Erleben psychischer und körperlicher Unruhe erfasst. Dabei stehen Symptome wie übermäßige Sorgen, Anspannung, Reizbarkeit und Schlafstörungen im Vordergrund. Der HADS-D misst Angst unabhängig von körperlichen Erkrankungen und ermöglicht so eine differenzierte Erkennung von psychischem Belastungs-erleben, insbesondere im klinischen Kontext.

**Depression** beschreibt einen Zustand anhaltender Niedergeschlagenheit, Interessensverlust und verminderter Lebensfreude. In der Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D) [6] wird Depression als psychisches Erleben ohne stärkere körperliche Symptome wie Appetit- oder Gewichtsschwankungen erfasst. Der Fokus liegt auf zentralen Merkmalen wie Freudlosigkeit, Antriebsmangel und dem Gefühl innerer Leere. Die HADS-D ermöglicht so eine zuverlässige Einschätzung depressiver Symptome, besonders bei Menschen mit körperlichen Erkrankungen, ohne dass deren somatische Beschwerden das Ergebnis verzerren.

<sup>2</sup> Wenn es sich bei der Tätigkeit um einen sog. Minijob oder Midijob handelt, werden diese Fälle gesondert betrachtet, können jedoch nicht im Sinne der Operationalisierung als erfolgreicher Return to Work berücksichtigt werden.

**Fatigue** bezeichnet ein anhaltendes Gefühl körperlicher und geistiger Erschöpfung, das sich auch durch Ruhe oder Schlaf nicht ausreichend bessert. In der Fatigue Severity Scale – Deutsche Version (FSS-D) [4] wird Fatigue als subjektiv empfundene Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Alltag erfasst. Die Skala misst, wie stark Müdigkeit Aktivitäten, Motivation und soziale Teilhabe beeinträchtigt. Dabei steht nicht kurzfristige Erschöpfung, sondern eine belastende, langanhaltende Müdigkeit im Mittelpunkt, wie sie häufig bei chronischen oder neurologischen Erkrankungen auftritt.

**Lebensqualität** bezeichnet das subjektive Wohlbefinden und die Zufriedenheit in zentralen Lebensbereichen. Der QOLIBRI (Quality of Life after Brain Injury) [6] erfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität speziell bei Menschen nach einer Hirnschädigung. Dabei werden kognitive, emotionale und körperliche Einschränkungen ebenso berücksichtigt wie die persönliche Autonomie, soziale Beziehungen und das allgemeine Lebensgefühl. Der QOLIBRI misst, wie Betroffene ihr Leben trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen erleben, und liefert ein umfassendes Bild ihrer psychischen und sozialen Lebenssituation.

Die einzelnen Items zentraler Dimensionen sind in **Tabelle 1** wiedergegeben.

### Beschreibung der Stichprobe

In die Studie (Erprobung der BETA-MeH Intervention) konnten, wie **Abbildung 2** zeigt, gemäß der Einschlusskriterien bis zum aktuellen Zeitpunkt *insgesamt 91 Personen* aufgenommen werden (57 Personen in der Interventionsgruppe, 34 in der Kontrollgruppe), von denen *43 Personen* die Studie beendet haben (unabhängig vom Erfolg) und 24 sich aktuell noch in der Studie befinden (Stand: September 2025). Trotz der vorgenommenen Anpassungen bei der Rekrutierungsstrategie zeichnet sich ab, dass die Stichprobengröße erheblich unter der angestrebten Zahl von 240 bleiben wird.

24 der insgesamt 91 Teilnehmenden brachen ihre Teilnahme ab, davon 18 in der Interventionsgruppe (31,6% anteilig an der Gesamtgröße der Interventionsgruppe) und 6 in der Kontrollgruppe (17,6% anteilig an der Gesamtgröße der Kontrollgruppe). Die Gründe waren sehr unterschiedlich. Nur ein geringer Anteil der Abbrüche hätte vermieden werden können, beispielsweise durch eine bessere Aufklärung der Studienteilnehmenden oder durch eine bessere Zusammenarbeit der Interventionspartner:innen. Die Mehrheit der größtenteils medizinisch begründeten Abbrüche hätten nicht vermieden werden können. Es lagen keine auffälligen, mehrfach vorkommenden Abbruchursachen vor, die durch das Studiendesign erzeugt wurden. Aufgrund der Komplexität einer derartigen Rehabilitation, der besonderen Lebenslage der Zielgruppe und des aufwändigen

**Tab. 1:** Kerndimensionen zur Prüfung der Wirksamkeit in BETA-MeH (sekundäre Zielkriterien)<sup>3</sup>

#### Angst

Quelle: Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version, HADS-D

*Cronbachs Alpha: 0,82 (n = 53)*

Items:

- Ich fühle mich angespannt oder überreizt.
- Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.
- Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.
- Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.
- Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.
- Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.
- Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.

Beantwortung: Verbalisierte 4-stufige Antwortskala

#### Depression

Quelle: Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version, HADS-D

*Cronbachs Alpha: 0,86 (n = 53)*

Items:

- Ich fühle mich angespannt oder überreizt
- Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.
- Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.
- Ich fühle mich glücklich.
- Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.
- Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.
- Ich blicke mit Freude in die Zukunft.
- Ich kann mich an einem guten Buch, eine Radio- oder Fernsehsendung freuen.

Beantwortung: Verbalisierte 4-stufige Antwortskala

#### Fatigue

Quelle: Fatigue Severity Scale - Deutsche Version, FSS

*Cronbachs Alpha: 0,93 (n = 52)*

Items:

- Ich habe weniger Motivation, wenn ich erschöpft bin.
- Körperliche Betätigung führt zu mehr Erschöpfung.
- Ich bin schnell erschöpft.
- Die Erschöpfung beeinflusst meine körperliche Belastbarkeit.
- Die Erschöpfung verursacht Probleme.
- Meine Erschöpfung behindert körperliche Betätigung.
- Die Erschöpfung behindert mich in meiner Ausführung bestimmter Aufgaben und Pflichten.
- Die Erschöpfung gehört zu den drei mich am meisten behindernden Beschwerden.
- Die Erschöpfung hat Einfluss auf meine Arbeit, meine Familie bzw. mein soziales Leben.

Beantwortung: 7-stufige Antwortskala mit verbalisierten Antwortpolen: 1 - trifft gar nicht zu / 7 - trifft voll zu

#### Persönliche Lebensqualität

Quelle: in Anlehnung an QOLIBRI - Fragebogen zur Lebensqualität nach einer Hirnschädigung

*Cronbachs Alpha: 0,81 (n = 59)*

Items:

- Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit ihrer körperlichen Verfassung?
- Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer geistigen Leistungsfähigkeit in Bezug auf Ihre Konzentrations-, Gedächtnis- oder Denkfähigkeit?
- Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Gefühlsleben?
- Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen?
- Sind Sie insgesamt mit Ihren engeren Beziehungen und Ihrem gesellschaftlichen Leben?
- Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer derzeitigen Situation und Ihren Zukunftsaussichten?

Beantwortung: 5-stufige Antwortskala: Überhaupt nicht / etwas / mittelmäßig / ziemlich / sehr

<sup>3</sup> Auszug der erhobenen Dimensionen ohne die zusätzlich abgefragten Konstrukte soziale Unterstützung, Bedeutung der Arbeit und Arbeitsmotivation

