

Integration von BETA-MeH-Innovationen in klinische Rehabilitationsstrukturen

F. Wolf, D. Kirsche, G. Breier, D. Christian, V. Güldenber, C. Sayn-Reutelsterz, C. van der Ven, M. Freund, J. Saliger, U. Jacobs, M. Eschweiler, P. Kröber, K. Rauen

¹ Johanniter-Klinik Godeshöhe GmbH, Bonn

Zusammenfassung

Einleitung: Die Integration von Innovationen in bestehende Organisationsstrukturen stellt in vielen Settings eine Herausforderung dar. Eine kontinuierliche und enge Zusammenarbeit zwischen dem klinischen Versorgungsteam und dem Forschungsteam ist erforderlich. Dazu gehört die Bereitstellung angemessener personeller Ressourcen, fachlicher Expertise sowie notwendiger Strukturmerkmale. Das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderte rehapro Modellprojekt „Bedarfsfokussierte Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (BETA-MeH)“ erfordert die Integration von Innovationen in klinische Rehabilitationsstrukturen. Ziel ist es, die Herausforderungen und Lösungen für die nachhaltige und erfolgreiche Umsetzung am Beispiel der Johanniter-Klinik Godeshöhe GmbH darzustellen.

Methoden: Die Johanniter-Klinik Godeshöhe GmbH verfügt über 70 stationäre und 15 ganztagsambulante Behandlungsplätze über die Deutsche Rentenversicherung als Kostenträger und ist eine von fünf teilnehmenden Reha-Kliniken im Projekt BETA-MeH. Der BETA-MeH Prozess beinhaltet 1.) den Studieneinschluss mit unterschriebenem Informed Consent, 2.) die Assessments („Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen bei Patienten mit chronischen Erkrankungen“ [SIMBO-C], „Profilabgleich von Arbeitsplatzanforderungen und aktuellem Leistungsvermögen“ [PAL]), 3.) eine Return-to-Work-Konferenz, und 4.) die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit dem externen Fallmanagement sowie der Fachkraft für die betriebliche Intervention.

Ergebnisse: Im 27-monatigen Studienzeitraum vom 01.02.2023 bis 30.04.2025 wurden 27 Teilnehmende re-

krutiert und randomisiert einer von zwei Studiengruppen zugewiesen (n = 18 BETA-MeH Modellprojekt, n = 9 Gruppe Regelversorgung). In der Johanniter-Klinik Godeshöhe wurden 27 (38%) der bisher 71 rekrutierten Studienteilnehmenden eingeschlossen. Es traten folgende Herausforderungen auf: (1) BETA-MeH als interdisziplinäres Projekt, (2) veränderte Verwaltungsabläufe, (3) Anpassung der Verantwortlichkeit für die Studienaufklärung und den Studien-Einschluss, (4) knappe zeitliche und personelle Ressourcen, (5) Inkongruenz zwischen initialer Rekrutierungsstrategie und vorhandenen Rehabilitanden. Die Lösungen bestanden u.a. aus dem Einsetzen eines verantwortlichen Projektkoordinators, Erweiterung der Rekrutierungsstrategie auf stationäre Rehabilitanden, der Etablierung eines BETA-MeH Kernteams, internen Projektmeetings und der zeitlichen Entlastung der Mitarbeitenden in der Patientenversorgung durch den Projektkoordinator.

Diskussion: Herausforderungen entstehen durch knappe personelle Ressourcen an der Schnittstelle zwischen klinischer Versorgung und Forschungsvorhaben durch Personalunion der klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte, Neuropsychologinnen und Neuropsychologen und der Mitarbeitenden des Sozialdiensts. Darüber hinaus sind Lösungen in der Versorgung von Rehabilitanden ohne Fahreignung z. B. durch Gesichtsfeldausfall erforderlich (Wegefähigkeit). Abschließend zeigt die niedrige Rekrutierungsrate von durchschnittlich einem Rehabilitanden pro Monat, dass es einer Anpassung in der Rekrutierungsstrategie bedarf, um mehr Personen der BETA-MeH Leistung zuzuführen.

