

Erprobung eines innovativen Versorgungskonzeptes BETA-MeH aus der Perspektive der Deutschen Rentenversicherung Bund

R. Heyme¹

¹ Deutsche Rentenversicherung Bund

Zusammenfassung

Um die Versorgung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen zu verbessern, erprobt die Deutsche Rentenversicherung Bund in dem Projekt „BETA-MeH – Bedarfsfokussierte Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen“ gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Rheinland und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See eine innovative Komplexleistung, in der medizinische und berufliche Rehabilitation gekoppelt und Rehabilitand:innen darüber hinaus bis zu 12 Monate bei ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz begleitet werden. Die Wiedereingliederung wird durch Fachkräfte der beruflichen Rehabilitation und Fallmanager:innen individuell und orientiert an den konkreten Anforderungen des Arbeitsplatzes passgenau gestaltet wird.

Als Akteur des Rehabilitationssystems ist die Erprobung der BETA-MeH-Intervention für die Rentenversicherung eine Gelegenheit, ihre eigene Zielstellung und Perspektive in die Erprobungspraxis einzubringen und aktiv die Erfahrungen zu reflektieren. Mit Blick auf das Versorgungssystem profitieren Rehabilitand:innen von Rehabilitationsleistungen, sofern diese verfügbar, zugänglich und angemessen sind. Die bisherigen Erfahrungen der Interventionserprobung zeigen, dass der Aufbau und die Pflege eines Netzwerkes an neurologischen Rehabilitationskliniken, Fachkräften zur aufsuchenden Begleitung bei der Rückkehr an den Ar-

beitsplatz und aufsuchenden Fallmanager:innen, mit dem die Intervention durchgeführt werden kann, jenseits von urbanen Ballungsräumen schwierig werden kann. In der Interventionserprobung zeigen sich Herausforderungen, Rehabilitand:innen in einer Anschlussheilbehandlung von dem Nutzen der Intervention zu überzeugen, weil entweder die Herausforderung und Belastungen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz (noch) nicht antizipiert werden können oder die Auseinandersetzung mit der Rückkehr an den Arbeitsplatz (noch) überfordert.

Trotz solcher Herausforderungen zeigen die ersten Daten der wissenschaftlichen Begleitung, dass diejenigen Rehabilitand:innen, die erreicht werden konnten, von der Komplexleistung profitieren. Interventionsteilnehmer:innen kehren häufiger an ihren Arbeitsplatz zurück, weisen seltener psychische Beeinträchtigungen in den Bereichen Angst und Depression auf und erleben sich selbst sowohl in körperlichen als auch neurokognitiven Bereichen als weniger beeinträchtigt. Die Dauer von bis zu 12 Monaten bietet Zeit für kleinschrittige, flexibel anpassbare Belastungssteigerungen, die mit Belastungen und Unterstützungsstrukturen in anderen Lebensbereichen abgestimmt werden können. Die Einbindung des Arbeitgebers ermöglicht es, auch für den Betrieb tragbare Anpassungen am Arbeitsplatz zu finden.

Schlüsselwörter: Neurorehabilitation, berufliche Rehabilitation, berufliche Wiedereingliederung, Fallmanagement, Arbeitgeberbindung

rehapro – eine Förderinitiative für Rentenversicherung und Jobcenter

Mit dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ setzt das Bundesministerium, für Arbeit und Soziales (BMAS) den Auftrag des Gesetzgebers, gemäß § 11 SGB IX Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation durchzuführen, um, Ziel des Bundesprogramms rehapro ist es, durch die Erprobung von innovativen Leistungen und innovativen organisatorischen Maßnahmen Erkenntnisse zu gewinnen, wie die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen besser erhalten bzw. wiederhergestellt werden kann. Die Förderinitiative rehapro richtet sich an Jobcenter und Rentenversicherungsträger als Kostenträger von Rehabilitationsleistungen. Dies unterscheidet sie von anderen Förderprogrammen, die sich

i. d. R. an natürliche Personen, an Unternehmen oder Forschende richten. Hier sind dagegen gezielt Jobcenter und Rentenversicherungsträger aufgefordert, Projekte zur Entwicklung, Erprobung und Evaluation von innovativen Teilhabeleistungen durchzuführen. Dadurch ergibt sich zum einen die klare Verantwortlichkeit der Kostenträger für die Projektdurchführung. Zum anderen bietet sich dadurch die Möglichkeit eines Perspektivwechsels: Von Anfang an kann und muss Verwaltung bei der Erprobung von Innovationen mitgedacht werden. Innovative Interventionen erfordern z. T. ebenso innovative Verwaltungsstrukturen oder zumindest vorläufige Lösungen. Im Projektverlauf und umso mehr mit zunehmender Etablierung der Innovation im Projekt können verwaltungsseitige Fragestellungen mitgedacht und bearbeitet werden, wie es ohne Einbindung von Behörden in klassischen Forschungsprojekten nicht möglich ist.

Auftrag der DRV

Für die Perspektive der Rentenversicherung gilt es, sich deren gesetzlichen Auftrag – den Schutz vor den Risiken des Alters, der Erwerbsunfähigkeit und des Todes sowie der Förderung der beruflichen Teilhabe – vor Augen zu führen. Mit Angeboten zur Prävention und zur medizinischen wie beruflichen Rehabilitation trägt sie dazu bei, vorzeitige (Erwerbsminderungs-)Renten zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund ist die Zielsetzung der rehapro-Initiative, die Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten, zu verstehen. Auch aus einer sozialökonomischen Perspektive ergibt dies Sinn. In einem solchen Selbstverständnis lohnt es sich, langfristig in Teilhabeleistungen bzw. auch in deren Weiterentwicklung zu investieren. Stellt man die durchschnittliche Erwerbsminderungsrente im Jahr 2023 von 1.001 € pro Monat [14] einer komplexen bis zu 12 Monaten dauernden Teilhabeleistung mit entsprechendem Übergangsgeldanspruch gegenüber, wird schon ohne die Gegenrechnung von Einnahmen durch Sozialversicherungsbeiträge deutlich, dass sich auch vermeintlich hohe Investitionen in Teilhabeleistungen in einer erwerbsphasenbezogene Perspektive rechnen können [21].

Der Schutz vor Risiken des Alters mittels Rentenbezügen basiert auf einem institutionellen Stabilitätsversprechen, bei dem Arbeitnehmer:innen während ihres Arbeitslebens Rentenversicherungsbeiträge abführen und später, im Rentenalter, Rentenbezüge zu erhalten. Ein solches Stabilitätsversprechen kann Innovationsprozessen zur Verbesserung der eigenen Teilhabeleistungen entgegenstehen, mindestens ist hier mit Zielkonflikten und Ambivalenzen zu rechnen. Vor dem Hintergrund dieser Rahmung sind die nachfolgenden Ausführungen zu verstehen. Sie bildet den Ausgangspunkt für die Themen, die aus der Sicht einer bundesweiten Verwaltungsbehörde relevant sind. Die Ausführungen beziehen sich auf das konkrete rehapro-Modellprojekt „Bedarfsfokussierte Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen“ (BETA-MeH). Einzelne Themen und Aspekte tauchen in ähnlicher Weise oder in anderen Zusammenhängen und Kombinationen in vielen weiteren rehapro-Projekten auf.