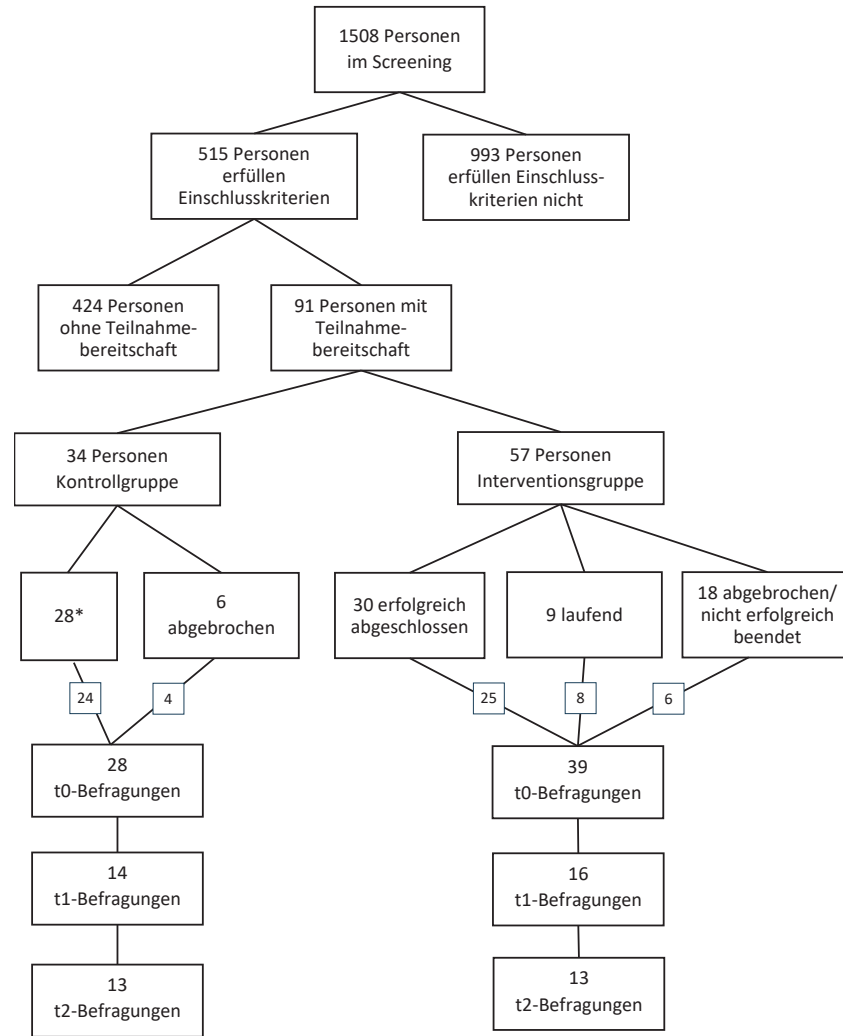


Abb. 2: Anzahl von Personen im Verlauf des Rekrutierungs- und Reha-Prozesses. Die Verteilung der noch laufenden oder abgeschlossenen bzw. der erfolgreichen und nicht erfolgreichen Fälle ist in der Kontrollgruppe zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht in der Form ersichtlich wie in der Interventionsgruppe. Dazu sind Daten der DRV-Statistik erforderlich, die erst zu einem späteren Zeitpunkt vorliegen.

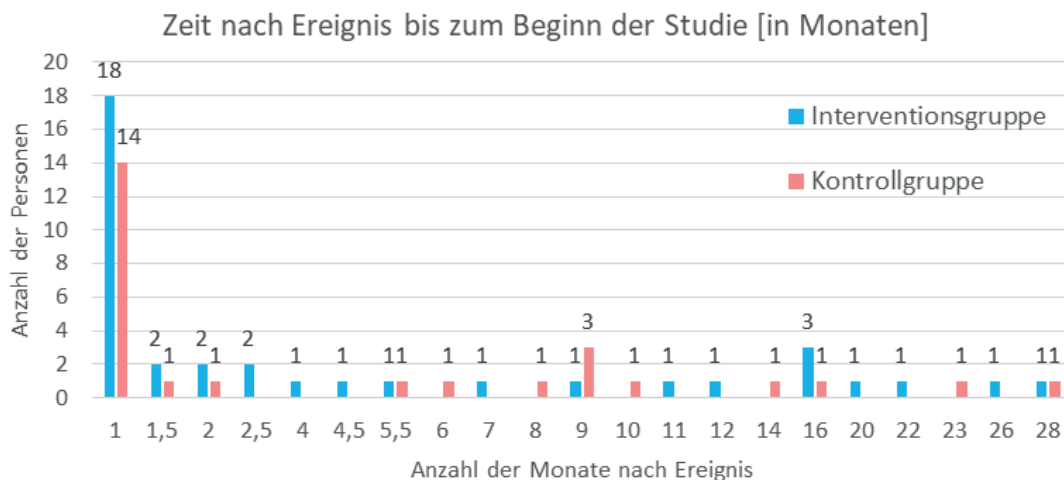


Abb. 3. Zeit nach Ereignis bis zum Beginn der Studie in Monaten

Studiendesigns mit langer Laufzeit ist die Abbruchquote von 26 % nachvollziehbar. [5, 2]

39 der 67 Personen (58 %) waren der Studiengruppe „Intervention“ zugeordnet und erhielten damit die Komplexeleistung, 28 Personen (42 %) durchliefen die Regelversorgung und bildeten die Kontrollgruppe. Während die Geschlechterverteilung in beiden Gruppen sehr ähnlich ist (vgl. **Tab. 2.1**), gibt es in der Altersverteilung der Regelversorgung zum aktuellen Studienzeitpunkt einen etwas erhöhten Anteil älterer Teilnehmer:innen (vgl. **Tab. 2.2**).

Hinsichtlich der Diagnosen bilden die größte Gruppe Rehabilitand:innen nach Schlaganfall und zwar in beiden Studiengruppen. Dies zeigt die Ähnlichkeit beider Gruppen hinsichtlich der Diagnosen (vgl. **Tab. 2.3**). Unabhängig von der Studiengruppe macht diese Gruppe 76,1 % der Personen aus.

Blickt man auf die verstrichene Zeit zwischen dem Ereignis der Hirnschädigung bis zum Eintritt der Personen in die Studie, so ergibt sich hier eine große Spanne zwischen den Fällen. Dies variierte zwischen einem Monat und 28 Monaten – also mehr als zwei Jahren – wobei in beiden Studiengruppen das Zeitintervall von einem Monat mehrfach vorkam, während sich andere Varianten stark verteilten (vgl. **Abb. 3**).

Anhand **Tabelle 2.4** ist ersichtlich, dass sich die Erwerbssituationen der Teilnehmenden in den beiden Studiengruppen zum Beginn der Studie nicht wesentlich unterscheiden, gemessen anhand der vorliegenden SIMBO-C Daten [7, 8]. In beiden Gruppen ist die Mehrheit der Personen ganztätig berufstätig.

Sehr ähnlich verhält es sich auch mit der ebenfalls im SIMBO-C enthaltenen Frage, wie sich jeweilige die Person die eigene berufliche Zukunft vorstellt. In beiden Gruppen gibt die Mehrheit der Personen (um die 80 %) an, dass sie davon ausgehen, in ihrem Beruf weiterhin arbeiten zu können (vgl. **Tab. 2.5**).

Mehrheitlich in beiden Gruppen sind Personen mit einer abgeschlossenen dualen Ausbildung vertreten, gefolgt von Personen mit einem Hochschulstudium bzw. dualen Studium. Auch hier zeigt sich, dass die beiden Studiengruppen als annähernd gleich betrachtet werden können, da sich die zahlenmäßige Verteilung des Bildungsabschlusses sehr ähnlich sind (vgl. **Tab. 2.6**).