Schlüsselwörter: Neurorehabilitation, Wiedereingliederung, Innovation, Interdisziplinarität, Multidisziplinär, Studienrekrutierung

Einleitung

Die Integration von Innovationen in bestehende Organisationsstrukturen stellt in vielen Settings eine Herausforderung dar [12]. Im Gesundheitssektor [11] betrifft dies neben Akutkliniken und Ambulatorien auch Rehabilitationskliniken. Wesentliche Herausforderungen bei zunehmender Ressourcen-Knappheit im Gesundheitssektor sind die kontinuierliche und enge Zusammenarbeit zwischen dem klinischen Versorgungsteam und dem Forschungsteam, die Bereitstellung angemessener personeller Ressourcen, die multiprofessionelle und interdisziplinäre fachliche Expertise sowie die notwendigen administrativen und Strukturmerkmale. Das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderte

und von der Deutschen Rentenversicherung geleitete rehapro Modellprojekt „Bedarfsfokussierte Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (BETA-MeH)“ beinhaltet mehrere Innovationen: (I) Kopplung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation, (II) Einbeziehung eines externen Fallmanagements und Fachkraft für betriebliche Intervention, (III) Flexibilisierung von Reha-Leistungen.

Als eine von fünf teilnehmenden Rehabilitationskliniken werden diese Innovationen am Beispiel der Johanniter-Klinik Godeshöhe GmbH in Bonn nachfolgend dargestellt. Der BETA-MeH Prozess beinhaltete klinikseitig den Studieneinschluss mit Screening der Rehabilitanden und Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien durch den Projektkoordinator, die ärztliche

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 73–82 | <https://doi.org/10.14624/NR2601001> | © Hippocampus Verlag 2026

Integration of BETA-MeH innovations into clinical rehabilitation structures

F. Wolf, D. Kirsche, G. Breier, D. Christian, V. Güldenber, C. Sayn-Reutelsterz, C. van der Ven, M. Freund, J. Saliger, U. Jacobs, M. Eschweiler, P. Kröber, K. Rauen

Abstract

Introduction: The integration of innovations into existing organizational structures targets challenges in many settings. Continuous and close collaboration between the clinical care and research team is essential. This includes the provision of adequate professional expertise, personnel and structural resources. The “rehapro” project “Needs-focused participation in working life for people with acquired brain injuries”, funded by the German Federal Ministry of Labor and Social Affairs, necessitates the integration of innovations into clinical rehabilitation structures. The aim is to illustrate the challenges and solutions for sustainable and successful implementation using the example of the Johanniter-Klinik Godeshöhe GmbH in Bonn.

Methods: The Neurological Rehabilitation Center Godeshöhe GmbH has 70 inpatient and 15 full-day outpatient treatment places assigned by the German Pension Insurance as the cost carrier. It is one of five participating rehabilitation clinics in the BETA-MeH project. The BETA-MeH process includes 1) study inclusion with written and signed informed consent, 2) assessments “Screening instrument to evaluate the need for medical-vocational rehabilitation (SIMBO-C)”, “Profile comparison of job requirements and current performance capabilities” [PAL]), 3) a Return-to-Work conference, and 4) interdisciplinary collaboration with external case managers and specialists for workplace interventions.

Results: During the 27-month study period from February 1st, 2023, to April 30th, 2025, 27 participants were recruited and randomly assigned to one of two study groups (n=18 BETA-MeH model project, n=9 standard care group). At the Johanniter-Klinik Godeshöhe GmbH, 27 (38%) of the 71 study participants recruited so far were included. The following challenges emerged: (1) BETA-MeH as an interdisciplinary project, (2) changes in administrative processes, (3) adjustments of responsibility for study information and study inclusion, (4) limited time and personnel resources, (5) incongruence between initial recruitment strategy and clinical patient characteristics. Solutions included appointing a responsible project coordinator for all administrative research tasks and for coordinating internal project meetings, adapting the recruitment strategy to inpatient rehabilitants, and establishing a BETA-MeH core team.

