

Arbeitgebereinbindung als ein Erfolgsfaktor für die berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung

S. Huthmann

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), Berlin

Zusammenfassung

Für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen erfolgt die berufliche Wiedereingliederung in Deutschland im Rahmen eines mehrstufigen rehabilitativen Phasenmodells mit dem Ziel, soziale und berufliche Teilhabe wiederherzustellen. Obwohl arbeitsplatzbezogene Aspekte im Rehabilitationsverlauf zunehmend Berücksichtigung finden, ist die frühzeitige, systematische und strukturierte Einbindung von Arbeitgebenden und dem realen Arbeitsplatz in die rehabilitative Versorgung bisher nicht standardisiert etabliert.

Im Zentrum des Beitrags steht ein im Rahmen des Modellprojekts „BETA-MeH – Bedarfsfokussierte Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen“ entwickelter intersektoraler Interventionsansatz, der die medizinische und berufliche Rehabilitation systema-

tisch koppelt und dabei Arbeitgebende sowie betriebliche Kontexte frühzeitig in den Rehabilitationsverlauf integriert. Erste Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung einer flexiblen und betrieblich verankerten Gestaltung beruflicher Rehabilitationsprozesse für komplexe Zielgruppen wie Menschen mit erworbener Hirnschädigung und eröffnen neue Potenziale für die individuelle Teilhabegestaltung.

Gleichzeitig werden erhöhte Anforderungen an Betriebe, medizinisch-therapeutische Fachkräfte und Kostenträger deutlich – insbesondere in Bezug auf Koordination, Ressourcenverfügbarkeit und Standardisierung. Aus systemischer Perspektive plädiert der Beitrag dafür, Arbeitgebende nicht nur als Kooperationspartner, sondern als integrale Akteure im Rehabilitationsprozess zu begreifen.

Schlüsselwörter: Neurorehabilitation, Kopplung medizinische und berufliche Rehabilitation, Arbeitgebereinbindung, berufliche Wiedereingliederung

Einleitung

Die Rückkehr an den Arbeitsplatz stellt für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (MeH) eine besondere Herausforderung dar. Neben den oft komplexen medizinischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen kommen Unsicherheiten im Umgang mit den Arbeitgebenden und dem betrieblichen Umfeld hinzu.

Die Rehabilitation von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen erfolgt in Deutschland im Rahmen eines mehrstufigen Phasenmodells, das auf die Wiederherstellung sozialer und beruflicher Teilhabe abzielt. Arbeitsplatzbezogene Aspekte gewinnen in der Rehabilitation zunehmend an Bedeutung [7]. Dennoch fehlt es bisher an systematischen Ansätzen zur frühzeitigen und strukturierten Einbindung von Arbeitgebenden in die rehabilitative Versorgung. Viele Rehabilitand:innen erleben dabei Rückkehrabbrüche oder stagnierende Wiedereingliederungsprozesse – oftmals, weil der Arbeitsplatzkontext zu spät oder gar nicht berücksichtigt wurde. Somit zeigt sich in der Praxis, dass das mehrstufige rehabilitative Phasenmodell bislang nicht die gewünschten Erfolge im Hinblick auf eine nachhaltige Rückkehr in Arbeit erzielt: Wie Streibelt und Kolleg:innen in ihrer Arbeit belegen, stehen nur etwa die Hälfte aller Rehabilitand:innen nach neurologischen Erkrankungen „nach zwei Jahren aktiv im

Erwerbsleben, während ein Fünftel eine Erwerbsminderungsrente“ bezieht [10].

Vor diesem Hintergrund stellt sich zunehmend die Frage, wie Rehabilitationsprozesse so gestaltet werden können, dass die berufliche Wiedereingliederung nicht nur mitgedacht, sondern systematisch vorbereitet, begleitet und nachhaltig realisiert wird. Eine zentrale Erkenntnis aus der Versorgungsforschung von Schwarz und Kolleg:innen [9] ist dabei: Der berufliche Wiedereinstieg ist kein linearer, individueller Prozess, sondern ein komplexer Aushandlungsraum zwischen Rehabilitand:in, medizinisch-therapeutischen Fachkräften und Arbeitgeber:in. Mit ihrem „APC-Modell“ greifen Schwarz et al. diesen Ansatz auf und verstehen Return to Work (RTW) als dynamischen Prozess, der frühzeitig nach dem neurologischen Ereignis beginnt und idealerweise in einer tragfähigen Rückkehr in das Erwerbsleben mündet. Es identifiziert zentrale Einflussfaktoren auf Seiten der Betroffenen, der betrieblichen Strukturen und der professionellen Akteure im Rehabilitationssystem. Dabei formuliert das Modell auch die Notwendigkeit einer aktiven Rolle von Arbeitgebenden im Rehabilitations- und Eingliederungsprozess.

Das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderte rehapro-Projekt „BETA-MeH – Bedarfsfokussierte Teilhabe von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen“ kommt mit seiner erprobten Inter-

ventionsstrategie den APC-Prinzipien sehr nahe. Es verfolgt ein Versorgungskonzept, das Arbeitgebende bereits während der rehaklinischen Phase gezielt einbindet und aktiv auf den sich anschließenden Wiedereingliederungsprozess hinwirken soll. Die aktive Einbeziehung betrieblicher Akteure soll dazu beitragen, Rückkehrbarrieren frühzeitig zu identifizieren, realistische Wiedereingliederungsszenarien zu entwickeln und so die Teilhabechancen der Betroffenen langfristig zu verbessern. Vor diesem Hintergrund diskutiert der vorliegende Beitrag die Relevanz der frühzeitigen und strukturierten Arbeitgebereinbindung, stellt das konzeptionelle Vorgehen von BETA-MeH vor und beleuchtet erste Erfahrungen und Herausforderungen aus der Praxis.

Problemstellung

Trotz des umfassenden mehrstufigen rehabilitativen Phasenmodells für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen ist der Weg zurück in Arbeit in der Praxis häufig brüchig, unkoordiniert und wenig personenzentriert ausgerichtet. Zwar existieren entsprechende Rehabilitationsangebote, jedoch fehlt es an einer prozessübergreifenden Strategie, die medizinische Rehabilitation, Teilhabeleistungen und betriebliche Realität systematisch verzahnt. Die gegenwärtige Praxis ist noch immer stark durch ein sektorales Verständnis geprägt: Leistungen erfolgen nacheinander, deren Übergänge sind administrativ und strukturell wenig durchlässig, eine kontinuierliche Fallsteuerung über Sektorengrenzen hinweg ist nicht regelhaft vorgesehen.

Die Einbindung des Arbeitsplatzes in den Rehabilitations- bzw. Genesungsprozess erfolgt in der gegenwärtigen Versorgungspraxis in der Regel erst zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt im Rehabilitationsverlauf. In dieser Phase sind Rehabilitand:innen häufig nicht mehr in der medizinischen Rehabilitation eingebunden und befinden sich oftmals bereits über einen längeren Zeitraum in Arbeitsunfähigkeit. Dies geht nicht selten mit einer emotionalen und strukturellen Entfremdung vom bisherigen Arbeitsplatz einher. Gleichzeitig verfügen Arbeitgeber:innen zu diesem Zeitpunkt meist nur über unvollständige Informationen zum gesundheitlichen Zustand und zur prognostizierten Leistungsfähigkeit der betreffenden Person. Diese Informationsasymmetrie erschwert nicht nur die Planung einer passgenauen Rückkehr, sondern begünstigt Unsicherheiten und Missverständnisse auf beiden Seiten.