**Tab. 2:** Beschreibung der Stichprobe

1. Geschlechterverteilung der Rehabilitand:innen			
Geschlecht	Intervention	Kontrollgruppe	Gesamt
Weiblich	13 (19,4 %)	9 (13,4 %)	22 (32,8 %)
Männlich	26 (38,8 %)	19 (28,4 %)	45 (67,2 %)
Gesamt	39 (58,2 %)	28 (41,8 %)	67 (100 %)
2. Altersverteilung der Rehabilitand:innen			
bis 44 Jahre	11 (16,4 %)	3 (4,5 %)	14 (20,9 %)
45 – 49	7 (10,4 %)	4 (6,0 %)	11 (16,4 %)
50 – 54	5 (7,5 %)	6 (9,0 %)	11 (16,4 %)
55 – 59	10 (14,9 %)	8 (11,9 %)	18 (26,9 %)
ab 60	6 (9,0 %)	7 (10,4 %)	13 (19,4 %)
Gesamt	39 (58,2 %)	28 (41,8 %)	67 (100 %)
3. Diagnosen			
Schlaganfall	28 (41,8 %)	23 (34,3 %)	51 (76,1 %)
Schädel-Hirn-Trauma	5 (7,5 %)	1 (1,5 %)	6 (9,0 %)
Entzündung (Hirn + Multiple Sklerose)	4 (6,0 %)	0 (0,0 %)	4 (6,8 %)
Gutartige Tumore	1 (1,5 %)	4 (6,0 %)	5 (7,5 %)
Sonstiges	1 (1,5 %)	0 (0,0 %)	1 (1,5 %)
Gesamt	39 (58,2 %)	28 (41,8 %)	67 (100 %)
4. Erwerbssituation der beiden Studiengruppen zum Beginn der Studie			
Ganztätig berufstätig	24 (35,8 %)	22 (32,8 %)	46 (68,7 %)
mind. halbtags berufstätig	4 (6,0 %)	1 (1,5 %)	5 (7,5 %)
weniger als halbtags berufstätig	0 (0,0 %)	1 (1,5 %)	1 (1,5 %)
Aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	1 (1,5 %)	0 (0,0 %)	1 (1,5 %)
Zwischensumme	29 (43,3 %)	24 (35,8 %)	53 (79,1 %)
Keine Angaben	10 (14,9 %)	4 (6,0 %)	14 (20,9 %)
Gesamt	39 (58,2 %)	28 (41,8 %)	67 (100 %)
5. Verteilung der Vorstellungen zur beruflichen Zukunft je Studiengruppe			
dass ich in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann	22 (32,8 %)	19 (28,4 %)	41 (61,2 %)
dass ich eine Rente beantragen/ bekommen werde	0 (0,0 %)	1 (1,5 %)	1 (1,5 %)
dass ich krankgeschrieben werde	0 (0,0 %)	1 (1,5 %)	1 (1,5 %)
weiß ich noch nicht	4 (6,0 %)	3 (4,5 %)	7 (10,4 %)
Zwischensumme	26 (38,8 %)	24 (35,9 %)	50 (74,6 %)
Keine Angaben	13 (19,4 %)	4 (6,0 %)	17 (25,4 %)
Gesamt	39 (58,2 %)	28 (41,8 %)	67 (100 %)
6. Verteilung des Bildungsabschlusses je Studiengruppe			
Duale Ausbildung	23 (34,3 %)	18 (26,9 %)	41 (61,2 %)
Hochschulstudium/Duales Studium	10 (14,9 %)	3 (4,5 %)	13 (19,4 %)
Fachhochschulstudium (Ausland)	1 (1,5 %)	0 (0,0 %)	1 (1,5 %)
Ohne Abschluss	2 (3,0 %)	2 (3,0 %)	4 (6,0 %)
Nicht bekannt	3 (4,5 %)	5 (7,5 %)	8 (12,0 %)
Gesamt	39 (58,2 %)	28 (41,8 %)	67 (100 %)

## Ergebnisse

### Ergebnisse zur Machbarkeit

Nachfolgend werden entsprechend der oben aufgeführten vier Fragestellungen zentrale Ergebnisse der Machbarkeitsstudie vorgestellt. Die Ergebnisse, die in **Tabelle 3** aufgeführt sind, beziehen sich nur auf die Machbarkeitsstudie (Stand 31.12.2024).

**Tab. 3:** Datengrundlage der Machbarkeitsstudie (Stand: 31.12.2024)

Datengrundlage:	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe	
	laufend:	erfolgreich abgeschlossen:	abgebrochen/nicht erfolgreich:	laufend / beendet:	abgebrochen:
Zielgruppenerreichung Machbarkeitsstudie		11	3	6	2
Dokumentenanalyse	SIMBO-C (9), PAL (8), Fragebogen Lebensqualität t0 (12), Tagesprotokolle (12), RTW-Konferenz-Dokumentationen (6)				
Interviews mit Rehabilitand:innen (qual. Daten)		7		3	/
Interviews mit Reha-Kliniken (qual. Daten)		5		2	
Interviews mit Fallmanager:innen (qual. Daten)		8		/	/
Interviews mit Fachkräften für die betriebliche Intervention (qual. Daten)		6		/	/
Onlinebefragung mit Arbeitgebenden (qual. Daten)		5 (von beendeten Fällen)		/	/

Hinweis: Die Zahl gibt die jeweilige Anzahl der Personen, der Dokumente oder der betreffenden Erhebungen an

#### 1. Ist die Rekrutierungsstrategie geeignet, um eine ausreichende Anzahl an Studienteilnehmenden zu erreichen?

Nach einer ersten zweimonatigen Pilotierung zeigte sich das Screeningverfahren zwar als geeignet, für die Studie passende Rehabilitand:innen aus der Gesamtzahl aufgenommenen Rehabilitand:innen herauszufiltern. Es zeichnete sich jedoch schon zu diesem Zeitpunkt ab, dass die gewünschte Fallzahl sowohl in der Erprobungsphase (angestrebte N=40) als auch im Gesamtprojekt (angestrebte N=240) vermutlich nicht erreicht werden kann. Um die Zahl der für die Studie zur Verfügung stehenden Rehabilitand:innen zu erhöhen, wurden nach der Erprobungsphase verschiedene Maßnahmen umgesetzt: Bei den Einschlusskriterien wurde die Altersgrenze auf maximal 64 Jahre erhöht, die zugelassenen Diagnosen erweitert, die Modellregion vergrößert und die Anzahl teilnehmender Reha-Kliniken um zwei weitere auf fünf erhöht. Vermeidbaren Absagen zur Studienteilnahme, die im Zusammenhang mit der zeitlich anspruchsvollen Prozessgestaltung gesehen wurden, wurde dadurch begegnet, dass der interventionsbezogene Prozess zwischen Aufnahme der Rehabilitand:innen, Information

und Einbeziehung in die Studie entschleunigt und den Rehabilitand:innen mehr Zeit zwischen Aufnahme und Entscheidung zur Studienteilnahme eingeräumt wurde. Damit kann die Rekrutierungsstrategie als grundsätzlich gut geeignet angesehen werden, obgleich die erreichten Teilnehmendenzahlen unter den Erwartungen zurückbleiben.

#### 2. Kann der Reha-Prozess durch die Interventionsstrategie bedarfsfokussiert koordiniert werden?

Der Rehabilitationsprozess wurde insgesamt als bedarfsfokussiert bewertet. Die Individualisierung und die Erzeugung neuer Schnittstellen (in Bezug auf Fallmanagement, Fachkraft für betriebliche Intervention und Arbeitgeber) im Reha-Prozess erfordert neben der Anpassung etablierter Abläufe auch Offenheit und Bereitschaft zur Kooperation mit anderen Professionen. Bei der interdisziplinären, über Organisationsgrenzen hinweg notwendigen Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure wurde die Etablierung der Return-to-Work-Konferenzen (RTW-Konferenzen) von allen Beteiligten als besonders wertvoll und zielführend erlebt. Eine RTW-Konferenz ist ein etwa einstündiger Abstimmungstermin, bei dem Rehabilitand:in, behandelnde Ärzt:innen und Therapeut:innen der Rehabilitationsklinik, Fallmanagement, Fachkraft für betriebliche Intervention und Arbeitgeber zusammenkommen, um über das weitere Vorgehen zu entscheiden. Nach der Erprobungsphase wurde die Rekrutierung zeitlich entschleunigt, um passenden Rehabilitand:innen eine Entscheidung zur Studienteilnahme zu erleichtern. Je nach zur Verfügung stehendem Zeitfenster zwischen Entscheidung zur Studienteilnahme und erster RTW-Konferenz gestaltete sich die unter Umständen zeitaufwändige Kontaktabstimmung mit dem Arbeitgeber durch die Fachkraft für betriebliche Intervention als schwierig, weshalb eine Teilnahme des Arbeitgebers nicht mehr zwingend vorgesehen war. Zudem erfolgte die Einbeziehung des Arbeitgebers jeweils in enger Abstimmung mit den Rehabilitand:innen und erforderte ein sensibles Abwägen des geeigneten Zeitpunktes. Dennoch gelang es in Einzelfällen, bereits vor der ersten RTW-Konferenz mit dem Arbeitgeber in Kontakt zu treten, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und ihn bzw. sie frühzeitig in den Prozess einzubinden. Vorgesehen war zunächst, dass das rehaklinische Team auch nach der Entlassung der Rehabilitand:innen bei späteren RTW-Konferenzen hinzugezogen werden sollte, um aus fachlicher Sicht den Interventionsprozess zu unterstützen und bspw. über eine vorübergehende Rückführung in die Reha-Klinik mitzuzusprechen. Organisatorisch erwies sich dieses Vorgehen jedoch als schwierig, so dass ab dem Zeitpunkt der Entlassung aus der Reha-Klinik das rehaklinische Team nur noch bei Bedarf hinzugezogen wurde. Darüber hinaus gestaltete sich im Rahmen der Erprobungsphase die multiprofessionelle Kooperation noch zurückhaltend. Es zeigte sich die Notwendigkeit gegen-