Die innovativen Elemente der BETA-MeH-Intervention aus der Verwaltungsperspektive

Das rehapro-Modellprojekt BETA-MeH wurde von der DRV Bund beantragt und koordiniert und wird gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Rheinland und Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durchgeführt. Anhand der eigenen Verwaltungsdaten der Rentenversicherung lässt sich Handlungsbedarf zur Optimierung der Versorgung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen erkennen: Nur etwa der Hälfte der Rehabilitand:innen gelingt es, innerhalb von zwei Jahren nach dem Ende einer neurologischen Reha-

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 160 – 169 | <https://doi.org/10.14624/NR2601003> | © Hippocampus Verlag 2026

Testing an innovative care concept, BETA-MeH, from the perspective of the German Federal Pension Insurance Fund

R. Heyme

Abstract

In order to increase the Return to Work (RTW) rate after acquired brain injury (ABI) the German Federal Pension Insurance (DRV Bund) runs the RTC study “Needs-focused participation in working life for people with acquired brain injuries” („BETA-MeH – Bedarfsfokussierte Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen“). The intervention consists of a complex rehabilitation strategy which combines medical and vocational rehabilitation services. Up to 12 months people with ABI are accompanied on their return to their existing workplace by professionals for vocational rehabilitation and case managers. The return to work process can be adapted to the individual needs of the person with ABI and vocational requirements. As an important stakeholder in the German rehabilitation service system the pension insurance considers the study as an opportunity to measure its goals to acquire perspectives involved and to reflect on the intervention experiences. People with ABI can only benefit from rehabilitation services if they are available, accessible and appropriate.

The previous experience of the intervention points out that the setup and maintenance of a network of neurorehabilitation centers, professionals in vocational rehabilitation and case managers who closely interact and who need to go to their client’s homes and workplaces could be challenging in less urban areas than the study region of Cologne/Bonn/Düsseldorf. Additionally, there are difficulties in reaching people with ABI while their inhabitation in neurorehabilitation clinic because half of them either do not recognize their demand of supply or feel unable to cope with the idea of involving their employer in their convalescence or to go back at their workplace.

Despite such challenges, first findings indicate the effectiveness of the BETA-MeH-intervention: Persons in the treatment group return to work more often and have less instances of anxiety and depression. Furthermore, they seem to have less physical and neurocognitive impairments after the observation period of one year.

The up to one year support in the return to work process facilitates small and adjusted increases in workload and daily life associated strains. The integration of the employer supports job arrangements which take the company’s perspective and needs into account, so that the return to work tends to be more sustainable.

Keywords: neurorehabilitation, vocational rehabilitation, return to work, case management, employer involvement

bilitation wieder in Arbeit zurückzukehren, obwohl deutlich mehr Rehabilitand:innen mit positiver Erwerbsprognose entlassen werden [17, 23].

Eine Metasynthese zu förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Rückkehr in Arbeit nach Schlaganfall von Schwarz et al. misst dem Versorgungssystem eine wesentliche Rolle bei der Rückkehr in Arbeit bei Teilhabeleistungen müssten demzufolge im Versorgungssystem verfügbar, zugänglich und angemessen sein, um die Rückkehr in Arbeit zu unterstützen [22]. Unklare Verantwortlichkeiten, fehlende Kommunikation und mangelnde Koordination zwischen verschiedenen zuständigen Akteuren sowie fehlende passende Versorgungspfade seien für Schlaganfallpatienten mit einem Risiko verbunden, nicht optimal versorgt zu werden.

Hinzu komme, dass die vorhandene Versorgung selten bedarfsorientiert und individuell flexibel gestaltet werde [22, 25]. Für die Entwicklung einer Intervention wurden daraus vier innovative Merkmale abgeleitet (ausführlicher dazu bei Claros-Salinas et al. in diesem Heft [9]).

(1) Kopplung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation

Mit dem Ziel, die Erwerbsfähigkeit zu sichern, kann die Rentenversicherung die Kostenträgerschaft für medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen übernehmen. In der aktuellen Praxis der medizinischen Rehabilitation in der Neurologie steht dabei die medizinische Genesung im Vordergrund. Auch bei Behandlungsformen, in denen aufgrund besonderer beruflicher Problemlagen ein stärkerer Bezug zu beruflichen Fragestellungen hergestellt wird, kann in der Regel das konkret bestehende betriebliche Setting nicht in Augenschein genommen, geschweige denn in die medizinische Rehabilitation einbezogen werden. In der BETA-MeH-Intervention werden arbeitsplatzbezogene Aspekte mithilfe eines strukturierten Arbeitsplatzassessments und eines fallbezogenen Austauschs von Fachkräften der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in sog. Return to Work-Konferenzen stärker in die medizinische Rehabilitation einbezogen. Weiterhin soll für die Rehabilitand:innen ein Versorgungsbruch zum Ende der medizinischen Rehabilitation vermieden werden. Deshalb wurde eine Komplexleistung entwickelt, die sowohl die medizinische als auch die berufliche Rehabilitation umfasst. Dies unterstützt die Kommunikation der beteiligten professionellen Akteure in der rehabilitativen Versorgung untereinander und ermöglicht die Parallelität von Maßnahmen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation.

(2) Flexibilisierung von Leistungen

Für eine bedarfsgerechte Versorgung werden die konkreten Therapien und Maßnahmen in der Komplexleistung flexibel und in der kooperativen Verantwortung der beteiligten Fachkräfte in Abstimmung mit dem:r Rehabilitand:in geplant und umgesetzt. Entgegen der üblichen Praxis der medizinischen Rehabilitation wurden keine Vorgaben hinsichtlich der Dauer, des Umfangs oder der Abfolge von Leistungen formuliert. Für die Umsetzung der Intervention wird ein Zeitraum von bis zu 12 Monaten eingeräumt. Um die Bedarfsorientierung strukturell zu unterstützen, wird ein fallpauschaliertes Preismodell erprobt. Die Pauschale lässt einen möglichst großen, dem individuellen Bedarf folgenden Spielraum für den Einsatz einzelner Maßnahmen und setzt gleichzeitig den grundsätzlichen Anreiz für eine schnelle und nahtlose Rehabilitation. Die Idee ist, die erfolgreiche Rückkehr in Arbeit zu honorieren.

(3) Arbeitsplatzorientierung

Zur Stärkung der Bedarfsorientierung und Passgenauigkeit ist es bedeutsam, dass die Rehabilitation die konkreten betrieblichen Anforderungen des Arbeitsplatzes berücksichtigt.

Durch einen systematischen Abgleich der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des:r Rehabilitand:in mit den konkreten Anforderungen des Arbeitsplatzes bzw. der Tätigkeit in dem „Profilabgleich Anforderungen und Leistungsfähigkeit (PAL)“ [8] kann die betriebliche Intervention sehr individualisiert und bedarfsorientiert geplant werden. Die Umsetzung einer solchen betrieblichen Intervention erfordert dann einerseits eine umfangreiche Einbindung betrieblicher Akteure und andererseits die physische Begleitung an den bestehenden Arbeitsplatz im Rahmen der betrieblichen Intervention.