Discussion: Challenges arise due to limited personnel resources at the interface between clinical care and research projects as physicians, neuropsychologists, and social service staff often serve dual roles. In addition, solutions are required for rehabilitants who are unable to drive and/ or have visual field defects leading to restrictions in terms of reaching their workplace. Finally, the low recruitment rate of, on average, one participant per month stresses the need for adapting the recruitment strategy, thereby aiming to include more rehabilitants into the BETA-MeH program.

Keywords: Neurorehabilitation, reintegration and Return-to-Work, innovation, interdisciplinary, multidisciplinary, study recruitment

Studienaufklärung, die Durchführung der Assessments, die Planung und Durchführen einer Return-to-Work-Konferenz und die Zusammenarbeit mit dem externen Fallmanagement sowie der Fachkraft für betriebliche Intervention. Alle genannten Punkte bedürfen besonderer administrativer und personeller Ressourcen.

Die „organizational readiness for change“ wird von Weiner [12] als wichtige Voraussetzung für das Einführen komplexer Veränderungen im Gesundheitssektor gese-

hen. Dabei beinhaltet die Bereitschaft einer Organisation (in diesem Fall Rehabilitationsklinik) zu Veränderungen sowohl eine psychologische (bezogen auf die einzelnen Individuen und bezogen auf die Gesamtorganisation) als auch eine strukturelle Komponente (hinsichtlich finanzieller, materieller oder personeller Mittel). Buschmann-Steinhage [2] hebt für die erfolgreiche Umsetzung von Forschungsergebnissen in das klinische Setting der Rehabilitation u.a. den Aufwand der Einführung, Umstellung und Schulung von Mitarbeitenden hervor. Dazu müssen eingefahrene Routinen verlassen werden und neue Kompetenzen erworben werden.

Implementierungsprozesse im Gesundheitswesen können „aufgrund ihrer Komplexität meist mehr Aufwand als die Entwicklung von Innovationen und Interventionen selbst“ [11] (S. 1144) benötigen. Dies gilt auch für die komplexen Verwaltungsabläufe im deutschen Sozialversicherungssystem mit unterschiedlichen Kostenträgern für die Rehabilitation. Neben den verschiedenen Kostenträgern sind auch die verschiedenen Sozialgesetzbücher, die bei Implementierungsprozessen berücksichtigt werden müssen, relevant. Dazu kommt das Wirtschaftlichkeitsgebot der Sozialgesetzgebung, das im Kontrast zu den Bedürfnissen der Rehabilitanden, deren Angehörigen sowie der Mitarbeitenden in Rehabilitationskliniken stehen kann. Vor allem soziale Innovation, d. h. neuartige Lösungen, die sich primär auf der multiprofessionellen und interdisziplinären Handlungsebene zum direkten inhaltlichen Nutzen der Rehabilitanden und – wie im vorliegenden Beispiel – des Arbeitgebers manifestieren, haben eine entscheidende Rolle [2].

Nach Weiner [12] gibt es drei Möglichkeiten, warum die Mitarbeitenden einer Organisation anstehende Veränderungen mittragen: „because they want to (they value the change), because they have to (they have little choice), or because they ought to (they feel obliged)” (S.2). Im Kontext der Mitwirkung an Forschungsprojekten durch praxisnahe Akteure scheint für den ersten Fall die Motivation zur Mitwirkung, sowie die subjektive Wahrnehmung projektbezogener Tätigkeiten wichtig zu sein [8]. Allerdings können Probleme entstehen, wenn manche Mitarbeitende Veränderungen durch Innovationen mittragen und andere nicht [12]. Diese offenen und/oder verdeckten Widerstände müssen erkannt und durch transparente Kommunikation mit Darlegung des Nutzens für die Klinik, die Rehabilitanden und die Mitarbeitenden überwunden werden, um eine aktiv-unterstützende sowie resultierend eine nachhaltigerfolgreiche Teilnahme am Studienprojekt zu erreichen. Gerade in der multiprofessionell und interdisziplinär ausgerichteten Neurorehabilitation, könnte das Ablehnen von Innovationen auch bezogen auf jeweils einzelne Berufsgruppen der Fall sein [7].