seitigen Systemverständnisses über Abläufe und Bedingungen in anderen Organisationen. Auch die Übergabe der Rehabilitand:in nach Beendigung der klinischen Behandlung in den Verantwortungsbereich externer Interventionspartner:innen erzeugte zunächst Unsicherheit über den Verbleib der Rehabilitand:in. Durch das Schaffen einer gemeinsamen Wissensbasis, u.a. durch monatliche Rückmeldungen der Fallmanager:innen zum Verlauf des aktuellen Rehabilitationsprozesses an die Reha-Kliniken, wurde diesem Aspekt begegnet.

Von den Rehabilitand:innen selbst wurde sowohl die rehaklinische Koordination der Rehabilitationsleistungen als auch die koordinierende und begleitende Aufgabe des Fallmanagements mit weitgehend hoher bis sehr hoher Zufriedenheit bewertet. In Bezug auf die Reha-Kliniken wurde dabei besonders die sehr gute Organisation und Koordination der Tagesplanungen hervorgehoben, in Bezug auf das Fallmanagement u.a. die Suche nach geeigneten Therapeut:innen und Ärzt:innen, das Bearbeiten von Formularen, Sprechen über persönliche Angelegenheiten oder der zwischenmenschliche Austausch zur Verbesserung des Wohlbefindens.

Die zwar im Modellprojekt rechtlich mögliche und gewünschte Flexibilisierung der Rehabilitationsleistungen wie bspw. ein früherer Übergang aus der Reha-Klinik in die betriebliche Wiedereingliederung bzw. die Wiederaufnahme der Rehabilitand:in in die Reha-Klinik nach bereits erfolgter Entlassung und Beginn der betrieblichen Wiedereingliederung wurden in der Praxis von rehaklinischer Seite als organisatorisch schwierig bewertet. Gleichzeitig wurde der Schritt der Rückkehr in die klinische Reha nicht in Anspruch genommen. In mehreren Diskussionen zwischen den Interventionspartnern im Rahmen einiger Projekttreffen wurde Unsicherheit darüber geäußert, wie der Prozess einer Rückkehr aufseiten der Reha-Kliniken laufen und finanziert werden sollte. Es kam in einigen wenigen Fällen (<4) vor, dass die rehaklinischen Partner erneut nach der rehaklinischen Zeit in die weitere Interventionsplanung einbezogen wurden, indem diese ihre Expertise zu bestimmten Sachverhalten einbrachten. Dies betraf beispielsweise Themen der Einschätzung, inwiefern bestimmte Schichtmodelle für den betreffenden Rehabilitanden zu bewältigen sind bzw. wie die zukünftige Fahreignung einzuschätzen ist. Eine tatsächliche Wiederaufnahme in die Einrichtung kam nie vor.

### 3. Ermöglicht die Intervention eine betriebliche Wiedereingliederung?

Ergebnisse aus schriftlichen Befragungen und Interviews mit Rehabilitand:innen zeigen, dass sie sich durch die Begleitung der Fachkraft für betriebliche Intervention gut begleitet gefühlt haben und die Mehrheit der Rehabilitand:innen zufrieden war. Für Fachkräfte für betriebliche Intervention erwies sich die arbeitsplatzbezogene Begleitung teilweise als sehr zeitaufwändig oder schwierig, wenn bspw. Rehabilitand:innen im

Schichtdienst, in nicht öffentlich zugänglichen Bereichen (u.a. Reinraum) oder an wechselnden Einsatzorten tätig waren. Arbeitgeber hatten anhand einer Online-Befragung die Möglichkeit, ihre Bewertung anonym abzugeben. Alle Arbeitgeber, die eine Rückmeldung gaben (n=5) fühlten sich in dem Prozess sehr gut mitgenommen und bewerteten den strukturierten, bedarfsbezogenen Prozess als einen Gewinn für alle Beteiligten. Vorliegende Materialien wurden als hilfreich bewertet, fall- und personenabhängig aber sehr unterschiedlich genutzt. Fachkräfte für Intervention berichteten mit Blick auf mindestens vier Fälle, dass das Tagesprotokoll (vgl. Claros-Salinas et al., S. 61) vor allem dann eine besondere Unterstützung war, wenn an Arbeitsplätzen nicht direkt begleitet werden konnte.

### 4. Ist die Intervention konzeptionell umsetzbar?

Der Informationsfluss, fachlicher fallbezogener Austausch und Terminabstimmungen zwischen den Interventionspartner:innen funktionierten ohne Probleme und auf kurzen Wegen. Das Angebot fallbezogener Austauschformate wurde sowohl im Rahmen des sog. „Boxenstopps“, einem offenen monatlichen Onlinetreffen der Interventionspartner:innen, genutzt als auch als Diskussion einzelner komplexer Verläufe, an denen jeweils nur die betroffenen, den Fall einbringenden Interventionspartner:innen sich mit wissenschaftlichen Expert:innen und/oder der DRV-Projektleitung abstimmten. Die verbindliche Einbindung der Arbeitgeber als ein essentieller Bestandteil der Intervention gelang nach einer Prozessanpassung ab der zweiten RTW-Konferenz besser. Es zeigte sich, dass bei einigen Fällen der Zeitpunkt der Arbeitgebereinbindung erst später als zur ersten RTW-Konferenz erfolgen konnte. Demnach ist von Fall zu Fall zu prüfen, welcher Zeitpunkt zur Arbeitgebereinbindung geeignet ist. Es braucht ein gutes Gespür vonseiten des Fallmanagements und der Fachkraft für betriebliche Intervention, wie die Einbindung des Arbeitgebers möglichst früh und dennoch zielförderlich im Sinne des:der Rehabilitand:in erfolgen kann. In der Studie zeigte sich in einigen Fällen die Notwendigkeit, zunächst Vertrauen zum Arbeitgeber bzw. dem Arbeitsumfeld der Rehabilitand:innen und BEM<sup>4</sup>-Beauftragten aufzubauen, um dann in Kooperation mit den Rehabilitand:innen den Wiedereingliederungsprozess gemeinsam zu planen und bedarfsbezogene Anpassungen umzusetzen. Gelang diese kooperierende Abstimmung, wurde die Prozessbegleitung von den Arbeitgebern sehr wertgeschätzt.

Zusammenfassend zeigte die Machbarkeitsstudie, dass der zu erprobende Interventionsansatz umsetzbar ist. Zu den wichtigen Erfolgsfaktoren gehören transparente und gut strukturierte Abläufe. Alle Beteiligten müssen die verschiedenen Interventionspartner:innen bzw. deren Rollen und Aufgaben kennen. Wichtig sind ausreichende Dokumentationen mit Fokus auf die für

<sup>4</sup> BEM: Betriebliches Eingliederungsmanagement der Unternehmen

die Gestaltung der Arbeit der jeweiligen Akteure notwendigen Informationen. Die Einbeziehung der Arbeitgeber zur ersten RTW-Konferenz gelang nur in einzelnen Fällen. Zum einen zeigte sich die Notwendigkeit einer sensiblen, individuelle Abstimmung mit dem:der Rehabilitand:in, vor allem aber erwies sich der Prozess der Arbeitgebereinbindung als zeitaufwändig. Daher wurde die Konzeptvorgabe dahingehend angepasst, dass falls zum Zeitpunkt der ersten RTW-Konferenz bereits eine Vertretung der Arbeitgeberseite verfügbar ist, deren Teilnahme wünschenswert ist.