(4) Fallmanagement

Um Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen im Zugang von Versorgungsangeboten im segmentierten Gesundheits- und Sozialwesen zu unterstützen, wird neben der therapeutischen Begleitung der betrieblichen Wiedereingliederung ein koordinierendes, sektorenübergreifendes Fallmanagement eingesetzt.

Die Umsetzung der innovativen Elemente aus der Verwaltungsperspektive

Jede der vier Innovationen geht für die Rentenversicherung als Verwaltungsbehörde und Kostenträger mit spezifischen Herausforderungen einher:

Kopplung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in einer Komplexleistung

Teilhabeleistungen der Rentenversicherung leiten sich aus ihrem gesetzlichen Auftrag ab. Der Auftrag für die medizinische Rehabilitation und die berufliche Rehabilitation beziehen sich dabei auf unterschiedliche gesetzliche Grundlagen, was eine konzeptionelle Trennung der Leistungen nach sich zieht. Es gibt nur wenige Konzepte, die diese sektorale Grenze überwinden. Die medizinisch-berufliche Rehabilitation (mbr Phase II) [1], die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation MBOR Stufe C [11] und die Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK) [2] können hier beispielsweise genannt werden.

Diese Konzepte, wie auch BETA-MeH, bringen bei der verwaltungsseitigen Umsetzung Herausforderungen mit sich. Die medizinisch-berufliche Rehabilitation (mbr Phase II) wird von der Rentenversicherung als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben bewertet, die MBOR hingegen als medizinische Rehabilitation. Bei der RPK findet im Verlauf der Leistung ein Wechsel von einer medizi-

nischen hin zu einer beruflichen Teilhabeleistung statt, der sich zeitlich an den überwiegenden Inhalten der Maßnahme orientiert.

Eine Zuordnung in die eine wie in die andere Richtung ist mit fundamentalen Fragestellungen verbunden. Mit der rechtlichen Einordnung sind für die Rentenversicherung Fragen der Zulassungsvoraussetzung und -verfahren für die Anbieter von Teilhabeleistungen verbunden. Darüber hinaus sind damit Fragen der Anspruchsvoraussetzungen für die Leistung einerseits sowie der Anspruchsvoraussetzungen und der Berechnungsgrundlage für Entgeltersatzleistungen und weitere ergänzende Leistungen für die Versicherten bzw. Rehabilitand:innen verbunden. In arbeitsteiligen Verwaltungsbehörden stellt sich auch die Frage nach Bearbeitungspfaden der Anträge und damit verbundenen personellen Ressourcen.

§11 (3) SGB IX räumt die Möglichkeit ein, im Rahmen der rehapro-Initiative Interventionen jenseits der aktuellen Gesetzesgrundlagen zu erproben:

„Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates regeln, ob und inwieweit die Jobcenter nach § 6d des Zweiten Buches, die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Durchführung eines Modellvorhabens [...] von den für sie geltenden Leistungsgesetzen sachlich und zeitlich begrenzt abweichen können.“

Einige der rehapro-Projekte nutzen den §11 (3) SGB IX, um Maßnahmen jenseits bestehender Gesetzesgrundlagen zu erproben. Für den spezifischen Fall der BETA-MeH-Intervention eignet sich diese Regelung allerdings nicht. Die Erprobung einer Intervention, die nicht berufsbegleitend und im Einzelfall bis zu 12 Monate durchgeführt werden kann, ist ohne Entgeltersatzleistungen nicht denkbar. Um Anspruch auf Entgeltersatzleistungen zu definieren, war eine rechtliche Einordnung der Intervention für die Projektlaufzeit nötig. Die Betriebliche Intervention findet zwar am Arbeitsplatz statt, zu Beginn aber häufig nicht in der vom Arbeitgeber erwarteten Qualität und häufig in einem sehr begrenzten zeitlichen Umfang, um die Rehabilitand:innen nicht initial zu überlasten. Die begleitete Rückkehr an den Arbeitsplatz im Arbeitsunfähigkeitsstatus ist dennoch sinnvoll, um eben die Qualität und Quantität der Arbeitsleistung zu trainieren und kleinschrittig wieder aufbauen zu können. Ein Anspruch des Arbeitgebers an die Arbeitsleistung besteht währenddessen nicht.

In Absprache mit dem BMAS wurde die Komplexleistung für die Dauer der Projektlaufzeit sozialrechtlich als medizinische Rehabilitation eingeordnet.

Fallmanagement

Das Fallmanagement unterstützt angesichts der hohen sozialrechtlichen Komplexität des gegliederten Versorgungssystems und der Vielschichtigkeit der (zumindest

vorübergehend) noch bestehenden Einschränkungen die Rehabilitand:innen dabei, passende Teilhabe- und Versorgungsangebote zu identifizieren und Zugang zu ihnen zu erhalten.

Die Herausforderung, die das Fallmanagement als innovatives Element der Intervention an die Rentenversicherung stellt, hängen ebenfalls mit dessen rechtlicher Verortung zusammen. Im Verständnis der Rentenversicherung unterscheidet sich Fallmanagement grundsätzlich von anderen Teilhabeleistungen: Fallmanagement ist eine eigenständige Beratungsleistung, die über eine Beratung zu einer spezifischen Leistung der Rentenversicherung deutlich hinausgeht. Eine gesetzliche Ausgestaltung zum Fallmanagement fehlt bislang aber noch (Stand Sep. 2025).

Für die Dauer der Projektlaufzeit konnte aufgrund der oben beschriebenen Regelung nach §11 (3) SGB IX Fallmanagement in rehapro-Projekten auch ohne Rechtsgrundlage erprobt werden. Für BETA-MeH wurde jedoch die Festlegung getroffen, dass das Fallmanagement Bestandteil der Komplexleistung ist.

Arbeitsplatzorientierung

Die Arbeitsplatzorientierung ist wesentlich, um die Intervention passgenau zu gestalten und eine nachhaltige Rückkehr an den Arbeitsplatz zu erzielen. Die betriebliche Intervention findet direkt am Arbeitsplatz statt und kann häufig nur erfolgreich sein, wenn Anpassungs- und Gestaltungsspielräume hinsichtlich Arbeitsumfang, Arbeitszeitlage, technischer Ausstattung, Art, Umfang und Organisation von Aufgaben etc. genutzt werden [7, 20].

Arbeitsplatzorientierung in diesem Sinne setzt zum einen eine über die formale Einverständniserklärung hinausgehende Einbindung des Arbeitgebers und weiterer betrieblicher Akteure voraus. Ist ein Arbeitgeber von Anfang an nicht bereit oder verweigert die Zusammenarbeit im Laufe der Intervention, muss die Intervention abgebrochen werden. Da es aber keine gesetzliche Mitwirkungspflicht zu einer solchen Rehabilitation für Arbeitgeber gibt, können sich Arbeitgeber verweigern.

Arbeitsplatzorientierung in diesem Sinne setzt in der Konsequenz auch ein anderes Verständnis rehabilitativer Arbeit voraus. Rehabilitand:innen sind die Zielgruppe der Arbeit der Fachkräfte der beruflichen Rehabilitation. Aber die betrieblichen Akteure müssen ebenso in die Arbeit einbezogen werden, um den Prozess der Rückkehr an den Arbeitsplatz gemeinsam zu gestalten und Lösungen zu finden, die langfristig den Fähigkeiten und Einschränkungen der Beschäftigten und auch den Bedarfen der Betriebe entsprechen.