Im Mittelpunkt der Rückkehrprozesse steht typischerweise die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung (STW) in Verbindung mit einem gesetzlich vorgesehenen betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie gegebenenfalls gesundheitsbezogene Anpassungen des Arbeitsplatzes. Diese Maßnahmen greifen jedoch erst spät im Rehabilitationsverlauf und sind primär reaktiv ausgerichtet. Sie setzen an bestehenden Einschränkungen an, ohne frühzeitig Potenziale zur Förderung von Genesung und Teilhabe zu nutzen.

In dieser späten Phase ist es häufig schwierig, ein gegenseitiges Verständnis zwischen Rehabilitand:innen und den professionellen Akteuren des Rehabilitationssystems auf der einen Seite und den Arbeitgebenden auf der anderen Seite für individuelle Bedarfe, Erwartungen und betriebliche Rahmenbedingungen herzustellen. Eine kooperative Aushandlung tragfähiger Rückkehrperspektiven gelingt daher in wenigen Fällen. Nicht selten stehen Rehabilitand:innen ungeachtet ihres tatsächlichen Genesungsstandes vielfach unter ökonomischem Druck, rasch an den Arbeitsplatz zurückzukehren, um ihre soziale Absicherung zu gewährleisten. Arbeitgeber:innen wiederum sehen sich in der Pflicht, Beschäftigte nach längerer Abwesenheit wieder einzugliedern, ohne ausreichend Klarheit darüber zu haben, ob und in welchem Umfang eine Arbeitsfähigkeit tatsächlich vorliegt.

Die BETA-MeH-Interventionsstrategie initiiert ein strategisches Umdenken in der Einbindung von Arbeitgebenden. Statt Arbeitgeber:innen erst in der letzten Phase der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu adressieren, werden sie bereits zu Beginn des Rehabilitations- und Wiedereingliederungsprozesses aktiv einbezogen. Das Konzept baut auf einer integrierten RTW-Strategie auf, die nicht einzelne Maßnahmen fokussiert, sondern eine prozesshafte und koordinierte Teilhabestrategie verfolgt. Die Besonderheit besteht darin, dass bereits zu Beginn der rehaklinischen Phase gemeinsam mit den Rehabilitand:innen und den Arbeitgebenden ein individueller Wiedereingliederungsplan erarbeitet und von professionellen Akteuren des Rehabilitationssystems begleitet wird. Die Übergänge zwischen den Phasen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sind nicht reglementiert, sondern in Inhalt und Zeit flexibel gestaltbar. Die dafür erforderlichen Leistungen werden frühzeitig vereinbart, kontinuierlich überprüft und bedarfsorientiert angepasst.

Der Beitrag geht der zentralen Frage nach, warum es für die Zielgruppe der Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen erfolgsversprechend ist, Arbeitgeber:innen und den Arbeitsplatz aktiv und frühzeitig in den Rehabilitationsprozess einzubinden. Es wird diskutiert, welche Potenziale und Herausforderungen dieser systemische Perspektivwechsel für die nachhaltige berufliche Teilhabe birgt und wie er in der Praxis des Rehabilitationssystems konkret umgesetzt werden kann.

Arbeitgebereinbindung in BETA-MeH

Wie im folgenden Abschnitt näher ausgeführt, zeigt sich die Einbindung von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern in der BETA-MeH-Intervention insbesondere in der konsequenten Verzahnung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, dem frühzeitigen Einbezug des Arbeitsplatzes sowie der kontinuierlichen Prozessbegleitung durch eine Fachkraft für betriebliche Intervention.

Konsequente Kopplung der Phasen D und E

Die im Modellprojekt BETA-MeH umgesetzte Interventionsstrategie orientiert sich in wesentlichen Aspekten an den Prinzipien des APC-Modells und setzt auf eine multiprofessionelle, arbeitsplatznahe Gestaltung des Rehabilitationsprozesses. Zentrale Innovation dieses Ansatzes ist die enge Verzahnung der medizinischen Rehabilitation (Phase D) mit der Phase der Nachsorge und beruflichen Rehabilitation (Phase E). Durch die frühzeitige Integration berufsorientierter Perspektiven in die klinische Rehabilitationsphase wird eine kohärente, aufeinander abgestimmte Prozesskette etabliert, in der berufs- und arbeitsplatzbezogene Aspekte systematisch berücksichtigt werden können (vgl. **Abb. 1**).

Die bislang im Standardverfahren auftretende strukturelle Trennung zwischen Phase D und E, verbunden mit häufigen Verzögerungen im Rehabilitationsverlauf, zusätzlichen Verwaltungsaufwänden und erhöhtem Risiko für das Entstehen von Versorgungslücken, entfällt zugunsten eines durchgehenden Rehabilitationsverlaufs. Leistungen der Phase E werden nicht nachgelagert beantragt, sondern frühzeitig in die Planung einbezogen. Daraus ergibt sich auch eine frühere Einbindung relevanter Akteure, wie Fachkräfte der betrieblichen Intervention, Arbeitgebende bzw. Vertreter:innen der Arbeitgebendenseite oder weiteren Systempartner. Diese können bereits während der medizinischen Rehabilitation in den Prozess integriert werden, was Spielräume für eine kontextsensitive und rehabilitandenorientierte Rehabilitationsgestaltung eröffnet.

Mit diesem Ansatz beschreitet die Deutsche Rentenversicherung Bund einen innovativen Weg in der beruflichen Rehabilitation insbesondere im Hinblick auf die Zielgruppe der Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen. Diese zeichnet sich durch eine hohe Heterogenität hinsichtlich Ursachen, Symptomatik und funktioneller Einschränkungen aus. Hirnschädigungen können z. B. infolge von Schlaganfällen, Schädel-Hirn-Traumata, Tumoren oder Hypoxien entstehen und zeigen sich häufig in komplexen senso-motorischen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen. Gerade Letztere

sind oftmals unsichtbar und erschweren standardisierte Rehabilitationsverläufe bzw. Wiedereingliederungsprozesse erheblich.

Claros-Salinas betont in diesem Kontext die Notwendigkeit individualisierter Ansätze, die „die Relevanz kognitiver Dysfunktionen für die berufliche Teilhabe besonders berücksichtigen“ und von Beginn an das Ziel der nachhaltigen Reintegration in das Erwerbsleben verfolgen [3]. Vor diesem Hintergrund versteht sich das Modellprojekt als Beitrag zur Entwicklung neuer Therapiepfade, in denen die berufliche Teilhabe nicht erst als Endpunkt, sondern als integraler Bestandteil des Rehabilitationsprozesses konzipiert wird.

Ein wesentliches Einschlusskriterium für die Teilnahme am Modellprojekt ist das Vorhandensein eines bestehenden Arbeitsplatzes. BETA-MeH setzt auf die gezielte Wiedereingliederung in ein bekanntes berufliches Umfeld, da die Rückkehr an den ursprünglichen Arbeitsplatz einen niedrighwelligen, stabilisierenden Wiedereinstieg ermöglicht, bei dem Berufswissen, wie vertraute Arbeitsabläufe und betriebliche Kenntnisse sowie bestehende soziale Beziehungen und emotionale Bindungen als Ressourcen für Rehabilitand:innen und Arbeitgebende wirken. Besonders für Rehabilitand:innen mit kognitiven Einschränkungen bieten bekannte Strukturen eine Orientierung und fördern das Sicherheitsgefühl.