Erste Ergebnisse mit Blick auf Wirksamkeit

Im Rahmen der Wirksamkeitsstudie sollte das definierte Ziel überprüft werden, dass die Intervention (Komplexleistung) der bisherigen Regelversorgung in Bezug auf die Verbesserung der beruflichen Teilhabe und der Vermeidung von vollständiger Erwerbsminderung überlegen ist. Primäres Zielkriterium ist die versicherungspflichtige Beschäftigung 12 bzw. 18 Monate nach der randomisierten Zuweisung. Angenommen wird, dass die Teilnehmer:innen der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe häufiger wieder versicherungspflichtig beschäftigt sind. Als sekundäre Zielkriterien werden das Niveau von Angst, Depression, Fatigue und persönlicher (subjektiver) Lebensqualität betrachtet.

Die aktuell vorliegenden Ergebnisse der Wirksamkeitsstudie basieren auf der Datengrundlage, die in **Tabelle 4** dargestellt sind.

Mit Blick auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz (Return to Work) nach 12 Monaten in beiden Studiengruppen zeigt sich basierend auf Selbstauskünften in beiden Studiengruppen, dass nach einem Jahr alle 14 Personen der Interventionsgruppe (100%), die zur t1-Befragung (nach 12 Monaten ab Studienbeginn) per standardisierter Befragung eine Rückmeldung gaben, an ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt sind. Im Vergleich hierzu sind in der Gruppe der Regelversorgung nur 9 von 13 Personen (69%) an den Arbeitsplatz zurückgekehrt. Im weiteren Verlauf der Studie mit zunehmender Teilnehmendenzahl werden die Differenzen zwischen beiden Gruppen auch nach 18 Monaten zu betrachten sein, da aufgrund der noch geringen Fallzahl – insbesondere zum Zeitpunkt nach 18 Monaten – schon geringe Unterschiede deutlich ins Gewicht fallen. Mit aller Deutlichkeit muss an dieser Stelle von einer finalen Ergebnisinterpretation Abstand genommen werden. Bei diesen Daten handelt es sich um reine Selbstauskünfte, für die die Studienpersonen eine Eigenmotivation aufbringen müssen (Fragebogen ausfüllen und je nach Wunsch entweder per Post zurücksenden oder über ein Onlinetool beantworten). Das subjektive Erfolgserleben (bzw. Misserfolgserleben) kann die Bereitschaft zur Teilnahme an der standardisierten Befragung erheblich beeinflussen. Daher ist es zwingend notwendig, im weiteren Verlauf auch DRV-Daten heranzuziehen und damit vorhandene Statistiken zu nutzen, die nicht an einen Aufwand für Studienteilnehmende bzw. eine Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung gekoppelt sind. Dass mit Abschluss der Studie alle Teilnehmenden der Interventionsgruppe einen erfolgreichen Return to Work verzeichnen können, wird nicht angenommen. Um einen Eindruck von einer ungefähren Erfolgsquote zu haben, führe man sich folgenden Sachverhalt vor Augen: Mit Blick auf den Erfolg in der Gruppe der Intervention haben zum aktuellen Zeitpunkt 30 Personen die Intervention abgeschlossen und das erfolgreich. Im Verhältnis zu 48 Personen in der Interventionsgruppe sind dies 60% (mit 18 Abbrüchen). Inwiefern die Intervention wirksamer als die Regelversorgung ist, kann nur durch einen Vergleich der DRV-Daten von Interventions- und Kontrollgruppe eingeschätzt werden. Diese Daten liegen – abgesehen von Selbstauskünften – bisher noch nicht vor.

Neben der Tatsache, ob eine Person an ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt ist, ist auch relevant, zu welchem Stellenumfang Studienteilnehmende zurückgekehrt sind. Auch hier ist der positive Effekt – der Stellenumfang ist genauso hoch bzw. fast so hoch wie früher – nach 12 Monaten bei den Teilnehmenden der Intervention größer (64,3%) als in der Gruppe der Regelversorgung (37,5%) (vgl. **Tab. 5 A**). Nach 18 Monaten liegt der Anteil derjenigen mit einem annähernd gleichen Stellenumfang wie vor dem Ereignis in der Interventionsgruppe nur noch bei 50%, bei der Gruppe der Regelversorgung aktuell bei 0%, während 83,3% einen geringeren Stellenumfang haben (vgl. **Tab. 5 B**).

Tab. 4: Datengrundlage der Machbarkeitsstudie (Stand: 30.09.2025)

Datengrundlage	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe	
	laufend:	erfolgreich abgeschlossen:	abgebrochen/nicht erfolgreich:	laufend / beendet:	abgebrochen:
Grundgesamtheit N	57			34	
	9	30	18	28	6
Standardisierte Befragung Baseline (t0)	39			28	
RTW-Quote: Beendigungsmitteilung (Dokumentenanalyse)		30	18		6
RTW-Quote, sekundäre Zielgrößen: standardisierte Befragung nach 12 Monaten	/	16	/**	14	/
RTW-Quote, sekundäre Zielgrößen: standardisierte Befragung nach 18 Monaten	/	13	/	13	/
Sekundäre Zielgrößen: PAL I Selbsteinschätzung Baseline (t0)	/	39	/	/*	/
Sekundäre Zielgrößen: PAL II Selbsteinschätzung nach 12 Monaten	/	14	/	13	/

Hinweis: Die Zahl gibt die jeweilige Anzahl der Personen, der Dokumente oder der betreffenden Erhebungen an. PAL wurde in der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt t0 nicht durchgeführt, da das Instrument ein Teil der Intervention ist. \*\* Personen, die die Intervention nicht erfolgreich abgeschlossen haben, werden ebenfalls befragt. Hierzu liegen noch keine Daten vor.

**Tab. 5:** Stellenumfang nach 12 und 18 Monaten ab Studienbeginn in beiden Studiengruppen

	Intervention	Kontrollgruppe	Gesamt
<b>A t1 nach 12 Monaten Studienbeginn: Wie ist der Stellenumfang jetzt im Vergleich zu der Zeit vor Ihrer Erkrankung?</b>			
Genauso hoch / fast so hoch wie früher	9 (64,3%)	3 (37,5%)	12 (54,5%)
Geringer	5 (35,7%)	5 (62,5%)	10 (45,5%)
Gesamt	14 (100%)	8 (100%)	22 (100%)
<b>B t2 nach 18 Monaten Studienbeginn: Wie ist der Stellenumfang jetzt im Vergleich zu der Zeit vor Ihrer Erkrankung?</b>			
Genauso hoch / fast so hoch wie früher	6 (50,0%)	0 (0,0%)	6 (33,3%)
Geringer	6 (50,0%)	5 (83,3%)	11 (61,1%)
Kann oder möchte ich nicht sagen	0 (0,0%)	1 (16,7%)	1 (5,6%)
Gesamt	12 (100%)	6 (100%)	18 (100%)

Hinweis: Prozentualer Anteil gemessen an der jeweiligen Studiengruppe

Insofern hat sich die Situation in beiden Gruppen nach 18 Monaten verschlechtert, in der Interventionsgruppe jedoch weniger stark. Aufgrund der begrenzten Daten wird der Fortgang der Studie von großer Bedeutung sein, um Effekte deutlicher werden zu lassen.