Die Beteiligung an der Studie ist für Rehabilitand:innen freiwillig. Ohne die Bereitschaft der Rehabilitand:innen, ihre Arbeitgeber einzubinden, ist das Interventionskonzept aber nicht umsetzbar.

Flexibilisierung von Leistungen

Der weitestgehende Verzicht auf Vorgaben zur Dauer, Abfolge und Umfang von Leistungsinhalten dient der Ausrichtung der Rehastrategie am tatsächlichen Bedarf der Rehabilitand:innen. Vor allem vor dem Hintergrund der Gleichbehandlung der Rehabilitand:innen bzw. der Qualitätssicherung stellt dieser Anspruch aber auch eine Herausforderung für die Rentenversicherung dar.

In der Regelversorgung begegnet die Rentenversicherung diesem Anspruch mit Mindestanforderungen und -korridoren wie z. B. in Form der Reha-Therapie-Standards, z. B. für Schlaganfall [10] oder Fachkonzepten für bestimmte Leistungen [11]. Der Verzicht auf solche Anforderungen erfordert bei verschiedenen Interessengruppen ein hohes Maß an Vertrauen in die Kompetenzen der Interventionspartner. Das hohe Maß an Flexibilität kann insbesondere beim rehaklinischen Team und den Rehabilitand:innen Unsicherheit über die nachfolgenden Interventionsleistung des Fallmanagements und der betrieblichen Intervention erzeugen. Rehabilitand:innen müssen sich auf eine Versorgung einlassen, ohne die einzelnen Schritte ihrer Versorgung zu diesem Zeitpunkt zu kennen. Solange die Verantwortung für die Identifikation der Zielgruppe in den Kliniken verortet wird, müssen die Zuständigen in den Kliniken trotz fehlender Vorgaben konkrete Vorstellung über die Leistung der Fallmanager:innen und der Fachkräfte für die betriebliche Intervention haben, um die richtige Zielgruppe identifizieren zu können und ihr den Mehrwert der Versorgung nahelegen zu können.

Die fehlende Standardisierung erweist sich für die Qualitätssicherung ebenfalls als Herausforderung. Die Rentenversicherung ist ihren Beitragszahlern gegenüber verpflichtet, ihre Mittel effizient einzusetzen und in diesem Sinne nicht nur die Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen zu prüfen, um Fehlversorgungen zu vermeiden. Sondern sie trägt auch eine Mitverantwortung bei der Absicherung der Qualität von Teilhabeleistungen [23]. In dem rehapro-Modellprojektes BETA-MeH erfolgt die Qualitätssicherung zunächst im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung. Sie umfasst vorrangig Fragen der Prozessqualität sowie der Ergebnisqualität.

Erfahrungen bei der Umsetzung der innovativen Elemente in der Verwaltungsperspektive

Aus Sicht der Rentenversicherung können die Erfahrungen bei der modellhaften Erprobung der „Bedarfsfokussierten Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen“ im Rahmen eines rehapro-Projektes wie in der eingangs erwähnten Metasynthese in den Dimensionen der Angemessenheit, der Verfügbarkeit und des Zugangs der Versorgung beschrieben werden.

Verfügbarkeit

Zielgruppenspezifische Versorgungskonzepte können nur genutzt werden, wenn sie für die angestrebte Zielgruppe verfügbar sind.

Die Rentenversicherung setzt in der medizinischen Rehabilitation seit einigen Jahren verstärkt auf wohnortnahe, ambulante Strukturen, um den Transfer von der Klinik in den Alltag der Rehabilitand:innen zu unterstützen. Der Großteil der medizinischen Rehabilitationen aufgrund neurologischer Erkrankungen wird aber weiterhin stationär durchgeführt [17]. Die BETA-MeH-Intervention ist allerdings konzeptionell wohnort- bzw. arbeitsortnah verankert. Denn Fallmanagement kann nur mit sozialräumlicher Einbindung am Wohn- und Arbeitsort sinnvoll umgesetzt werden und die betriebliche Intervention unterscheidet sich vom Großteil anderer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dadurch, dass die Fachkräfte mit den Rehabilitand:innen direkt am Arbeitsplatz Anpassungen vornehmen, Verhalten einüben und trainieren etc.

Für einen Transfer der BETA-MeH-Intervention bedürfte es wegen der sozialräumlichen Verankerung des Fallmanagements und der betrieblichen Intervention eines flächendeckenden Angebots an Leistungserbringern. Diese müssen einerseits regional verankert und in bestehende Neuronetzwerke vor Ort integriert sein und darüber hinaus für die Zielgruppe der Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen bereit sein, aufsuchend zu arbeiten. Für eine Versorgung von Rehabilitand:innen in stationären Rehabilitationskliniken mit weiter entfernten Wohn- und Arbeitsorten mit der BETA-MeH-Intervention müssten Fallmanager:innen und Fachkräfte der betrieblichen Intervention ggf. deutlich längere Wegezeiten und -strecken in der Anfangsphase der Intervention auf sich nehmen.

Die Chance der BETA-MeH-Intervention liegt unter anderem in der nahtlosen Versorgung der Rehabilitand:innen ab der Aufnahme in der Reha-Klinik. Die Nahtlosigkeit wird mithilfe der Konstruktion einer Komplexleistung aus medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie Fallmanagement verwaltungsseitig realisiert. In dem Modellprojekt BETA-MeH wurde für die Erprobung der Intervention eine begrenzte Modellregion, der Großraum Köln – Bonn – Düsseldorf, gewählt, in der ein dichtes Netz von ambulanten neurologischen Rehabilitationskliniken, Leistungserbringern der beruflichen Rehabilitation und Fallmanagementanbietern mit neurologischem Schwerpunkt vorhanden war. Im Rahmen des Projektes konnte das Projekt regionale Strukturen für eine Zusammenarbeit der Leistungserbringer aus den unterschiedlichen Sektoren – medizinische Rehabilitation, berufliche Rehabilitation und Fallmanagement – für eine Komplexleistung bereitstellen.

Jenseits solcher Projekte zielt die in § 36 SGB IX verankerte Strukturverantwortung der Rentenversicherung vornehmlich darauf ab, dass den Rehabilitationsträgern

Rehabilitationsdienst und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dafür formuliert die Rentenversicherung Kriterien und Mindeststandards an die Leistungserbringer und an konkrete Leistungen [5].

Für die Verstetigung einer Komplexleistung wie die BETA-MeH-Intervention außerhalb des Projektrahmens müssten Kliniken mit Fallmanagementanbietern und Fachkräften für die betriebliche Intervention, die im Sozialraum der Rehabilitand:innen vor Ort ihre Leistungen anbieten, kooperieren. Heckmann und Kurten weisen darauf hin, dass einige der Projektpartner schon in anderen Projekten in der Modellregion Köln – Bonn – Düsseldorf zusammengearbeitet haben und daher Netzwerkstrukturen bereits ausgebildet hatten [16]. In anderen, insbesondere stärker ländlich geprägten Regionen ist die Leistungserbringerlandschaft jedoch deutlich weniger dicht, sodass die Versorgung mit einer Komplexleistung wie in der BETA-MeH-Intervention herausfordernd sein kann.