Zudem erlaubt die arbeitsplatznahe Herangehensweise eine passgenaue Anpassung von beruflichen Anforderungen und Leistungen im realen betrieblichen Kontext. Claros-Salinas und Kolleg:innen heben hervor, dass es „spezielle Konzepte neurologischer Berufstherapien“ benötigt, um „die Komplexität der vielfältigen Auswirkungen von Hirnschädigungen differenziert“ im Wiedereingliederungsprozess zu berücksichtigen [4]. Dies trägt dazu bei, dass Rehabilitand:innen berufsbezogene Kompensationsstrategien entwickeln, um die berufliche Identität wiederherzustellen. Dies unterstützt nicht nur eine nachhaltige Belastungssteuerung, sondern beugt auch beruflichen und sozialen Entfremdungstendenzen vor, wie sie bei lang andauernder Arbeitsunfähigkeit häufig auftreten.

Die im Modellprojekt BETA-MeH verfolgte frühzeitige Einbindung der Arbeitgebenden sowie des Arbeitsplatzes zeitnah nach dem gesundheitlichen Ereignis stärkt diesen Ansatz. Idealerweise ermöglicht sie es, den bestehenden Arbeitsplatz nicht nur zu erhalten, sondern gemeinsam im Sinne einer kooperativ getragenen Wiedereingliederungsstrategie weiterzuentwickeln. Das Modellprojekt eröffnet einen neuen Zugang zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit erworbener Hirnschädigung, der nicht auf die bloße Kompensation von Defiziten abzielt, sondern auf den Aufbau tragfähiger beruflicher Perspektiven im realen Lebensumfeld der Rehabilitand:innen sowie unter Berücksichtigung der tatsächlichen Gegebenheiten des bestehenden Arbeitsplatzes.

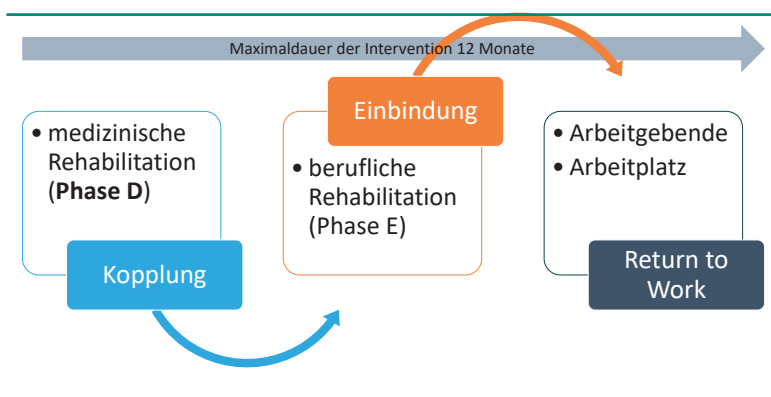


Abb. 1: Kopplung Phase D und E/eigene Darstellung

Zeitpunkt der Arbeitgebereinbindung

Die zeitliche Gestaltung der Einbindung des Arbeitsplatzes bzw. der Arbeitgebenden in den Rehabilitationsprozess von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen ist maßgeblich vom individuellen Krankheitsverlauf, dem Genesungsprozess sowie den spezifischen, persistierenden multimodalen Einschränkungen abhängig. Um eine passgenaue berufliche Wiedereingliederung zu ermöglichen, sollte die Arbeitgebereinbindung jedoch nicht punktuell, sondern entlang eines schrittweise aufeinander abgestimmten Verlaufs erfolgen. Idealerweise beginnt sie bereits in der medizinischen Rehabilitation; die zuständige Fachkraft für betriebliche Intervention wird frühzeitig in den Prozess involviert, um gemeinsam mit dem Rehabilitanden bzw. der Rehabilitandin und dem klinischem Reha-Team gezielte Maßnahmen vorzubereiten. Zu berücksichtigen ist in diesem Kontext, dass die Einbindung von Arbeitgeber:innen nicht an eine gesetzlich vorgeschriebene Mitwirkungspflicht gebunden ist. Eine aktive Beteiligung erfolgt auf freiwilliger Ebene der Arbeitgebenden. Die strukturierte Einbindung in BETA-MeH kann in drei aufeinander aufbauende Phasen unterteilt werden:

Vorbereitungsphase: Kontaktaufnahme und Sensibilisierung

- **Zielsetzung:** In dieser Phase steht die Herstellung eines verbindlichen Commitments auf Seiten der Arbeitgebenden im Vordergrund. Zugleich werden Arbeitgebende für die zu erwartenden Herausforderungen und spezifischen Unterstützungsbedarfe der betroffenen Person sensibilisiert.
- **Inhalte:** Die Einbindung erfolgt zu einem Zeitpunkt, an dem eine erste rehabilitative Stabilisierung erreicht wurde und belastbare Informationen über das künftige Leistungsvermögen vorliegen. Voraussetzung ist die Zustimmung der Rehabilitand:innen zur Einbindung der Arbeitgebenden. Im Gespräch mit der Fachkraft für betriebliche Intervention werden gesundheitsbezogene Informationen abgestimmt, die gegenüber dem Arbeitgebenden kommuniziert werden dürfen. In einem ersten Austausch mit dem Betrieb werden grundlegende Informationen zum Interventionskonzept sowie zu potenziellen gesundheitsbezogenen Anpassungsbedarfen vermittelt. Erste Ideen für eine schrittweise Rückkehr werden skizziert.
- **Mehrwert:** Die frühe Einbindung schafft gegenseitiges Vertrauen und Raum für mögliche Arbeitsplatzanpassungen und fördert eine kooperative Haltung der Arbeitgebenden. Sie bietet die Grundlage für tragfähige gemeinsame Wiedereingliederungsstrategien.

Übergangsphase: Planung und Koordination des Wiedereinstiegs

- **Zielsetzung:** In dieser Phase werden konkrete Wiedereingliederungsschritte vorbereitet. Zentrale Elemente sind die Return-to-Work-Konferenz sowie die Arbeitsplatzvisite durch die Fachkraft für betriebliche

Intervention, die der strukturierten Erfassung betrieblicher Rahmenbedingungen, konkreter Tätigkeitsanforderungen und der aktuellen funktionalen und kognitiven Fähigkeiten der Rehabilitand:innen dienen.

- **Inhalte:** Gemeinsam mit dem Rehabilitanden bzw. der Rehabilitandin, dem Betrieb und dem intersektoralen Reha-Team wird ein individualisierter Wiedereingliederungsplan (RTW-Plan) entwickelt. Dieser umfasst konkrete Maßnahmen zur Anpassung des Arbeitsplatzes unter Berücksichtigung der bestehenden Tätigkeitsanforderungen und individuellen Fähigkeiten der Rehabilitand:innen, Kommunikationsstrategien im Team sowie vorbereitende Beratungsgespräche mit Kolleg:innen und Vorgesetzten.
- **Mehrwert:** Eine sorgfältige Abstimmung trägt wesentlich zur Erhöhung der Planungssicherheit für beide Seiten bei. Gleichzeitig können psychosoziale und arbeitsorganisatorische Faktoren frühzeitig berücksichtigt und integrativ in den Prozess eingebunden werden.