Begünstigend auf Implementierungsprozesse kann sich das Wissen von Forschenden um die Rahmenbedingungen der Praxisakteure, sowie entsprechende

projektbezogene Kommunikationsstrukturen auswirken (z.B. Projektinitiierung, projektbezogener Erstkontakt, Motivation zur Mitwirkung)[8].

Daher werden in diesem Kapitel – im Sinne eines partizipativen Ansatzes [9] und aus der Perspektive einer der rekrutierenden Rehabilitationskliniken – die Herausforderungen und Lösungen bei der Integration von Innovationen des rehapro Modellprojektes BETA-MeH in klinische Rehabilitationsstrukturen dargestellt.

Methoden

Klinisches Setting

Die Johanniter-Klinik Godeshöhe GmbH (JKG) in Bonn verfügt über durchschnittlich 70 stationäre und 15 ganztägig ambulante Behandlungsplätze über die Deutsche Rentenversicherung als Kostenträger. Neben der JKG waren weitere Rekrutierungszentren im Projekt das Cellitinnen-NTC Neurologisches Therapiezentrum (Köln), NIB Neurologisches Interdisziplinäres Behandlungszentrum (Köln), salvea Düsseldorf und die Sieg Reha (Hennef).

Zu Studienbeginn im Jahr 2023 zählten zu den häufigsten Diagnosen in der JKG laut dem aktuellen, klinikspezifischen DRV Bericht zur „Struktur der Rehabilitand:innen“ 295 erworbene Hirnschädigungen (39% weiblich, 61% männlich) bei 694 Gesamtfällen im Kostenträgerbereich der Deutschen Rentenversicherung.

Ablauf des BETA-MeH Prozesses in der Johanniter-Klinik Godeshöhe

Der BETA-MeH Prozess im NRZ Godeshöhe ist in **Abbildung 1** dargestellt und entspricht dem allgemeinen Ablauf aller Rekrutierungszentren. Das Screening potenziell geeigneter Rehabilitanden erfolgte bei allen Neuaufnahmen mit dem Krankenhausinformationssystem (**Abb. 1, 1**). Dies wurde durch den wissenschaftlichen Mitarbeiter und Projektkoordinator an drei Tagen pro Woche durchgeführt und konzentrierte sich auf die zehn Stationen, die mit Rehabilitanden in der Phase D der neurologischen Reha belegt werden.

Es war eine enge Zusammenarbeit zwischen den verantwortlichen Oberärztinnen und dem Projektkoordinator mit mindestens wöchentlicher Abstimmung erforderlich. Das Screening durch den Projektkoordinator orientierte sich an einer durch die Projektleitung vorgegebenen Checkliste und umfasste vor allem die Hauptdiagnose (erworbene Hirnschädigung mit vorgegebenen ICD-Codes), Alter (bis 64 Jahre), Wohn- und Arbeitsort (im Projektgebiet), Arbeitsplatzsituation (bestehender Arbeitsplatz) und den zuständigen Rentenversicherungsträger (DRV Bund, DRV Rheinland, DRV Knappschaft-Bahn-See). In der Regel wurden neu aufgenommene Rehabilitanden innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme gescreent. Bei positivem Scree-