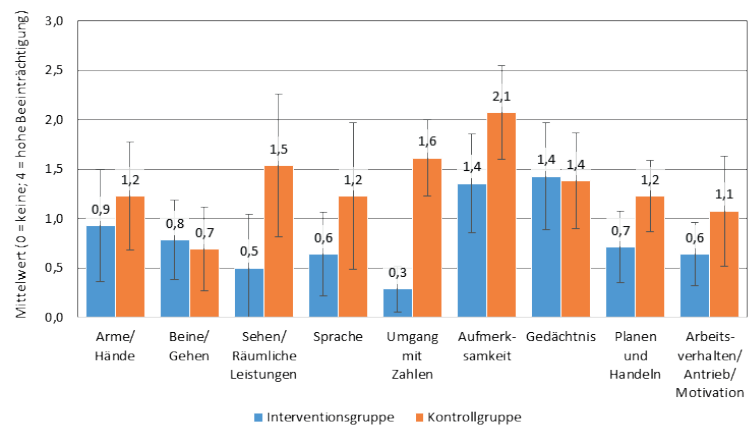
Bei der Frage, in welcher Verfassung sich Studienteilnehmende zu Beginn der Studie und nach einem Jahr hinsichtlich des Erlebens von Angst, Depression, Fatigue und subjektiver Lebensqualität befinden, können zum jetzigen Zeitpunkt nur diejenigen betrachtet werden, die zum Zeitpunkt nach 12 Monaten bereits an ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt sind (Return to work ist erfolgt). Für die übrigen Teilnehmenden muss erst noch die Unterscheidung zwischen abgebrochener Teilnahme und nicht erfolgreicher Rehabilitation gesichert festgestellt werden. Für die erfolgreich an den Arbeitsplatz Zurückgekehrten zeigen sich, je nach Konstrukt, Zeitpunkt und Studiengruppe unterschiedliche Befunde: Bei Angst, Fatigue und Lebensqualität weisen zum Eintritt in die Studie beide Studiengruppen weitgehend ähnliche Mittelwerte auf. Lediglich der Summenwert für Depression ist bei der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe. Werden die Dimensionen Angst und Depression nach 12 Monaten betrachtet, zeigt sich bei der Interventionsgruppe augenscheinlich eine leichte Verbesserung, während beide Werte in der Gruppe der Regelversorgung im Durchschnitt deutlich schlechter werden. Bei der Dimension Fatigue ist der Mittelwert beider Gruppen zum Zeitpunkt nach 12 Monaten etwas erhöht. Die Werte für Lebensqualität steigen in der Interventionsgruppe geringfügig an, während sie sich in der Kontrollgruppe kaum verändern. Diese Ergebnisse beziehen sich aktuell nur auf geringe Fallzahlen und sind daher nur begrenzt aussagefähig (vgl. Tab. 6). Die Mittelwertunterschiede erreichen daher bislang in statistischen Tests keine Signifikanz, weder zwischen den Studiengruppen noch zwischen den Messzeitpunkten.

**Tab. 6:** Mittelwerte der sekundären Zielkriterien in beiden Studiengruppen, jeweils für diejenigen Personen, die zum Zeitpunkt nach 12 Monaten berichteten, bereits an den Arbeitsplatz zurückgekehrt zu sein (Return to work ist erfolgt)

Studiengruppe	Wert	Angst	Depression	Fatigue	Lebensqualität
<b>Studienbeginn (t0)</b>					
Intervention	M	<b>6,57</b>	<b>4,29</b>	<b>3,98</b>	<b>2,17</b>
	n	7	7	6	11
	SD	2,44	2,498	2,146	0,489
Kontrollgruppe	M	<b>6,4</b>	<b>6,6</b>	<b>4,33</b>	<b>1,97</b>
	n	5	5	4	6
	SD	2,191	3,782	1,537	0,733
<b>Nach 12 Monaten (t1)</b>					
Intervention	M	<b>5,77</b>	<b>3,85</b>	<b>4,44</b>	<b>2,69</b>
	n	13	13	11	13
	SD	3,295	3,262	1,845	0,666
Kontrollgruppe	M	<b>10,56</b>	<b>8,56</b>	<b>5,1</b>	<b>2,06</b>
	n	9	9	7	9
	SD	3,941	5,318	2,061	0,559

Hinweis: Die Diskrepanz zwischen den in t0 und t1 berücksichtigten Erhebungen ergibt sich aus fehlenden Angaben in den Erhebungen zu Studienbeginn.

Studienteilnehmende beider Studiengruppen schätzten nach 12 Monaten ab Studienbeginn (t1) den Grad ihrer Beeinträchtigung in neun unterschiedlichen Bereichen ein. Die Ergebnisse zeigen, dass Teilnehmende der Kontrollgruppe in fast allen Bereichen ihre Beeinträchtigungen deutlich stärker einschätzen als Teilnehmende der Interventionsgruppe (vgl. Abb. 4).

**Abb. 4:** Unterschiede der selbst eingeschätzten Beeinträchtigung (PAL) zwischen der Gruppe Interventions- (n = 14) und Kontrollgruppe (n = 13) zum Zeitpunkt t1

Die ersten Ergebnisse zur Verfassung der Studienteilnehmenden (vgl. Tab. 6) und die selbst eingeschätzten Grade der Beeinträchtigung (vgl. Abb. 4), die jeweils die Tendenz zeigen, dass Teilnehmende in der Interventionsgruppe insgesamt in besserer Verfassung sind, lassen die Intervention mit der engen Begleitung und Unterstützung als lohnenswert für die Stabilisierung der körperlichen und psychischen Gesundheit der Rehabilitand:innen erscheinen. Dies wiederum ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Teilhabe am Arbeitsleben.

Erste Ergebnisse mit Blick auf ökonomische Daten

Im Rahmen der *Wirtschaftlichkeitsstudie* sollte die Hypothese überprüft werden, dass die neuartige Intervention wirtschaftlich tragfähig ist. Die Auswertung von Daten im Hinblick auf ökonomische Aspekte ist den Auswertungen zu Machbarkeit und Wirksamkeit nachgelagert. Zum einen geht es darum, Aufwände im Verhältnis zu Wirkungen zu betrachten. Zum anderen fußt die Auswertung auf Datensätzen, die erst mit zeitlicher Verzögerung verfügbar sind. Stand der Auswertungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsanalyse ist die Auswertung der Leistungsdokumentation von Fallmanager:innen und Fachkräften für betriebliche Intervention zum Stand Ende Juni 2025 sowie eine Erprobung der im Datenerhebungs- und Auswertungsstrategien-Konzeptpapier festgelegten Auswertungen und Modellbildungen auf Basis erster Datenlieferungen der DRV (ab Januar 2025).

Insofern wird hier lediglich ein erster Einblick in Ergebnisse auf Basis der Daten aus der Leistungsdokumentation der Fallmanager:innen (FM) und Fachkräfte für betriebliche Intervention (FBI) gezeigt. Diese Daten beziehen sich auf die Interventionsgruppe. Es werden also Betrachtungen zu Aufwänden für die Intervention angestellt.

Zum Auswertungszeitpunkt der Wirksamkeitsstudie, die Teil der Datengrundlage für die Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen ist, betrug die Anzahl der Fälle in der Interventionsgruppe 57. Zum Stichtag 24.06.2025 enthielten die Leistungsdokumentationen FM und FBI Leistungen zu 54 Rehabilitand:innen der Interventionsgruppe. Aus den Auswertungen der Leistungsdokumentation wurden Fälle mit augenscheinlich unvollständigen und nicht vorliegenden Datensätzen in den verschiedenen Aufwandskriterien ausgeschlossen. D. h. die Summe der in die Auswertungen eingeschlossenen Fälle (**Tabelle 7** und weitere Tabellen in diesem Kapitel) ist jeweils niedriger als 54.

**Tab. 7:** Datengrundlage der ökonomischen Betrachtungen, Stand der Aufwandsdokumentationen: 24.06.2025

Datengrundlage:	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe	
	laufend:	erfolgreich abgeschlossen:	abgebrochen/nicht erfolgreich:	laufend / beendet:	abgebrochen:
Aufwandsdokumentation FM (Dokumentenanalyse, Statistik) Anzahl Leistungen, Zeit, Kilometer	16	20	11	/	/
Aufwandsdokumentation FBI (Dokumentenanalyse, Statistik) Anzahl Leistungen, Zeit, Kilometer	10	20	9	/	/

Hinweis: Die Zahl gibt die jeweilige Anzahl der Personen, der Dokumente oder der betreffenden Erhebungen an

Es liegen Informationen zum Inhalt der dokumentierten Aktivität, wie z.B. „Telefonische Abstimmung mit dem Klienten [Rehabilitand:in]“, „Teilnahme an RTW-Konfe-

renz“, „Abstimmung mit der Klinik“, „Betriebsbesuch“, u.Ä. sowie Aufwände für die Aktivität, Fahrtaufwand und Dokumentationsaufwand in Minuten, Fahrtaufwand in Kilometern sowie Kosten der erbrachten Leistung vor. Die Aktivitäten sind in den meisten Fällen lediglich stichwortartig beschrieben, sodass eine Kategorisierung der Aufwände, aber keine weitere inhaltliche bzw. qualitative Auswertung der Aktivitäten, durchgeführt werden kann. Die Dokumentation der Aufwände mit Aktivität, Minuten und ggf. Fahrkilometern erscheint für die meisten Fälle sowohl von FM als auch von FBI vollständig. Diese Einschätzung beruht auf einer Prüfung nach Augenschein, inwiefern zeitliche Abfolgen mit Beginn und Endzeitpunkten mit im Vergleich zu den anderen Fällen plausibel erscheinenden Aktivitäten gefüllt sind.