Integrationsphase: Umsetzung im betrieblichen Alltag

- **Zielsetzung:** Die praktische Umsetzung der geplanten Maßnahmen steht im Zentrum dieser Phase. Eine kontinuierliche Begleitung durch die Fachkraft der beruflichen Rehabilitation gewährleistet die flexible Anpassung des Wiedereingliederungsprozesses an sich verändernde Gegebenheiten.
- **Inhalte:** Die Rückkehr an den Arbeitsplatz erfolgt unter aktiver Einbindung aller relevanten betrieblicher Akteure, wie Vorgesetzte, Kolleg:innen und interner Ansprechpersonen (z. B. Mentor:innen) oder dem Betriebsarzt. Die Fachkraft für betriebliche Intervention begleitet den Prozess engmaschig, gibt Feedback und unterstützt die Reflexion und Anpassung von Maßnahmen. Das intersektoral agierende Reha-Team bleibt im Hintergrund involviert, um bei Bedarf steuernd eingreifen zu können.
- **Mehrwert:** Die kontinuierliche Begleitung ermöglicht eine passgenaue Unterstützung im realen Arbeitskontext und fördert den schrittweisen Aufbau von Handlungssicherheit und Selbstwirksamkeit bei den Rehabilitand:innen.

Fachkraft für betriebliche Intervention

Im Rahmen der betrieblichen Wiedereingliederung übernimmt die Fachkraft für betriebliche Intervention eine zentrale koordinierende und begleitende Rolle. Sie unterstützt sowohl die Rehabilitand:innen als auch die betrieblichen Akteur:innen entlang des gesamten Prozesses der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Idealerweise erfolgt der Erstkontakt bereits während der medizinischen Rehabilitation. In diesem Rahmen werden gemeinsam mit den Rehabilitand:innen die nächsten Schritte abgestimmt, die gesundheitlichen und betrieblichen Rahmenbedingungen sondiert sowie tätigkeitsbe-

zogene Anforderungen erhoben. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Einwilligung der Rehabilitand:innen zur Weitergabe gesundheitsbezogener Informationen an Arbeitgeber:innen. Diese Vereinbarung gewährleistet eine transparente und datenschutzkonforme Kommunikation durch die Fachkraft und stärkt die Selbstbestimmung der Rehabilitand:innen, da sie jederzeit eigenverantwortlich darüber entscheiden können, welche Informationen zu welchem Zeitpunkt an welche Person weitergegeben werden.

Im Sinne der BETA-MeH-Intervention ist die Tätigkeit der Fachkraft als ein aufsuchender Ansatz konzipiert. Das bedeutet, dass die Fachkraft mit dem/der Rehabilitand:in am vorhandenen Arbeitsplatz den Wiedereingliederungsprozess gestaltet. Darauf aufbauend initiiert die Fachkraft zunächst den Erstkontakt mit den Arbeitgebenden, stellt ein tragfähiges Commitment her und übernimmt im weiteren Verlauf die aktive Begleitung der Rehabilitand:innen im betrieblichen Umfeld, insbesondere zur Erprobung und Anpassung der Return-to-Work-Maßnahmen. Die Fachkraft nimmt hierbei eine moderierende Rolle ein, in der sie kontinuierlich die Passung zwischen gesundheitlicher Belastbarkeit und betrieblicher Realität überprüft und erforderliche Anpassungen gemeinsam mit den Beteiligten gestaltet. Im Mittelpunkt steht eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Ausrichtung an den individuellen Gesundheitsressourcen und der aktuellen Leistungsfähigkeit des/der Rehabilitand:in.

Die Rehabilitand:innen bestimmen das Tempo ihres Wiedereinstiegs, während die Fachkraft kontinuierlich Impulse gibt, strukturelle Bedingungen moderiert und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen allen eingebundenen Akteuren initiiert und begleitet.

Die Aufgaben der Fachkraft für betriebliche Intervention lassen sich wie folgt systematisieren:

- Individuelle psychosoziale Beratung und prozessbezogene therapeutische Begleitung der Wiedereingliederung
- Erstellung eines tätigkeitsbezogenen Anforderungsprofils
- Arbeitsplatzvisitation und regelmäßige Gespräche mit Vorgesetzten, Kolleg:innen sowie weiteren betrieblichen Akteuren
- Strukturierte Erhebung der Arbeitsplatzbedingungen (z. B. mithilfe standardisierter Instrumente)
- Durchführung arbeitsplatzbezogener Trainings (z. B. Wege- oder Belastungstraining), Schulungen oder Teilqualifizierungen
- Durchführung oder Initiierung spezifischer Testverfahren (z. B. berufsbezogene Eignungs- und Neigungstests, Fahreignungstests)
- Teilnahme an Return to Work-Konferenzen (obligatorisch zu Beginn und zum Abschluss; weitere nach Bedarf)
- Erstellung eines individuellen Return-to-Work-Plans (RTW-Plan)

- Testung beruflicher Leistungsfähigkeit in geschütztem Rahmen („in vitro“) oder im betrieblichen Setting („in vivo“)
- Temporäre oder dauerhafte Anpassung der arbeitsbezogenen Rahmenbedingungen (z. B. Aufgabenverteilung, Zeitstruktur, Umfeld)
- Einsatz oder Initiierung arbeitsplatzbezogener neuropsychologischer Maßnahmen
- Organisation und Koordination flankierender Leistungen gemäß SGB III, V, VI und IX.

Ziel dieses strukturierten, interdisziplinär und partizipativ angelegten Vorgehens ist es, die berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen langfristig zu sichern, indem individuelle Gesundheitsressourcen und konkrete Arbeitsplatzanforderungen systematisch aufeinander abgestimmt werden.

Abgrenzungen zu gängigen Wiedereingliederungskonzepten der DRV

Der im Modellprojekt BETA-MeH angestrebte Rehabilitationsprozess inklusive der frühzeitigen Einbindung der Arbeitgebenden unterscheidet sich deutlich von klassischen Konzepten der beruflichen Wiedereingliederung nach längerer Erkrankungszeit. Während etablierte Modelle häufig erst nach der Reha-Phase D ansetzen, nutzt das Modellprojekt den Arbeitsplatz selbst, durch die aktive und frühzeitige Beteiligung der Arbeitgebenden, als integralen Bestandteil des Rehabilitationsprozesses. Dadurch wird die berufliche Rehabilitation nicht isoliert, sondern als Bestandteil des betrieblichen Alltags gestaltet.

Im Folgenden werden zentrale Unterschiede zu gängigen Konzepten aufgezeigt und deren potenzielle Vor- und Nachteile im direkten Vergleich systematisch gegenübergestellt.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) mit dem Ziel, gesundheitlich beeinträchtigte Menschen in ihrer Erwerbsfähigkeit zu stabilisieren und eine möglichst dauerhafte berufliche Integration zu erreichen. Diese Leistungen können eigenständig oder im Anschluss an medizinische Maßnahmen erfolgen und verfolgen insbesondere drei zentrale Zielsetzungen: die Kompensation von Erwerbsminderungen, die Vermeidung eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben sowie die nachhaltige (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt; sei es durch Sicherung des bisherigen Arbeitsplatzes oder durch die Vermittlung in eine neue Beschäftigung [6].

Das Spektrum der LTA-Leistungen geht über klassische Bildungsmaßnahmen wie Umschulungen hinaus und umfasst auch Zuschüsse zur Wiedereingliederung, arbeitsplatzbezogene Hilfsmittel, externe Beratung und

spezielle Integrationsprogramme (vgl. **Abb. 2**). Die Auswahl geeigneter Maßnahmen orientiert sich an Eignung, Neigung und beruflicher Biografie der Versicherten. Zudem werden persönliche und soziale Lebensumstände ebenso berücksichtigt wie die aktuellen Rahmenbedingungen und Entwicklungstendenzen des Arbeitsmarkts, um eine nachhaltige berufliche Teilhabe zu gewährleisten.