Kooperationen wie in der MBOR-Phase C [11], der Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) [2] oder der medizinisch-beruflichen Rehabilitation Phase II [1] können beispielhaft für solche intersektoralen Zusammenarbeitsstrukturen sein. Diese Ansätze sind aber deutlich weniger wohn- und arbeitsortzentriert angelegt und können dadurch stationär bzw. mit Internatsunterbringung erbracht werden. Ohne ein dichtes wohn- und arbeitsortnahes Anbieternetz kann die Rentenversicherung keine BETA-MeH-Komplexleistung für die Rehabilitand:innen erbringen, sodass die Umsetzung der Komplexleistung in einem bundesweiten Rollout jenseits der Modellregion aktuell nicht gesichert werden kann.

Zugänglichkeit

Die BETA-MeH-Intervention, wie Reha-Angebote im Allgemeinen, kann von der Zielgruppe nur genutzt werden, wenn die Zielgruppe zum richtigen Zeitpunkt Zugang zur Intervention hat. Dass der Zugang zu Teilhabeleistungen der Rentenversicherung nicht selbstverständlich ist, zeigen mittlerweile einige Studien [3, 28].

Auch für das Modellprojekt war die Rekrutierung von Studienteilnehmer:innen mit Herausforderungen verbunden. Nur etwa jede:r vierte Rehabilitand:in, der:die in den beteiligten Rekrutierungszentren aufgenommen wird, erfüllt die Einschlusskriterien und kann für eine Studienteilnahme angefragt werden. Von den Angesprochenen ist nur etwa die Hälfte bereit, an der Studie teilzunehmen [29]. Im Rahmen der BETA-MeH-Studie war es nicht möglich, Personen, die nicht an der Studie teilnehmen wollten, nach ihren Beweggründen dafür zu befragen. In einem Studienzentrum wurden die „Ablehner“ jedoch anonym dazu befragt.

Etwa die Hälfte von ihnen sah für sich selbst zum Zeitpunkt der Ansprache keinen weitergehenden Unterstützungsbedarf [29]. Die hohe Quote an verpassten

oder missglückten RTW innerhalb der ersten zwei Jahre nach Reha-Ende, die sich in der Routinestatistik der Rentenversicherung zeigt [17], legt allerdings nahe, dass es sich dabei häufig um eine Fehleinschätzung handeln könnte. Wie Eschweiler und Kolleg:innen ausführen, seien solche Fehleinschätzungen in Teilen mit der erworbenen Hirnschädigung und den zusammenhängenden Genesungsverläufen verbunden. Die Tragweite der Erkrankung könne für Rehabilitand:innen während der Anschlussheilbehandlung noch schwer einzuschätzen sein [15]. Zentrenübergreifend wurde daher wiederholt empfohlen, die Rehabilitand:innen zeitlich flexibler auf eine Interventionsteilnahme anzusprechen. Dafür wurden mit den Projekt- und Interventionspartnern verschiedene Zugangsmöglichkeiten diskutiert, die allerdings jeweils mit eigenen Herausforderungen verbunden sind.

Eine Möglichkeit, Zugang in Teilhabeleistungen zu finden, ist, die Bedarfserkennung in die Hände professioneller Akteure des Versorgungssystems zu legen. Wegen der oben ausgeführten Schwierigkeiten, die sich bei der Zielgruppe aufgrund der zeitlichen Nähe zum Ereignis der Hirnschädigung bzw. der noch nicht weit genug vorangeschrittenen Krankheitsverarbeitung zu Beginn der medizinischen Rehabilitation zeigen, scheint eine Ansprache während der Akutbehandlung oder Frührehabilitation nicht sinnvoll. Eine verfrühte Ansprache kann, wie erläutert, aufgrund verschiedener Prozesse der Krankheitsverarbeitung eine geringe Beteiligungsbereitschaft nach sich ziehen.

Rehabilitationskliniken sind angehalten, bei Bedarf Rehabilitand:innen bei der Initiierung weiterführender Teilhabeleistungen zu unterstützen. Zugelassene Kliniken haben die Möglichkeit, auf Basis der Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen (BBPL) selbstständig die normale medizinische Rehabilitation in eine Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) umzudeuten [11]. In Projekten mit dafür zugelassenen Kliniken wird bereits in anderen Indikationen die eigenverantwortliche Einleitung von Fallmanagement aufgrund komplexer, über die medizinische Rehabilitation hinausgehender Unterstützungsbedarfe erprobt [13]. Der Zugangsweg über die Behandler:innen in der Rehabilitationsklinik hat den Vorteil, dass Bedarfe nicht nach Aktenlage, sondern in persönlichen Kontakten multiprofessionellen Expert:innen vor Ort festgestellt werden. Damit ein solcher Zugangsweg erfolgreich sein kann, müssen die verantwortlichen Akteure das Spektrum möglicher Versorgungsmöglichkeiten kennen, vorhandene Bedarfe erkennen und auch über die dafür notwendigen (personellen und zeitlichen) Ressourcen verfügen.

Ein alternativer Zugangsweg kann darin bestehen, dass innerhalb der Verwaltung z. B. auf Basis bestimmter Angaben in den Antragsunterlagen Antragstellenden proaktiv die BETA-MeH-Intervention in dafür zugelassenen Einrichtungen empfohlen wird [11]. Die Antragstellenden könnten dann selbst, ggf. unterstützt durch

eine individuelle Beratung, zwischen einer etablierten neurologischen Rehabilitation und der Komplexleistung wählen. In der überwiegenden Zahl der Fälle wechseln Rehabilitand:innen jedoch mit Unterstützung der Sozialdienste des Akutkrankenhauses im sog. Anschlussheilverfahren in die stationäre Reha, sodass eine verwaltungsseitige Bewertung zu diesem Zeitpunkt nicht in Betracht kommt.

Denkbar ist auch eine verwaltungsseitige Steuerung des Zugangsprozesses auf Basis von bestimmten Daten im Versichertenkonto [12] oder von Daten im Entlassungsbericht, eine Vorgehenseise, die in dem VaTi-Projekt erprobt wird [26]. Wie aus der Darstellung von Strotmeyer und Kolleg:innen hervorgeht, könne mithilfe der Entlassungsberichte eine zielgenaue Vorauswahl getroffen werden. 3 von 4 angeschriebenen Personen erfüllten die Einschlusskriterien. Dennoch entschieden sich auch bei dieser Ansprache im Anschluss an die medizinische Rehabilitation weniger als ein Fünftel für die Interventionsteilnahme [26]. Hinzu kommt, dass ohne weitere Hinweise z. B. aus dem Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik der „richtige“ Zeitpunkt für die Ansprache per Aktenlage aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe schwer identifizierbar ist. Je später der:die Rehabilitand:in angesprochen wird, desto größer wird das Risiko einer „Versorgungslücke“ im Anschluss an die rehaklinische Behandlung und von initialen Scheiternserfahrungen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Hinzu kommt, dass die Kopplung der medizinischen Rehabilitation mit der betrieblichen Intervention organisatorisch nicht mehr möglich erscheint, wenn die Ansprache erst nach der Entlassung aus der Klinik erfolgt. Auf diese Weise könnten Kernelemente der Komplexleistung, die intersektorale Zusammenarbeit des rehaklinischen Teams mit Fachkräften der beruflichen Rehabilitation und Fallmanager:innen und die Nahtlosigkeit der Versorgung im Anschluss an die medizinische Rehabilitation, nicht umgesetzt werden.