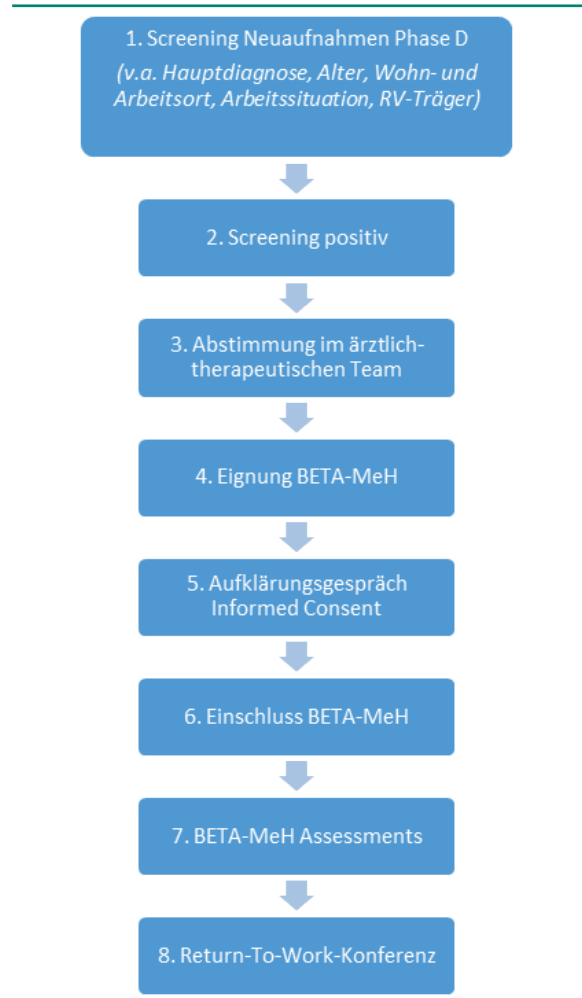


Abb 1. Screening und Studieneinschluss. . BETA-MeH Prozess in der Rehaklinik. Der Ablauf in der Gruppe „Regelversorgung“ ist hier nicht berücksichtigt. RV-Träger = Rentenversicherungsträger

ning wurden die zuständige Oberärztin, Neuropsychologen sowie die Abteilung Sozialdienst informiert, welche über die finale Eignung einer Person für BETA-MeH unter Berücksichtigung folgender, ebenfalls durch die Checkliste vorgegebenen Punkte entschieden (**Abb. 1,3**):

1. Wird der Rehabilitand am Ende der medizinischen Rehabilitation (Phase D) voraussichtlich arbeitsunfähig entlassen?
2. Liegt eine positive Erwerbsprognose vor?
3. Gibt es einen bestehenden Arbeitsplatz?
4. Ist eine Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz durch BETA-MeH sinnvoll?

Konnten bei einem Rehabilitanden, durch das ärztlich-therapeutischen Team alle drei Fragen mit Ja beantwortet werden (**Abb. 1,4**), wurden durch den wissenschaftlichen Mitarbeiter und Projektkoordinator zwei fünfzehnminütige Aufklärungsgespräche terminiert und durchgeführt. Diese fanden spätestens zwei Wochen nach Aufnahme statt. Neben der Beschreibung der Kerninhalte von BETA-MeH waren vor allem folgende Unterscheidungen zur Regelversorgung relevant:

- Einbeziehung eines externen Fallmanagements schon während des Reha-Aufenthalts
- Frühzeitige Einbeziehung des Arbeitgebers durch die Fachkraft für betriebliche Intervention
- Entfall der Beantragung anderer DRV-Nachsorgeleistungen
- Begleitung durch Fallmanagement und Fachkraft für betriebliche Intervention für bis zu 12 Monate
- Erhalt von Übergangsgeld bis zum Abschluss des BETA-MeH-Prozesses (kein Krankengeld)

Bei Einwilligung in die Studienteilnahme erfolgte ein drittes Gespräch (15 min) mit der Information über die Gruppenzuteilung und den weiteren Ablauf (Abb. 1, 5–6). Bei Zuweisung in das Modellprojekt wurde eine Return-to-Work-Konferenz durch den wissenschaftlichen Mitarbeiter und Projektkoordinator geplant und telefonisch das zugewiesene Fallmanagement über die Studienteilnahme informiert (Name, Alter, Diagnose, Besonderheiten im Krankheitsverlauf, aktuelle Symptomatik, Arbeitsplatzsituation, soziale Situation, telefonische Erreichbarkeit für Kontaktaufnahme).