Die Darstellung verdeutlicht: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wie sie bislang von der Deutschen Rentenversicherung umgesetzt werden, basieren vorrangig auf externen Unterstützungsmaßnahmen im Wiedereingliederungsprozess. Eine, wie in BETA-MeH erprobte, stärker im betrieblichen Kontext verankerte Perspektive, die unmittelbar an bestehende Arbeitsplätze anknüpft und Arbeitgebende systematisch in den Rehabilitationsprozess einbindet, bleibt bislang weitgehend unberücksichtigt.

Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung ist ein etabliertes Instrument zur schrittweisen Rückkehr in das Erwerbsleben für arbeitsunfähige Menschen nach längerer Erkrankungszeit. Ziel ist es, die individuelle Arbeitsbelastung unter realen Bedingungen kontrolliert zu steigern. Die Maßnahme wird ärztlich verordnet und beruht auf einem Stufenplan, der in enger Abstimmung zwischen behandelndem Arzt bzw. der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, Rehabilitand:in, und ggf. in Abstimmung mit Arbeitgeber:innen bzw. Betriebsarzt erstellt wird.

Der Ablauf ist demnach formalisiert und beruht auf der ärztlichen Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit sowie auf einem schrittweise aufgebauten Stufenplan, der die allmähliche Steigerung der Arbeitszeit und Arbeitsanforderungen vorsieht. Voraussetzung ist die Zustimmung der Arbeitgebenden. Für eine nahtlose Weitergewährung der Lohnersatzleistung durch die Deutsche Rentenversicherung, empfiehlt diese, die Maßnahme innerhalb von vier Wochen mit mindestens zwei Stunden pro Tag nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation zu beginnen [5]. Der Verlauf wird fortlaufend ärztlich begleitet und kann Anpassungen im Stufenplan erforderlich machen. Die Maßnahme endet mit der Wiedererlangung entweder der vollen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit bzw. bei Abbruch.

Die STW stellt ein strukturiertes, jedoch zeitlich eng gefasstes Verfahren dar und ihr Fokus liegt auf der zeitlich abgestuften Belastungserprobung. Veränderungen im Arbeitskontext, weiterführende Qualifizierungen oder psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen sind im klassischen Setting nicht systematisch vorgesehen.

Das Konzept im Sinne von BETA-MeH ermöglicht eine kleinschrittige, flexible Gestaltung des Wiedereinstiegs in das Erwerbsleben. Im Unterschied zur klassischen stufenweisen Wiedereingliederung sieht dieses Vorgehen vor, dass erste Tätigkeitsaufnahmen auch unterhalb

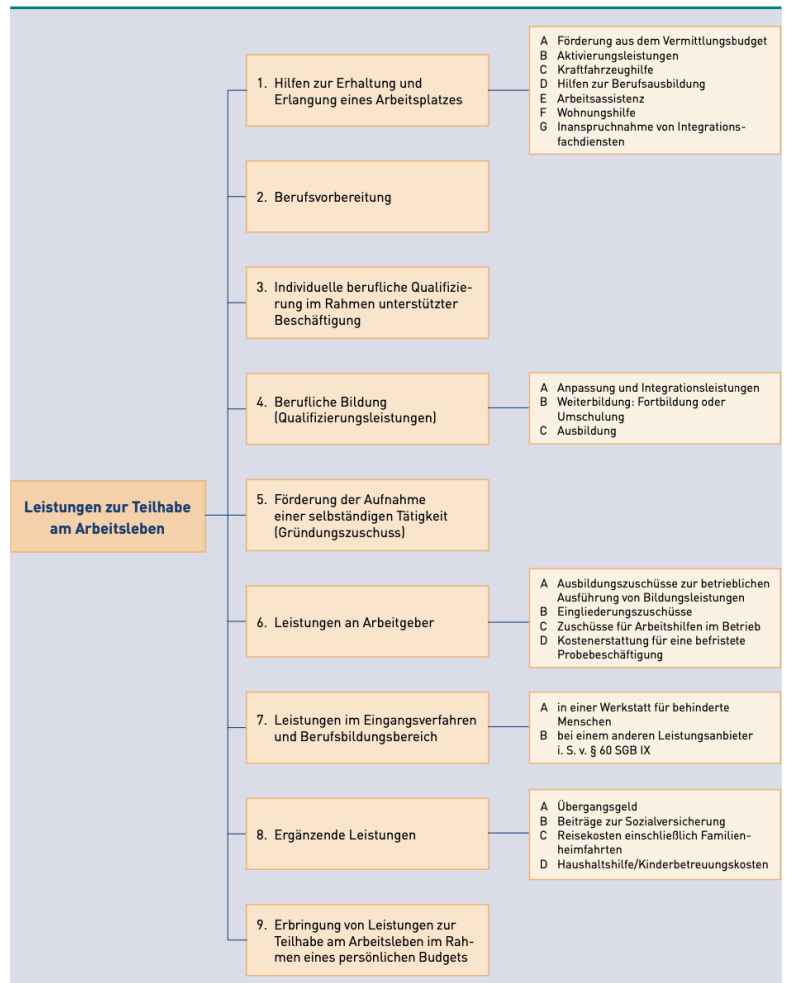


Abb. 2: Übersicht Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben [6]

der üblichen Zwei-Stunden zum Wiedereinstieg erfolgen können, Rückschritte als regulärer Bestandteil des Prozesses akzeptiert werden und die zeitliche Taktung der Maßnahmen individuell angepasst wird. Zudem kann die Intervention bei Bedarf auf bis zu 12 Monate ausgeweitet werden und wird kontinuierlich und strukturiert von der Fachkraft für betriebliche Intervention begleitet.

Jobcoaching

Obwohl das Jobcoaching im Bereich der LTA-Maßnahmen einzuordnen ist, soll an dieser Stelle näher auf die konzeptionelle Ausgestaltung eingegangen werden. Denn die im Rahmen des Modellprojekts entwickelte betriebliche Intervention wurde im Verlauf der Projektlaufzeit durch die Einführung des Jobcoaching bereits im Leistungskatalog der Deutschen Rentenversicherung teilweise integriert. Seit Juni 2023 können Rehabilitand:innen ein Jobcoaching als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch nehmen [1].

Zur Sicherstellung einer möglichst einheitlichen Umsetzung dieser Maßnahme haben sich die Bundesagentur für Arbeit, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, die Deutsche Rentenversicherung sowie die

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen auf eine gemeinsame Leistungsbeschreibung mit Stand 1.6.2025 verständigt [1]. Diese greift zentrale Elemente der im Modellprojekt BETA-MeH erprobten betrieblichen Intervention bereits auf.

Das Jobcoaching ist eine befristete, zielorientierte Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, die direkt am Arbeitsplatz oder Ausbildungsplatz durchgeführt wird. Ziel ist es, Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf sowie deren betriebliches Umfeld, einschließlich Kolleg:innen und Führungskräften, zu befähigen, arbeitsplatzbezogene Herausforderungen eigenständig zu bewältigen. Die Maßnahme setzt einen bestehenden Arbeitsplatz voraus und beginnt frühestens mit Aufnahme der Beschäftigung oder Ausbildung.

Jobcoaching kommt insbesondere bei Leistungseinbußen, Kommunikationsproblemen, strukturellen Schwierigkeiten im Arbeitsalltag oder beim Wiedereinstieg nach längerer Arbeitsunfähigkeit zum Einsatz. Es unterscheidet sich von anderen Rehabilitationsleistungen, wie etwa der Arbeitsplatzassistenten, durch seinen ganzheitlichen, entwicklungsorientierten Ansatz.