Angemessenheit

Auch mit Blick auf die Dimension der Angemessenheit konnten im Rahmen der modellhaften Erprobung der BETA-MeH-Intervention Erfahrungen gesammelt werden.

24 Rehabilitand:innen haben die Studie vorzeitig abgebrochen, davon 18 in der Interventionsgruppe. Am häufigsten waren dafür medizinische Gründe ausschlaggebend wie z. B. ein längerer akutmedizinischer Behandlungsbedarf [4]. Möglicherweise ist dies eine indirekte Folge der Fokussierung der Kliniken auf Rehabilitand:innen mit schwereren Beeinträchtigungen, da Rehabilitand:innen mit (scheinbar) leichteren verbleibenden Beeinträchtigungen für sich keinen weitergehenden Unterstützungsbedarf erkennen konnten und die Studienteilnahme schon im Voraus ablehnten.

Darüber hinaus wurden Interventionen mehrmals arbeitgeberseitig abgebrochen. Die Arbeitgebereinbin-

dung kann in der betrieblichen Intervention unterschiedlich intensiv stattfinden. Ohne die grundlegende Kooperationsbereitschaft der Arbeitgeber ist der Ansatz der betrieblichen Intervention jedoch nicht denkbar. Eine solche Bereitschaft zunächst herzustellen und im späteren Interventionsverlauf die Arbeitgeber, die Vorgesetzten und Kolleg:innen tatsächlich und über eine formale schriftliche Einwilligung hinaus in den Interventionsverlauf einzubinden, ist – so die Erfahrung im Projekt – mit einem hohen zeitlichen Aufwand für die Fachkräfte für die betriebliche Intervention verbunden [18, 19]. Dieser Aufwand ist aber notwendig, um einerseits die betrieblichen Bedürfnisse und andererseits die verbleibenden Beeinträchtigungen im betrieblichen Setting berücksichtigen zu können. Die Arbeitsplatzorientierung lässt sich in der BETA-MeH-Intervention nicht allein auf eine systematische Erfassung der Arbeitsanforderungen in Abgleich mit Fähigkeiten und Beeinträchtigungen für die Rehaplanung reduzieren. Aus den Erfahrungen bei der Umsetzung der Intervention erweist es sich als sinnvoll, den Arbeitsplatz im Sinne eines systemischen Ansatzes zu betrachten und die Akteure nicht nur in die Rehabilitationsplanung, sondern auch in deren Umsetzung einzubeziehen.

Die im BETA-MeH-Interventionskonzept vorgesehene niedrigschwellige rehaklinische Weiterversorgung der Rehabilitand:innen parallel zu oder in Unterbrechung der betrieblichen Wiedereingliederung wurde im Rahmen des Modellprojektes nicht in der vorgesehenen Weise genutzt [4]. Aus den Daten der wissenschaftlichen Begleitung geht nicht hervor, ob dafür kein Bedarf bestand/erkannt wurde oder ob die organisatorischen Herausforderungen, die sich – jenseits der im Modellprojekt ausgesetzten verwaltungsseitigen Anforderungen – für die Kliniken aus einer kurzfristigen Wiederaufnahme ergeben, ausschlaggebend waren.

Die Möglichkeiten, bedarfsbezogen mit den behandelnden Ärzten in der Reha-Klinik Rücksprache zu den Beeinträchtigungen der Rehabilitand:innen zu halten und sie ggf. noch einmal aktiv in die Rehabilitation einzubinden (z. B. in Re-Assessments, RTW-Konferenzen, Fallbegleitungen, Stellungnahmen oder Gutachten), wurden genutzt und sowohl von klinischen als auch den außerklinischen Interventionspartner:innen und auch von den betreffenden Rehabilitand:innen wertgeschätzt [4]. Für die Rehabilitand:innen konnte prozessual und versorgungsseitig eine Nahtlosigkeit hergestellt werden. Schon in der Reha-Klinik haben sie ihre Fallmanager:innen und Fachkräfte für die betriebliche Intervention kennengelernt und mit ihnen gemeinsam die Schritte nach der Entlassung aus der Klinik geplant [16, 18].

Eine Fragestellung, die aufgrund der mangelnden Datenlage nicht mithilfe der wissenschaftlichen Begleitung geklärt werden kann, ist die Rolle der Neuropsychologie in der betrieblichen Intervention. Charmer und Kolleg:innen und auch Unverhau in ihrer Darstellung der Bedeutung der Neuropsychologie in

der betrieblichen Intervention weisen darauf hin, dass Rehabilitand:innen mit komplexeren neuropsychologischen und neurokognitiven Beeinträchtigungen eine spezifisch neuropsychologische Begleitung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz benötigen würden [6, 27]. Dies verweist darauf, dass insbesondere für die betriebliche Intervention darüber nachgedacht werden muss, ob die Heterogenität der Problemlagen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz eine weitergehende Spezialisierung der Anbieter erfordert, z.B. einen neuropsychologischen Schwerpunkt für Rehabilitand:innen mit komplexen neuropsychologischen Beeinträchtigungen oder z.B. bei Rehabilitand:innen mit vorbestehenden Arbeitsplatzkonflikten einen Schwerpunkt in der systemischen Arbeit.

Die Interventionsdauer von bis zu 12 Monaten, in denen die Rehabilitand:innen kleinschrittig ihre Arbeitsbelastungen erproben, erhöhen und anpassen können, scheint den ersten Daten der wissenschaftlichen Begleitung zufolge angemessen für die Unterstützung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen bei der Rückkehr an ihren alten Arbeitsplatz zu sein. Etwa die Hälfte der Rehabilitand:innen schafft die Rückkehr in Arbeit bereits früher, die andere Hälfte benötigt die Unterstützung für das gesamte Jahr. [4]

Die zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossene Wirksamkeitsstudie kann bislang nur erste Hinweise geben:

Von 57 Interventionsteilnehmer:innen haben aktuell 48 die Intervention abgeschlossen. 30 von ihnen, d.h. über 60 Prozent von den aktuell 48 beendeten Interventionen wurden erfolgreich abgeschlossen. Bei den 18 nicht erfolgreich beendeten Interventionen handelt es sich überwiegend um Abbrüche. Den Abbrüchen lagen häufig medizinische Gründe oder fehlende Kooperationsbereitschaft der Arbeitgeber zugrunde. In diesen Fällen wurde die Zeit genutzt, Möglichkeiten zur Steigerung der Restleistungsfähigkeiten begleitet und unter Realbedingungen zu erproben. Sechs der Interventionsteilnehmer:innen haben die Intervention aber auch neun Monate oder länger genutzt und mussten zum Ende dennoch feststellen, dass sie es trotz der Unterstützung nicht schaffen, an ihren alten Arbeitsplatz zurückzukehren. Dann wurde die Intervention mit einer Überleitung in andere Versorgungsangebote, z.B. des Integrationsfachdienstes, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder auch Erwerbsminderungsrenten abgeschlossen.