Assessments

Das BETA-MeH Assessment beinhaltet die Selbst- und Fremdeinschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit (Abb. 1,7.). Dafür wurden die Fragebögen „Screening-

Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen bei Patienten mit chronischen Erkrankungen“ (SIMBO-C) [10] sowie „Profilabgleich von Arbeitsplatzanforderungen und aktuellem Leistungsvermögen (PAL)“ [3] verwendet. Mitarbeitende des Sozialdienstes unterstützten die Studienteilnehmenden in einem dreißigminütigen Termin beim Ausfüllen des SIMBO-C sowie in der Selbsteinschätzung des PAL. Der Part zur Fremdeinschätzung des PAL wurde soweit möglich durch die Neuropsychologie bewertet und anschließend bei Bedarf durch weitere Therapiebereiche ergänzt, mit einem klinischen Zeitbedarf für das Forschungsprojekt von insgesamt 60 min pro Studienteilnehmendem im Interventionsarm. Die Ergebnisse wurden für das Fallmanagement und die Fachkraft für betriebliche Intervention sowie die Return-to-Work-Konferenz bereitgestellt.

Return-to-Work-Konferenz

Die Return-to-Work-Konferenz bestand aus einem dreißigminütigen Kennenlerngespräch zwischen externem Fallmanagement, Fachkraft für betriebliche Intervention, sowie Teilnehmendem, woran sich die eigentliche dreißig- bis sechzigminütige Fallkonferenz anschloss (Abb. 1,8.). Von Seiten der Reha-Klinik war zwingend eine Teilnahme der jeweiligen Oberärztin oder Oberarzt, bzw. der betreuenden Stationsärztin vorgesehen. Zudem anwesend war die oder der zuständige Neuropsychologe oder Neuropsychologin und eine Person aus dem Sozialdienst. Ablauf und Inhalt der Return-to-Work-Konferenz werden im Beitrag von Claros-Salinas, Schupp & Thomas in diesem Band dargestellt.

Die Fallkonferenz schloss die Reha-klinische Phase von BETA-MeH ab.

Ergebnisse

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Studienteilnehmenden, welche in der JKG im Zeitraum 01.02.23 bis 30.04.25 rekrutiert wurden (Rekrutierungsende der Studie: 30.06.25). Der Altersmedian der Teilnehmenden lag bei 51 Jahren (Min–Max: 23–63 Jahre), mit einem größeren Anteil männlicher Personen (59%). Häufigste Hauptdiagnose war der Hirninfarkt (ICD-10: I63) (52%). Es überwog die Anschlussheilbehandlung (AHB) als Maßnahmenart (59%) gegenüber den Heilverfahren. Dadurch bedingt lag die Zeitspanne zwischen Krankheitsereignis und Aufnahme in die Rehabilitation, in der BETA-MeH Gruppe im Median bei unter einem Monat. Vereinzelt wurden Rehabilitanden, bei denen das hirnschädigende Ereignis über zwei Jahre zurücklag (Maximum: 28 Monate), eingeschlossen. Die Mehrzahl der Studienteilnehmer (85%; davon 61% männlich) absolvierten eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme mit einer Aufenthaltsdauer von durchschnittlich 35 Tagen (Median, Min–Max: 18–43 Tage). Die Aufenthaltsdauer

Tab. 1: Studienteilnehmende in der Johanniter-Klinik Godeshöhe GmbH bis 30.04.25. Daten zu Klinik, Demografie und Rehamaßnahme

	Gesamt (n = 27)	BETA-MeH (n = 18)	Regelversorgung (n = 9)
Alter in Jahren Median (Min – Max)	51 (25 – 63)	51,5 (36 – 63)	51 (25 – 62)
Geschlecht in % (m/w)	59 % / 41 %	61 % / 39 %	56 % / 44 %
Diagnose (ICD-10, n)	D32 (3)		
	D35.2 (1)		
	G04 (1)		
	I60 (4)		
	I61 (2)		
	I63 (14)		
	I67 (1)		
	S06 (1)		
Zeit seit Ereignis in Monaten Median (Min – Max)	2,5 (<1 – 28)	0,75 (<1 – 17)	5 (<1 – 28)
Rehabilitationsart			
Anschlussheilbehandlung	59 %	61 %	56 %
Stationär	85 %	89 %	78 %
Aufenthaltsdauer in Tagen Median (Min – Max)	35 (18 – 43)	35 (26 – 43)	39 (18 – 42)
Zeit von Aufnahme bis RTW-Konferenz in Tagen Median (Min – Max)	–	24 (14 – 33)	–