Ein zentraler Bestandteil ist die aktive Einbindung aller betrieblich Beteiligten sowie die Förderung von Selbstwirksamkeit und inklusiven Strukturen im Betrieb. Die Maßnahme kann mit anderen Rehabilitationsleistungen kombiniert werden, stellt jedoch eine eigenständige Leistung dar [1].

Im Unterschied zum Modellprojekt BETA-MeH ist das Jobcoaching jedoch nicht in eine Komplexleistung eingebunden. Rehabilitand:innen müssen dafür einen formalen LTA-Antrag stellen. Dadurch können Wartezeiten entstehen, die zu Brüchen im Rehabilitationsverlauf, Unterbrechungen der Übergangsgeldzahlung und zu einem erschwerten Wiedereinstieg führen können.

Ergebnisse

Mit Stand 31. Juli 2025 konnten bisher insgesamt 36 Interventionsverläufe im Rahmen des Modellprojekts BETA-MeH näher betrachtet werden. Von diesen wurden 23 Interventionen erfolgreich abgeschlossen, während dreizehn Fälle vorzeitig abgebrochen wurden. In

die Auswertung der vorliegenden Ergebnisse wurden lediglich die erfolgreich abgeschlossenen Interventionen sowie sechs Abbruchfälle, deren Interventionsdauer neun bis elf Monate betrug, einbezogen (vgl. **Abb. 3**). Sieben Abbrüche wurden nicht berücksichtigt, da die Intervention weniger als 2 Monate betrug und die Fachkraft der beruflichen Rehabilitation gar nicht oder nur in einem geringen Umfang tätig wurde.

Die maximale Interventionsdauer der betrachteten Fälle betrug 12 Monate. Im Durchschnitt erstreckte sich die Fallbegleitung über neun Monate.

Die Begleitforschung zeigt, dass Fachkräfte für betriebliche Intervention im Mittel 34 Stunden pro Fall aufwandten. Davon entfielen etwa 21,45 Stunden auf direkte Leistungen, wie Gespräche mit Rehabilitand:innen, Arbeitsplatzbesuche, Kontakte mit Arbeitgebenden sowie die Durchführung von Return to Work-Konferenzen (RTW-Konferenzen). Zusätzlich wurden 2,45 Stunden für Falldokumentationen und etwa 9,30 Stunden für Fahrtzeiten veranschlagt (**Abb. 3**).

Zusammenfassend entfielen etwa zwei Drittel der fachlichen Tätigkeit auf den direkten Kontakt mit Rehabilitand:innen und Arbeitgebenden sowie dem koordinierenden Fallmanagement. Ein Drittel der Arbeitszeit wurde für administrative und organisatorische Aufgaben aufgewendet – darunter die Sichtung von Tagesprotokollen, fallbezogene Recherchen sowie die Vor- und Nachbereitung von Terminen.

Die Häufigkeit von Arbeitsplatzvisiten (vgl. **Abb. 4**) variierte stark: In sieben Fällen (überwiegend Abbrüche) fanden keine statt, in einem Fall wurden bis zu 14 Besuche dokumentiert. Im Durchschnitt wurden 2,4 Arbeitsplatzbesuche pro Fall durchgeführt. Eine im Modellprojekt definierte Mindestanforderung zur Anzahl von Arbeitsplatzbesuchen durch die Fachkraft lag nicht vor, was aus Transferperspektive als Optimierungsansatz gesehen werden kann. Die Dauer eines Arbeitsplatzbesuchs betrug in der Regel 90 bis 120 Minuten.

Direkte Arbeitgeberkontakte – außerhalb von RTW-Konferenzen und Arbeitsplatzvisiten – erfolgten primär per E-Mail oder Telefon. Die Anzahl reichte von null bis elf Kontakten pro Fall, mit einem Durchschnitt von 3,24 Kontakten. Die Erreichbarkeit und Bereitschaft der Arbeitgebenden wirkte sich hier als relevanter Einflussfaktor aus. Fachkräfte berichteten insbesondere zu Beginn der Intervention von mehrfachen Anläufen zur Kontaktaufnahme, um ein Commitment zur Mitwirkung seitens der Arbeitgebenden zu erzielen. Einzelne Fälle zeigten deutliche Verzögerungen im Reintegrationsprozess aufgrund schwieriger Kontaktaufnahme oder fehlender Ansprechpersonen im Unternehmen. Die durchschnittliche Dauer eines direkten Arbeitgebenden-Kontakts betrug rund 15 Minuten.

RTW-Konferenzen wurden in allen Fällen dokumentiert, mit einer Spannweite von ein- bis achtmal pro Fall; der Durchschnitt lag bei drei Konferenzen je Fall. Die Teilnahme von Arbeitgebenden erfolgte in der Regel ab

Fallverläufe (n = 29)

- Erfolgreich abgeschlossen: **23 Fälle**
- Abbrüche: **6 Fälle**
- Ø Interventionsdauer: **9 Monate** (max. 12 Monate)
- Ø Fallbearbeitung: **34 Stunden**

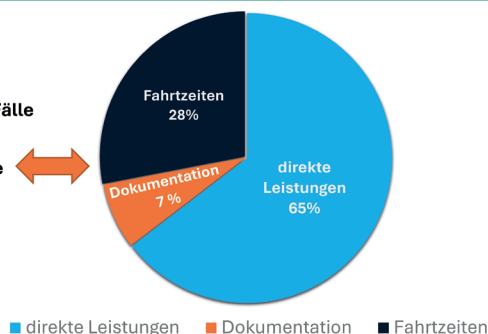


Abb. 3: Verteilung Gesamtaufwand Fachkraft für betriebliche Intervention/eigene Darstellung

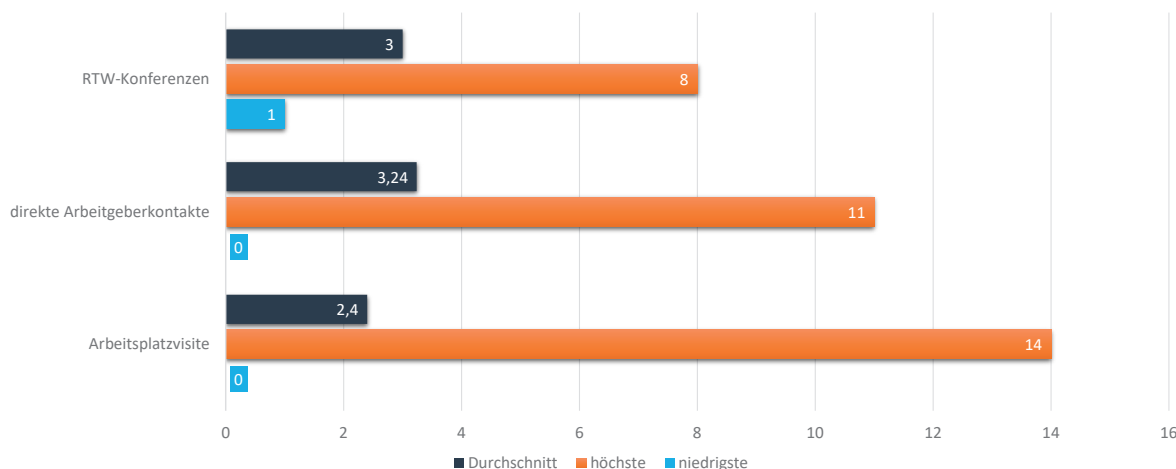


Abb. 4: Übersicht direkte Leistungen Arbeitgebereinbindung/eigene Darstellung

der zweiten Konferenz; vereinzelt fanden die RTW-Konferenzen direkt am Arbeitsplatz statt. Die Anzahl und inhaltliche Gestaltung orientierte sich an den Bedarfen der Rehabilitand:innen. Vorgesehen war lediglich die Durchführung einer Erst- und Abschlusskonferenz pro Fall.