12 Monate nach Studienbeginn wurden die Studienteilnehmer:innen, Interventionsgruppen- und Kontrollgruppenteilnehmer:innen, gebeten, sich an einer schriftlichen Befragung zu beteiligen. Alle Interventionsteilnehmer:innen, die sich an der Befragung beteiligt haben, geben an, an ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt zu sein, während der Anteil in der Kontrollgruppe niedriger liegt. Auch in den psychologischen Dimensionen Angst und Depression zeigen sich

die erwarteten positiven Effekte. Durch die Begleitung und kleinschrittig an die individuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen angepasste Wiedereingliederung scheinen Überforderungs- und Scheiternerfahrungen vermieden zu werden bzw. im Falle des Auftretens können sie durch die Fachkräfte begleitet und aufgefangen werden. [4]

Interventionsteilnehmer:innen beschreiben nach einem Jahr weniger verbleibende Beeinträchtigungen. Möglicherweise zeigen sich hier einerseits Erfolge des gezielten Trainings von einzelnen Bereichen wie Gedächtnis, Handlungsplanung und Arbeitsverhalten unter Anleitung der Fachkräfte. Gezielte technische und organisatorische Anpassungen am Arbeitsplatz bzw. der Tätigkeit in Abstimmung mit dem Arbeitgeber und andere kompensatorische Maßnahmen können andererseits bewirken, dass fortbestehende Einschränkungen weniger beeinträchtigend wahrgenommen werden. Die nachklinische Begleitung und Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz scheint somit die Versorgung der Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen in angenommener Weise zu verbessern. [4]

Fazit

Mit dem Projekt „Bedarfsfokussierte Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen“ ist die Deutsche Rentenversicherung Bund in Kooperation mit der DRV Rheinland und der DRV Knappschaft-Bahn-See angetreten, mehrere Innovationen, die zusammen in eine innovative Rehabilitationsstrategie münden, zu erproben: Um Versorgungsbrüche nach der medizinischen Rehabilitation zu vermeiden und arbeitsplatzbezogene Aspekte schon zu einem früheren Zeitpunkt im Rehabilitationsverlauf adressieren zu können, wurde eine Komplexleistung von bis zu 12 Monaten konzipiert, die sowohl die medizinische als auch die berufliche Rehabilitation umfasst. Im Rahmen der Komplexleistung können Dauer, Umfang und Abfolge von Leistungen bedarfsorientiert erbracht werden. Ein innovatives Kernelement besteht in der starken Arbeitsplatzorientierung, die sich in der strukturierten Berücksichtigung der Arbeitsplatzanforderungen in der Rehabilitationsplanung, der Einbindung der betrieblichen Akteure und der aufsuchenden Begleitung bzw. der Durchführung der Rehabilitation am bestehenden Arbeitsplatz ausdrückt. Darüber hinaus werden die Rehabilitand:innen durch Fallmanager:innen begleitet, die sie bei der Initiierung flankierender Leistungen unterstützen. Die Umsetzung einer solchen innovativen Rehabilitationsstrategie geht für die Rentenversicherung mit erheblichen Herausforderungen einher: 1. Dabei geht es um die rechtliche Einordnung der innovativen Leistungen wie des Fallmanagements und der Komplexleistung, die eben wegen ihrer Neuartigkeit noch über keine Gesetzesgrundlage verfügen. 2. Die bedarfsorientierte Flexibilisierung von Leistungen hinsichtlich des

Inhalts, des Umfangs, der Dauer und der Abfolge von Leistungen erschwert die Definition von Standards vor allem in der Prozessqualität. 3. Die konkrete Ausgestaltung der Arbeitsplatzorientierung in der Intervention zieht ein neues Verständnis von Rehabilitation nach sich. In diesem Ansatz wird der Betrieb im Sinne eines systemischen Ansatzes in die Rehabilitation einbezogen und die berufliche Rehabilitation wird aufsuchend am Arbeitsplatz im Sinne einer „betrieblichen Rehabilitation“ durchgeführt.

Die Förderinitiative rehapro bietet die Möglichkeit, bei der Interventionserprobung der innovativen Rehabilitationsstrategie für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen auch reha-systembezogene Faktoren zu adressieren. Auf Basis der bisherigen Erfahrungen zeigt sich, dass die Zielgruppe für die Intervention zu dem Zeitpunkt, in dem sie im Rehabilitationsverlauf in Zuständigkeit der Rentenversicherung versorgt wird und zu dem daher systemseitig die nahtlose Weiterversorgung eingeleitet werden kann, nur schwer erreichbar ist. Die Erprobung alternativer Zugangswege scheint zum aktuellen Zeitpunkt auch nicht wesentlich effektiver zu sein. Möglicherweise ist hier an komplementäre Zugangswege zu denken, bei denen Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen ggf. mehrfach im Rehabilitationsverlauf angesprochen werden können.

Die Komplexleistung der BETA-MeH-Intervention fußt auf der intersektoralen Zusammenarbeit der rehaklinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungserbringer und Fallmanagementanbieter. Für die modellhafte Erprobung hat die Projektgruppe solche Zusammenarbeitsstrukturen zur Verfügung gestellt. Es zeigt sich allerdings, dass der Aufbau solcher Strukturen sich nicht in einer formalen Kooperation erschöpft, sondern eine hohe Bereitschaft der Akteure erfordert, Vertrauen und Ressourcen in die Zusammenarbeit einzubringen. Die Verfügbarkeit der BETA-MeH-Intervention kann in Teilen durch die Rentenversicherung über die Definition von Anreizen und Rahmenbedingungen gestaltet werden. Sie wird aber auch von den personellen Ressourcen der Leistungserbringer abhängen, die angesichts des Fachkräftemangels, der auch im rehabilitativen Versorgungsbereich spürbar ist, begrenzt sein können.

Die Erfahrungen der Interventionserprobung zeigen, dass Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen in der neurologischen Rehabilitation der Phase D ihren Unterstützungsbedarf häufig anders bewerten als die sie behandelnden Ärzte und eine umfassende Begleitung im Anschluss an ihren Klinikaufenthalt für unangemessen halten und/oder davor zurückschrecken, ihre Arbeitgebenden in ihre Rehabilitation einzubeziehen. Ohne die Begleitung im Rahmen der BETA-MeH-Intervention fehlt es in der Regelversorgung bislang an einer stringenten Arbeitsplatzorientierung von Beginn an und an einer systematischen sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Leistungserbringenden im Sinne einer abgestimmten Rehabilitationsstrategie.

Insgesamt zeigen die Erfahrungen im Projekt „Bedarfsfokussierte Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen – BETA-MeH“, dass die Interventionserprobung einer hochkomplexen innovativen Rehabilitationsstrategie wesentlich von einem multiperspektivischen Ansatz profitiert, in dem auch rehasystemseitige Fragestellungen, d.h. Aspekte der Verfügbarkeit, der Zugänglichkeit und der Angemessenheit von innovativen Interventionsangeboten reflektiert werden können. Erste Daten zur Wirksamkeit deuten darauf hin, dass die in BETA-MeH erprobte intersektorale und arbeitsplatzorientierte Rehabilitationsstrategie für eine kleine Gruppe von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen eine wirksame Unterstützung bei der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz darstellt und die Rückkehrwahrscheinlichkeit gegenüber den Angeboten in der Regelversorgung in erheblichem Maß erhöht. Es muss abgewartet werden, ob sich dieser Trend im Studienverlauf weiter fortsetzt. Erweist sich die Intervention als wirksam und eine Ausweitung des Ansatzes über das Projekt hinaus als sinnvoll, bieten die erörterten Erfahrungen eine wichtige Grundlage für weitere Transferüberlegungen.