Von jeweils 20 abgeschlossenen Fällen liegt eine verwertbare Leistungsdokumentation von FM und FBI vor, für 17 dieser Fälle sowohl vom FM als auch von der FBI für den jeweils selben Fall. Fallmanager:innen dokumentierten mindestens 10 und maximal 45, im Durchschnitt 25 Aktivitäten pro Fall. Fachkräfte für betriebliche Intervention dokumentierten mindestens sieben, maximal 77, im Durchschnitt 35 Aktivitäten pro Fall (vgl. **Tab. 8 A**).

Die Bandbreite reicht von fünf Minuten für eine telefonische Abstimmung bis ca. drei bis vier Stunden für die Teilnahme an einer RTW-Konferenz oder einen Besuch im Betrieb. Für einen abgeschlossenen Fall leisteten Fallmanager:innen im Durchschnitt 15 Stunden und 51 Minuten. Fachkräfte für betriebliche Intervention leisteten im Durchschnitt für einen Rehabilitanden 24 Stunden und 41 Minuten. (vgl. **Tab. 8 B**) Diese Zeiten sind Arbeitszeiten für Fall-bezogene Aktivitäten, wie z. B. Telefonate, Teilnahme an RTW-Konferenzen, Besuch am Arbeitsplatz, usw. Hinzu kommen Zeiten für Fahrten und Dokumentation.

Fallmanager:innen sind in einem Rehaprozess zwischen 18 km und 871 km, im Durchschnitt 237 km für einen Fall unterwegs (n = 19 abgeschlossene Fälle). Fachkräfte für betriebliche Intervention sind in einem Rehabilitationsprozess zwischen 180 km und 3248 km gefahren, im Durchschnitt 808 km (n = 18 abgeschlossene Fälle). Fahrten finden u.a. zu Terminen mit Rehabilitand:innen in Präsenz, zu RTW-Konferenzen oder zu Betrieben statt. Die Aufwände pro Monat pro Fall (vgl. **Tab. 8 C**) für abgeschlossene und laufende Fälle erscheinen sehr ähnlich. Bei den abgebrochenen Fällen fällt auf, dass FM fast doppelt so viele Kilometer unterwegs sind, als für abgeschlossene und laufende Fälle. FBI sind deutlich weniger unterwegs für abgebrochene Fälle. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Fall-individuell engagiert mit dem jeweiligen Rehabilitanden gearbeitet wird. Durch den zeitlichen Versatz zwischen Einsatz FM und FBI – die Begleitung am Arbeitsplatz durch FBI beginnt z.T. nicht unmittelbar nach Entlassung aus der Klinik, das Aufgabengebiet der FM hingegen schließt nahtlos an – lassen sich die im Vergleich geringeren Fahrtaufwände von FBI für abgebrochene Fälle erklären.

Daten zu zu veranschlagenden Kosten, mit denen ein direkter Abgleich mit den vereinbarten Fallpauschalen möglich wäre, liegen bisher nicht in ausreichender Menge und nicht von allen Anbietern vor und boten daher zum Auswertungszeitpunkt keine verlässliche Datengrundlage.

Ein Vergleich der geleisteten zeitlichen Aufwände zwischen abgeschlossenen, abgebrochenen und laufenden Rehabilitationsprozessen zeigt, dass im Durchschnitt pro Monat für abgeschlossene und laufende Rehabilitationsprozesse ähnliche Aufwände geleistet werden (weniger als 20 Minuten Unterschied im Durchschnitt) (vgl. **Tab. 9 A**).

Dies trifft sowohl für das Fallmanagement als auch für die Aufwände der Fachkräfte für betriebliche Intervention zu (vgl. **Tab. 9 B**). Für abgebrochene Rehabilitationsprozesse investiert das Fallmanagement jedoch im Durchschnitt ca. eine Stunde mehr. Aktivitäten und Fahrtaufwände des Fallmanagements sind bei abgebrochenen Fällen im Durchschnitt höher. Wohingegen der Aufwand der FBI für abgebrochene Fälle ähnlich hoch ist wie für die anderen Fälle. Lediglich Fahrtaufwände erscheinen hier im Durchschnitt geringer.

Diese Ergebnisse lassen sich unter Berücksichtigung der Erkenntnisse im Rahmen der Machbarkeitsstudie dahingehend interpretieren, dass von Beginn an in alle Fälle mit dem Ziel, erfolgreich in Arbeit zurückzukehren, investiert wird. Abbrüche kommen aus unterschiedlichsten Gründen zustande, z.B. aufgrund eines erneuten mehrwöchigen Krankenhausaufenthalts der Rehabilitand:in oder bei Teilnehmenden, deren ursprünglich positive Erwerbsprognose sich im Verlauf nicht bestätigte. Abbrüche finden zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Rehaprozess statt (Bandbreite zwischen 2 Wochen und 11 Monaten). Die höheren Investitionen des Fallmanagements in Aktivitäten und Fahrten für Fälle, die im weiteren Verlauf abbrechen, lassen darauf schließen, dass unter den Abbrechenden mehr Rehabilitanden mit etwas höherem Begleitungs- und Unterstützungsbedarf sind, als in der Gruppe, die den Rehabilitationsprozess erfolgreich abschließen. Des Weiteren ist dabei zu berücksichtigen, dass – während der Auftrag der FBI bei absehbarem Abbruch endet – der Auftrag des FM fortbesteht. Das heißt, FM haben weiterhin die Aufgabe, in Abstimmung mit der Rehaberatur der DRV, die Versorgung jenseits der Wiedereingliederung, inkl. die Überleitung in die Regelversorgung, einzuleiten.

Summiert man die zeitlichen Aufwände von FM und FBI auf (vgl. **Tab. 9 C**), so lässt sich erkennen, dass im Durchschnitt pro Monat für abgebrochene Rehabilitationsprozesse insgesamt mehr Zeit in Aktivitäten und in Fahrten investiert wurde als in abgeschlossene und laufende Rehabilitationsprozesse. Durch die Normierung pro Monat ist auch der Blick auf laufende Fälle möglich.

Insgesamt ist sowohl im Fallmanagement als auch bei der betrieblichen Intervention ein hohes, individuell auf den jeweiligen Fall ausgerichtetes Engagement fest-

**Tab. 8:** Anzahl der Aktivitäten pro abgeschlossenem Fall

<b>A: Anzahl Aktivitäten pro abgeschlossenem Fall (n=20)</b>			
	mindestens	maximal	Durchschnitt
Fallmanager:innen	10	45	25
Fachkräfte für betriebliche Intervention	7	77	35
<b>B: Aufgewendete Zeit [h:min] pro abgeschlossenem Fall (n=20)</b>			
	mindestens	maximal	Durchschnitt
Fallmanager:innen	6h:50min	26h:20min	15h:51min
Fachkräfte für betriebliche Intervention	6h:45min	59h:20min	24h:41min
<b>C: Aufwand für Fahrten in Kilometer (Monatsdurchschnitt gefahrene Kilometer [km])</b>			
	abgeschlossen (n=19)	abgebrochen (n=11)	laufend (n=16)
Fallmanager:innen	25,2	47,6	25,4
Fachkräfte für betriebliche Intervention	85,9	51,5	90,4