Arbeitgeberperspektive im Modellprojekt

Da die Perspektive der Arbeitgebenden in der standardisierten Begleitforschung nur begrenzt erfasst werden konnte, erfolgte im letzten Drittel der Interventionserprobung eine ergänzende qualitative Befragung. Ziel war es, die Erwartungen und Erfahrungen der beteiligten Betriebe mit dem Modellprojekt zu erheben. Insgesamt nahmen fünf Arbeitgebende (n=5) an der Befragung teil. Die Ergebnisse sind nicht repräsentativ, geben jedoch Einblick in zentrale Gelingensbedingungen aus Sicht der betrieblichen Praxis:

1. Erwartungen zu Projektbeginn: Arbeitgebende verbinden mit ihrer Teilnahme die Hoffnung, dass betroffene Mitarbeitende in ihrem individuellen Tempo – über den Rahmen der üblichen stufenweisen Wiedereingliederung hinaus – an ihren Arbeitsplatz zurückgeführt werden können. Die Maßnahme wird als Chance wahrgenommen, Bedürfnisse und Belastungsgrenzen der Mitarbeitenden stärker zu berücksichtigen. Geäußerte Befürchtungen beziehen sich auf mögliche Überforderungen im Rückkehrprozess.
2. Erlebter Wiedereingliederungsprozess: Die Arbeitgebenden beschreiben die Begleitung durch die Fachkraft als strukturierend, wertschätzend und gut abgestimmt – insbesondere im Hinblick auf die Kommunikation und Einbindung über alle Phasen hinweg.
3. Herausforderungen im Prozess: Kritisch wird die teilweise verzögerte Bearbeitung ergänzender Leistungen, beispielsweise aufgrund fehlender Arbeitsplatz-

ausstattung, durch den zuständigen Leistungsträger DRV bewertet, was zu Verzögerungen im Wiedereingliederungsprozess führte.

4. Strategien zur Bewältigung: Fachkräfte und Unternehmen reagieren auf Verzögerungen mit wiederholten Nachfragen und Erinnerungen an den Kostenträger, um Bearbeitungsprozesse zu beschleunigen.
5. Berücksichtigung betrieblicher Anforderungen: Arbeitgebende fühlen sich im Gesamtprozess angemessen eingebunden. Die Absprachen erfolgen auf Augenhöhe und sowohl an den Bedarf der Mitarbeitenden als auch des Unternehmens ausgerichtet.
6. Wunsch nach Fortführung: Die Maßnahme wird durchweg als hilfreich bewertet – insbesondere durch ihre Flexibilität, die Druck reduziere und eine gesundheitsorientierte Rückkehr ermögliche. Die Option, Fachkräfte im Betrieb zu halten und Erwerbsminderungsrenten zu vermeiden, wurde in Zeiten des Fachkräftemangels als besonders wertvoll hervorgehoben.

Diskussion und Ausblick

Das im Modellprojekt erprobte Konzept der frühen Einbindung von Arbeitgebenden und dem Arbeitsplatz in den Rehabilitationsprozess verfolgt einen innovativen Ansatz, der über klassische Wiedereingliederungsmaßnahmen hinausgeht. Anstelle einer rein stufenweisen Rückkehr an den Arbeitsplatz in Verbindung mit klassischen LTA-Maßnahmen setzt das Konzept auf eine umfassende, multiprofessionell begleitete Wiedereingliederung, bei der der Arbeitsplatz selbst als zentrales Reha-Instrument genutzt wird.

Wesentlich ist hierbei die frühzeitige Verankerung der beruflichen Perspektive bereits in der medizinischen Rehabilitation. Durch die gezielte Kopplung der Rehabilitationsphasen D und E wird der Arbeits-

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 150 – 159 | <https://doi.org/10.14624/NR2601001> |
© Hippocampus Verlag 2026

Employer involvement as a success factor for the professional reintegration of people with acquired brain damage

S. Huthmann

Abstract

In Germany, the vocational reintegration of individuals with acquired brain injuries is structured through a multi-phase rehabilitative model aimed at restoring social and professional participation. While work-place-related aspects are increasingly considered during rehabilitation, the early, systematic, and structured involvement of employers and the actual workplace in the rehabilitative process is not yet established as a standardized practice.

This article focuses on an intersectoral intervention approach developed within the framework of the model project “BETA-MeH – Needs-Oriented Participation in Working Life for People with Acquired Brain Injuries.” The approach systematically links medical and vocational rehabilitation and integrates employers and workplace contexts early in the rehabilitation process. Initial findings emphasize the significance of a flexible, workplace-based design of vocational rehabilitation processes for complex target groups, such as individuals with acquired brain injuries, and reveal new potentials for tailoring participation trajectories.

At the same time, the approach places increased demands on companies, medical-therapeutic professionals, and funding institutions—particularly about coordination, resource availability, and standardization. From a systemic perspective, the article advocates for viewing employers not merely as cooperation partners but as integral actors in the rehabilitation process.

Keywords: Neurorehabilitation, combined medical and vocational rehabilitation, employer involvement, vocational reintegration

platz bzw. die Arbeitgeberseite frühzeitig in den Rehabilitationsprozess einbezogen. Diese Vorverlagerung beruflicher Fragestellungen in eine Phase, in der sich Rehabilitand:innen häufig noch in der Krankheitsverarbeitung und -akzeptanz befinden, stellt auch eine erhebliche Herausforderung dar. In dieser Phase ist eine realistische Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit oft noch nicht möglich. Außerdem bestehen vielfach Unsicherheiten im Hinblick auf den Umgang mit der eigenen gesundheitlichen Situation gegenüber den Arbeitgebenden. Gleichzeitig zeigen Erfahrungen aus der Praxis, dass eine Über- oder Unterschätzung des eigenen Leistungsvermögens zu Ablehnung von Unterstützungsangeboten führen kann, was im weiteren Verlauf zu Scheiternserfahrungen am Arbeitsplatz beiträgt und langfristig eine nachhaltige berufliche Teilhabe gefährden kann.

Es bedarf daher eines guten Gespürs für den richtigen Zeitpunkt der Ansprache seitens der rehaklinischen Akteure, wann und wie im Rehabilitationsprozess die berufsorientierte Perspektive eingebracht werden kann, um Überforderung zu vermeiden und die Motivation der Betroffenen zu fördern und gleichzeitig den Übergang von Genesung in die Auseinandersetzung mit der Rückkehr an den Arbeitsplatz nicht zu verpassen.