Literatur

1. BAG MBR Phase II: Medizinisch-Berufliche Rehabilitation gibt Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen eine Chance auf dem Arbeitsmarkt. POSITIONSPAPIER der Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen e.V. (Phase II) 2016; unter: <https://www.mbreha.de/fileadmin/downloads/Positionspapier-MuB.pdf>
2. BAR. Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK). RPK-Empfehlungsvereinbarung. Frankfurt 2024; Unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/vereinbarung/downloads/rpk_empfehlungsvereinbarung_rehabilitation_fuer_psychisch_kranke_menschen.pdf [Zuletzt abgerufen: 03.07.2025]
3. Bethge M, Peters E, Michel E, Radoschewski FM, Spanier K. Motivationale und volitionale Determinanten für die Beantragung einer psychosomatischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Kohortenstudie. *Rehabilitation* 2019; 55: 341-47
4. Blandszun-Lahm A, Eierdanz F, Hoffmann J, Osranek R. Erste Ergebnisse der BETA-MeH Studie. *Neurol Rehabil* 2026; 32(1): 128-142
5. Buschmann-Steinhage R. Leistungsträger in der Rehabilitation. In Meyer, T, Bengel J & Wirtz MA (Hrsg.), *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften*. Göttingen: Hogrefe Verlag 2022, 94-102
6. Chamier D, Harten I, Riede M, Rodenberg A. Interdisziplinäre BETA-MeH-Kooperation zwischen klinischer und betrieblicher Rehabilitation: Aus Sicht der Reha-Klinik Neurol Rehabil 2026; 32(1): 90-99
7. Clarke DJ, Powers K, Trusson D, Craven K, Phillips J, Holmes J, McKevitt Ch, Bowen A, Watkins, CL, Farrin AJ, Wright-Hughes A, Sach T, Chambers R, Radford K. The RETurn to work After stroKE (RETAKE) trial: Findings from a mixed-methods process evaluation of the Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation (ESSVR) intervention. *PLOS ONE* 2024; 19 (10)
8. Claros-Salinas D: Berufliche Teilhabe und Wiedereingliederung in der Neurorehabilitation. Göttingen: Hogrefe Verlag 2023
9. Claros-Salinas D, Schupp W, Thomas A: BETA-MeH: Ziele, Akteure und Abläufe der Intervention. *Neurol Rehabil* 2026; 32(1): 61-72
10. Deutsche Rentenversicherung. Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D. Berlin. 2025; Unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/forschungspraxis/RTS_BR_Schlaganfall_2025.html [zuletzt abgerufen: 22.01.2026]
11. Deutsche Rentenversicherung. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Berlin 2023; unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/MBOR_AP_2019.html [zuletzt abgerufen: 03.07.2025]
12. Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz. Beratungsangebot "RV Proaktiv" zur Rehabilitation startet. 2025; Unter: <https://www.>

- deutsche-rentenversicherung.de/RheinlandPfalz/DE/Presse/Meldungen/2025-01-28_rv-proaktiv.html [zuletzt abgerufen: 25.08.2025]
13. Deutsche Rentenversicherung Westfalen. Fachkonzept „Fallmanagement nach psychosomatischer Rehabilitation“. 2022; Unter: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Westfalen/DE/Experten/Fallmanagement/fallmanagement.html> [zuletzt abgerufen: 28.08.2025]
 14. Deutsche Rentenversicherung. Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2024. Statistik der Rentenversicherung. 2025; Unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/erwerbsminderungsrenten_zeitablauf.html [Zuletzt abgerufen: 01.07.2025]
 15. Eschweiler M, Wolf F, Kröber P, Rauen K. BETA-MeH als berufsorientierte, klinisch-betriebliche Intervention: Ein Kommentar über die Erreichbarkeit von Betroffenen mit klinisch gering ausgeprägten Leistungsdefiziten. *Neurol Rehabil* 2026; 32(1): 83-89
 16. Heckmann G, Kurten U. Interprofessionelle BETA-MeH-Intervention: Kooperation von Fallmanagement & Fachkraft für betriebliche Intervention
 17. Heyme R. Zielgruppe und Problemlage von Rehabilitand:innen mit neurologischen Erkrankungen aus Sicht der Rentenversicherung. *Neurol Rehabil* 2026; 32(1): 5-15
 18. Hultsch A, Benstöm Ch. Interprofessionelle BETA-MeH-Kooperation zwischen klinischer und betrieblicher Rehabilitation: Sicht von Fallmanagement und Fachkraft für betriebliche Intervention. *Neurol Rehabil* 2026; 32(1): 100-106
 19. Huthmann S. Arbeitgebereinbindung als ein Erfolgsfaktor für die berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung. *Neurol Rehabil* 2026; 32(1): 150-159
 20. Ntsiea MV, Van Aswegen H, Lord S, Olorunju SS. The effect of a workplace intervention programme on return to work after stroke: a randomised controlled trial. *Clin Rehabil* 2015; 29: 663-73
 21. PROGNOSE AG. Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. 2009; Unter: https://www.prognos.com/sites/default/files/2021-01/090810_prognos_medizinische_rehabilitation_kurz.pdf
 22. 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, 28-44. 18
 23. Stähler T, Schian M. Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (Hrsg.) *Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe*. Springer 2018, 375-408
 24. Streibelt M, Zollmann P, Rasch, L, Schimichowski J, Schmitz S: Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund neurologischer Erkrankungen. *Die Rehabilitation* 2023; 62: 22-30.
 25. Streibelt M, Claros-Salinas D, Schwarz B: Ein konzeptionelles Modell zum Return to Work nach Schlaganfall. *Neurol Rehabil* 2026; 32(1): 53–60
 26. Strotmeyer A, Nolte A, Frey E, Grotholtmann V, Schneider F, Renner A, Bimberg S, Zellmer S, Boes N. Das Modellprojekt „Verwaltung aktiv – Teilhabe intensiv“ (VaTi). *Neurol Rehabil* 2026; 32(1): 34-47
 27. Unverhau S. BETA-MeH als klinisch-betriebliche Intervention – Stellenwert der neuropsychologischen Begleitung *Neurol Rehabil* 2026; 32(1): 113-122
 28. Walther A, Falk J, Deck R. Informationsbedürfnisse von Versicherten der Deutschen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation – eine schriftliche Befragung. *Gesundheitswesen* 2018; 80: 635-641
 29. Wolf F, Kirsche D, Breier G, Christian D, Güldenbergl V, Sayn-Reutelsterz C, van der Ven C, Freund M, Saliger J, Jacobs U, Eschweiler M, Kröber P, Rauen K. Integration von BETA-MeH-Innovationen in klinische Rehabilitationsstrukturen. *Neurol Rehabil* 2026; 32(1): 73-82

Korrespondenzadresse:

Rebekka Heyme
 Deutsche Rentenversicherung Bund
 Abteilung für Prävention und Rehabilitation
 Zusammenarbeit mit LTA-Einrichtungen, Koordination
 und Entwicklungsfragen
 Hohenzollerndamm 47
 10704 Berlin
 rebekka.heyeme@drv-bund.de