**Tab. 9:** Zeitliche Aufwände [hh:mm] für Fallmanagement und betriebliche Intervention im Durchschnitt pro Monat

	abgeschlossen (n=20)	abgebrochen (n=11)	laufend (n=16)
<b>A: Fallmanagement (FM)</b>			
Leistung/ Aktivität	01:41	02:12	01:32
Fahrten	00:32	00:59	00:32
Dokumentation	00:24	00:22	00:15
Summe Aufwand	02:38	03:34	02:19
<b>B: Fachkraft für betriebliche Intervention (FBI)</b>			
Leistung/ Aktivität	02:37	02:42	02:29
Fahrten	01:12	00:51	01:20
Dokumentation	00:19	00:14	00:14
Summe Aufwand	04:09	03:47	04:04
<b>C: Summe der zeitlichen Aufwände FM und FBI</b>			
Leistung/ Aktivität	04:18	04:54	04:01
Fahrten	01:45	01:50	01:53
Dokumentation	00:43	00:37	00:29
Summe Aufwand	06:47	07:22	06:24

zustellen. Alle Rehabilitanden, die die vollen 12 Monate im Rahmen der Studie begleitet werden, schaffen es, in Arbeit zurückzukehren (erfolgreicher RTW). Setzt man diesen Befund in Beziehung zu den in **Tabelle 5** dargestellten Stellenumfängen bei der Rückkehr in Arbeit nach 12 Monaten, so kann die Annahme getroffen werden, dass die Intervention einen gewünschten Mehrwert mit sich bringt. Vor dem Hintergrund, dass die DRV den gesetzlichen Auftrag hat, Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern, sind diese Ergebnisse erste Hinweise, dass der Interventionsansatz das Potenzial hat, auch mittel- und langfristig gewünschte monetäre Effekte für die DRV mit sich zu bringen. In **Tabelle 5 A** wird gezeigt, dass fast zwei Drittel der Teilnehmenden an der Intervention in genauso hohem oder ähnlich hohem Stellenumfang arbeiten wie vor ihrer Erkrankung und ein Drittel mit geringerem Umfang. Bei Teilnehmenden an der Regelversorgung ist

dieses Verhältnis umgekehrt. Dies würde bedeuten, dass die Intervention einen entscheidenden Beitrag dazu leistet, mehr Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen wieder erfolgreich in eine Erwerbstätigkeit im Umfang wie vor ihrer Erkrankung zurückzubringen. Eine Überprüfung der Annahmen im Rahmen von Modellrechnungen, inwiefern sich dies mittel- und langfristig für die DRV finanziell lohnt, steht noch aus.

## Fazit

Die aktuell vorliegenden Ergebnisse sprechen eindeutig für die Machbarkeit der BETA-MeH Intervention und im Sinne der Wirksamkeit für eine bessere Rückkehr in Arbeit der Interventionsgruppe im Vergleich zur Regelversorgung: Nach einem Jahr kehrten mehr Personen, die die BETA-MeH Intervention erhielten, zu ihrem Arbeitsplatz zurück und das zu einem höheren Stellenumfang als Personen der Regelversorgung. Die Interventionsgruppe zeigte nach einem Jahr bessere Werte bei den Dimensionen Angst und Depression. Nach weiteren 6 Monaten (18 Monate nach Studienbeginn, t1) verschlechterte sich die RTW-Situation im Verhältnis zur Situation nach 12 Monaten zwar bei beiden Gruppen – der Stellenumfang ist in beiden Gruppen bei einigen Personen geringer geworden – dennoch sind es in der Gruppe der Intervention weiterhin mehr Personen, deren Stellenumfang gleich hoch oder fast so hoch wie vor dem Ereignis ist.

Diese Ergebnisse erreichen bislang noch keine statistische Signifikanz. Daher kann aktuell nur von Tendenzen gesprochen werden. Die Anzahl der Studienteilnehmer:innen und damit die entsprechende Datenlage ist noch zu gering, um gesicherte Aussagen zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu treffen. Nach Abschluss der Studie und Einbezug aller Teilnehmer:innen werden die Ergebnisse erneut zu überprüfen sein. Die Tabellen 3, 4 und 7 zur jeweiligen Datengrundlage zeigen die Herausforderung, dass Studien im Realkontext („im Feld“) durch Schwankungen in den Daten und zeitliche Verzögerungen bei der Datenlieferung geprägt sind.

Fallmanager:innen und Fachkräfte für betriebliche Intervention engagieren sich im Durchschnitt im Monat ca. 6¾ Stunden für Rehabilitand:innen, die den Rehabilitationsprozess erfolgreich abschließen. Für Rehabilitand:innen, die den Rehabilitationsprozess aus diversen Gründen abbrechen, ca. eine halbe Stunde mehr. Die dokumentierten Leistungen bzw. Aktivitäten lassen zum einen den Schluss zu, dass Fallmanager:innen und Fachkräfte für betriebliche Intervention individuell auf die Rehabilitand:innen eingehen und ihre Aktivitäten auf eine erfolgreiche Rückkehr des Rehabilitanden in Arbeit ausrichten und dort, wo mehr Engagement notwendig ist, dies auch leisten. Zum anderen erscheinen die Aufwände lohnenswert, sowohl im Hinblick auf die Erfolgsquote innerhalb der Interventionsgruppe als auch im Vergleich

zur Kontrollgruppe hinsichtlich des Arbeitsumfangs nach Rückkehr in Arbeit im Vergleich zur Zeit vor der Erkrankung und der körperlichen und psychischen Verfassung der Rehabilitand:innen nach 12 Monaten.

Die Länge und Komplexität der Intervention steht mit hoher Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit einer – wenn auch nicht ungewöhnlichen – Abbruchquote. Vor diesem Hintergrund wäre wünschenswert, die Dauer der Studie länger fortführen und weitere Teilnehmer:innen in die Studie aufnehmen zu können. Wenngleich aufgrund der Auswahlkriterien nur eine eng begrenzte Gruppe an Rehabilitand:innen im Bereich erworbene Hirnschädigung zur Studie zugelassen wurde, zeigt sich, dass diese Gruppe dennoch aufgrund ihrer Lebenssituation und unterschiedlichen Arbeitsplätzen sehr heterogen ist. Diese Erkenntnis spricht für eine Fortsetzung der Studie, um die Intervention vor dem Hintergrund differenzieller Verläufe weiter studieren und die Interventionssteuerung verbessern zu können. Dass die Studie im Sinne der Aktionsforschung „im Feld“ stattfinden konnte, ist im Sinne der Belastbarkeit der Ergebnisse ein großer Vorteil. Die Lebenswelten aller Beteiligten konnten realistisch berücksichtigt werden. Dies trifft nicht nur auf die Rehabilitand:innen zu. Auch die beteiligten Interventionspartner und deren Verständnis der Arbeit des Gegenübers verbesserte sich und förderte die interprofessionelle Zusammenarbeit.

## Literatur

1. Claros-Salinas D, Streibelt M: Profilabgleich von Arbeitsanforderungen und Leistungsvermögen (PAL): Ein Instrument zur Unterstützung der MBOR-Therapiesteuerung in der neurologischen Rehabilitation. DRV-Schriften 2016; 109: 223-224
2. Dixon LJ, Linardon JA: systematic review and meta-analysis of dropout rates from dialectical behaviour therapy in randomized controlled trials. *Cogn Behav Ther* 2020; 49(3): 181-196
3. Herrmann-Lingen C, Buss U, Snaith RP: Vorstellung und Validierung einer deutschen Version der "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HAD-Skala). *Diagnostica* 1994; 40(2): 143-154
4. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg, AD: The fatigue severity scale: application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of neurology* 1989; 46(10): 1121-1123
5. Radford K, Sutton C, Sach T, et al.: Early, specialist vocational rehabilitation to facilitate return to work after traumatic brain injury: the FRESH feasibility RCT. *Health Technology Assessment* 2018; No. 22.33. Southampton (UK): NIHR Journals Library.
6. Steinbüchel N von, et al.: Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI): scale development and metric properties. *Journal of Neurotrauma* 2010; 27(7): 1167-1185
7. Streibelt M: Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). *Die Rehabilitation* 2009; 48(03): 135-144
8. Streibelt M, Claros-Salinas D: Konkurrente Validität des SIMBO-C bei neurologischen Patienten in der Rehabilitation der Phase D. DRV-Schriften 2016; 109: 221-222

## Korrespondenzadresse:

Dr. rer. pol. Regina Osranek  
 Institut für Technologie und Arbeit e.V.  
 Eisenbahnstraße 40 - 42  
 67655 Kaiserslautern  
 regina.osranek@ita-kl.de