Mit der Einbindung der Arbeitgebenden bzw. des unmittelbaren Arbeitsplatzes bereits zu Beginn der medizinischen Rehabilitation gelingt es, die rehaklini-

sche Phase bereits auf den Arbeitsplatz abzustimmen und im Anschluss die berufliche Rehabilitation direkt an den Arbeitsplatz zu verlegen. Der Arbeitsplatz wird als ein Instrument der Rehabilitation etabliert. Dies erfordert von der Fachkraft eine vertrauensvolle sowie transparente Kommunikation in Richtung Rehabilitand:in und Arbeitgebenden sowie den anderen professionellen Akteuren, wie Fallmanagement und medizinisch-therapeutische Akteure. Zudem benötigt diese innovative Vorgehensweise eine strukturierte Koordination der beteiligten Personen sowie die Bereitschaft über die Grenzen der eigenen fachlichen Profession intersektoral zu agieren. Überdies ist auf betrieblicher Seite der Aufwand nicht zu unterschätzen: Der betriebliche Rehabilitationsansatz erfordert über einen maximalen Zeitraum von 12 Monaten ein hohes Maß an Flexibilität hinsichtlich Zeit und Dauer der Maßnahme sowie der rehabilitandenorientierten Ausgestaltung der Wiedereingliederung. Außerdem sind für die innerbetriebliche Begleitung des Rehabilitanden bzw. der Rehabilitandin erhebliche personelle Kapazitäten bereitzuhalten und die Sensibilisierung von Kolleg:innen ist ein nicht zu unterschätzender Faktor für einen gelingenden Return to Work. Insbesondere kleinere und mittlere Unternehmen können hier an ihre Grenzen stoßen, da ihnen ggf. spezialisierte Ansprechpersonen oder umfassende innerbetriebliche Gesundheitsstrukturen fehlen. In größeren Betrieben hingegen kann es durch lange Entscheidungswege und unklare Zuständigkeiten zu Verzögerungen und Reibungsverlusten kommen.

Arbeitgebende als wesentliche Akteure für das Gelingen von Wiedereingliederungsprozessen

„Gelingende Integrationsprozesse zeichnen sich dabei dadurch aus, dass direkte Vorgesetzte als Schlüsselakteure in allen Phasen relevant sind und eine zentrale Rolle bei der Koordination der Integration spielen“ [8].

Die Nutzung des Arbeitsplatzes als Rehabilitationsinstrument markiert einen innovativen Paradigmenwechsel innerhalb der beruflichen Rehabilitation: Weg von externen Maßnahmen, hin zu einer ressourcenorientierten Einbindung des realen Arbeitsumfelds. Die im Modellprojekt umgesetzte Interventionsstrategie setzt hierbei bewusst auf die frühzeitige und individuell abgestimmte Zusammenarbeit zwischen Rehabilitand:innen, professionellen Akteuren des Rehabilitationssystems, Kostenträgern und Arbeitgebenden bzw. direkten Vorgesetzten. Letztere verfügen aufgrund ihrer innerbetrieblichen Position über ein differenziertes Wissen zu formellen und informellen Betriebsstrukturen sowie über die notwendigen Handlungsspielräume zur praktischen Umsetzung und Koordination gesundheitsbezogener Maßnahmen [8].

Auch aus systemischer Perspektive wird deutlich, dass Arbeitgebende im rehabilitativen Wiedereingliederungsprozess nicht lediglich als externe Stakeholder,

sondern als integrale Akteure des Rehabilitationsgeschehens verstanden und entsprechend einbezogen werden sollten. Ihre frühzeitige und koordinierte Einbindung stellt ein zukunftsweisendes Gestaltungsprinzip dar, um betriebliche Rehabilitationsverläufe individueller, wirksamer und arbeitsplatznäher zu gestalten. Zentral ist hierbei eine flexible Anpassung der Rehabilitationsinhalte an betriebliche Gegebenheiten einerseits und an den Bedarfen der Rehabilitand:innen andererseits – sowohl auf Seiten der Unternehmen als auch innerhalb der institutionellen Rehabilitationsstrukturen. Vor dem Hintergrund, dass Arbeitgebende nicht verpflichtet sind, einer Wiedereingliederung zuzustimmen oder sich aktiv daran zu beteiligen, ist die Rolle der Fachkraft für betriebliche Intervention von besonderer Bedeutung im Wiedereingliederungsprozess. Ihre Aufgabe besteht darin, im Wiedereingliederungsprozess eine allparteiliche und neutrale Haltung einzunehmen, um die jeweiligen Erwartungen und Bedarfe von Rehabilitand:innen und Arbeitgebenden moderierend miteinander in Einklang zu bringen. Interventionsformate wie regelmäßige RTW-Konferenzen und intersektorale Austauschformate unterstützen diesen Prozess wirkungsvoll.

Gleichzeitig braucht es ein hohes Maß an Flexibilität zum Einsatz flankierender Leistungen aus den Bereichen des SGB V und VI sowie direkter Anpassungsmaßnahmen am Arbeitsplatz.

Aufseiten des Kostenträgers bedarf es zudem klar definierte Mindestanforderungen und einheitliche Standards, um die Qualität der Leistungen in einem betrieblich orientierten Setting langfristig sichern zu können.

Dem gegenüber stehen jedoch substanzielle Potenziale: Verkürzte Rehabilitationsverläufe und die Vermeidung von vorzeitiger Erwerbsminderung bei der Zielgruppe der Menschen mit erworbener Hirnschädigung können zu erheblichen Kosteneinsparungen im Rehabilitationssystem beitragen. Gleichzeitig leistet die gelingende Wiedereingliederung einen wichtigen Beitrag zur Fachkräftesicherung sowie zur Stabilisierung von Beitragsflüssen innerhalb des gegliederten sozialen Sicherungssystems.

Erste Erkenntnisse aus dem Modellprojekt deuten darauf hin, dass eine konsequent verknüpfte medizinisch-berufliche Rehabilitation einschließlich der aktiven Nutzung des Arbeitsplatzes als Rehabilitationsinstrument wesentlich zur langfristigen und nachhaltigen beruflichen Teilhabe von Menschen mit erworbener Hirnschädigung beitragen kann.

Abschließend lässt sich mit Blick auf das Transferpotenzial festhalten, dass die frühzeitige Einbindung von Arbeitgebenden sowie des realen Arbeitsplatzes nicht ausschließlich im Kontext einer systematischen Kopplung der Phasen D und E erfolgen muss. Vielmehr kann sie auch unabhängig davon als eigenständiges konzeptionelles Element erfolgreicher beruflicher Integrationsprozesse in der beruflichen Rehabilitation verankert werden.

Literatur

1. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (2025). Leistungsbeschreibung vom 01.06.2025 der Deutschen Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen zur Förderung eines Jobcoachings nach dem SGB IX. 1-9.
2. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (o.D.). Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben-rehapro. https://www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Home/home_node.html. 23.7.2025.
3. Claros-Salinas D. Berufliche Teilhabe und Wiedereingliederung in der Neurorehabilitation. Göttingen: Hogrefe Verlag 2023
4. Claros-Salinas D, Čunderlik VC, Greitemann G. Zurück in den Beruf – subjektive und objektive Perspektiven berufsorientierter Neurorehabilitation. *Neurol Rehabil* 2012; 18(5): 275-290
5. Deutsche Rentenversicherung. (o. D.). G0832 - Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für die Versicherten. https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Formulare/DE/_pdf/G0832.html. 3.7.2025.
6. Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) (Hrsg.). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Berlin: DRV Bund 2018, 7-14
7. Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) (Hrsg.). Medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation. Berlin: DRV Bund 2023
8. Hergesell J. Prozessorientierte betriebliche Gesundheitsforschung. Integration bei bedingter Gesundheit im Arbeitsalltag. *ZQF* 202). 2, 259, 251.
9. Schwarz B, Claros-Salinas D, Streibelt M. Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. *J Occup Rehabil* 2019; 28
10. Streibelt M, Zollmann P, Rasch L et al. Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund neurologischer Erkrankungen. Repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. *Rehabilitation* 2023; 62: 29

Korrespondenzadresse

Susann Huthmann M. A.
Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Prävention und Rehabilitation
Dez. 8024, Bereich Weiterentwicklung von Teilhabeleistungen
10704 Berlin
susann.huthmann@drv-bund.de