m = männlich; RTW = Return-to-Work; w = weiblich; D32 = Gutartige Neubildung der Meningen; D35.2 = Gutartige Neubildung der Hypophyse; G04 = Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis; I60 = Subarachnoidalblutung; I61 = Intrazerebrale Blutung; I63 = Hirninfarkt; I67 = Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten; S06 = Intrakranielle Verletzung

in der Gruppe der Regelversorgung war mit durchschnittlich 39 Tagen (Median, Min – Max: 18 – 42 Tage) um vier Tage länger. Die längere Verweildauer begründet sich in der sozialen und beruflichen Teilhabebeeinträchtigung, die eine arbeitsfähige Entlassung noch nicht erlauben und die prognostisch durch verlängerte Rehabilitation relevant verbessert werden kann, sodass nach individueller Entscheidung eine Verlängerung bewilligt wird. Die Zeitspanne zwischen Aufnahme in die Reha und der Return-to-Work-Konferenz lag in der BETA-MeH-Gruppe im Median bei 24 Tagen (Min – Max: 14 – 33 Tage).

Herausforderungen und Lösungen bei der Integration der BETA-MeH Innovationen

Fünf Herausforderungen traten während des Projektes in der JKG auf (Tab. 2).

Tab. 2: Herausforderungen und Lösungen bei der Integration der BETA-MeH Innovationen.

Herausforderungen	Lösungen
1. Verantwortlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> Wissenschaftlicher Mitarbeiter als Koordinator des Projektes (Kosten werden über den Klinikträger übernommen)
2. Veränderte Verwaltungsabläufe	<ul style="list-style-type: none"> Anpassung des Studiendesigns zu mehr Flexibilität hinsichtlich Aufenthaltsdauer
3. BETA-MeH als interdisziplinäres Projekt	<ul style="list-style-type: none"> Interne Projektmeetings Etablierung eines Kernteams Teilnahme verschiedener Professionen an externen BETA-MeH-Meetings Projektspezifische Vertretungen
4. Zeitliche und personelle Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> Übernahme der Forschungsaufgaben durch den wissenschaftlichen Mitarbeiter; dadurch Sicherstellen akkurater Rekrutierung und Datenerhebung separat von der klinischen Routine Teilnahme von Mitarbeitenden aus den motorischen Therapieabteilungen nur bei hoher Relevanz für den individuellen Fall Flexibilität Termindauer RTW-Konferenz (bei Bedarf nur 30min anstatt 60min)
5. Inkongruenz zwischen initialer Rekrutierungsstrategie und Rehabilitanden in der JKG	<ul style="list-style-type: none"> Anpassung der Rekrutierungsstrategie auf stationäre Rehabilitanden ab 01/2024, sowie Ausweitung der Modellregion

RTW = Return to Work

Verantwortlichkeit (1)

Das BETA-MeH Projekt erforderte zu Beginn die Teilnahme an mehreren Workshops mit der Projektleitung und -steuerung und weiteren Workshops im Verlauf. Aufgrund der Komplexität mit Anforderungen an interne und externe Partner wurde ein Projektverantwortlicher der Abteilung Therapiewissenschaft für die Sicherstellung des Projektablaufes benannt.

Dies stellte eine Besonderheit im Vergleich zu den anderen Kliniken dar, da bei diesen keine Mitarbeiten-

den in der Funktion als wissenschaftlicher Mitarbeiter beteiligt waren. Hieraus ergab sich insbesondere eine zeitliche Flexibilität, die rein klinisch tätige Personen in der stationären Versorgung in einer Rehabilitationsklinik bei knappen Ressourcen meist nicht haben.

BETA-MeH als interdisziplinäres Projekt (2)

Das BETA-MeH-Projekt erforderte die Einbindung folgender Bereiche:

- Therapiewissenschaft für die interne und externe Projektkoordination,
- Ärztlicher Dienst (Rekrutierung, Aufklärung, Return-to-Work-Konferenz, (sozial-)medizinische Expertise),
- Neuropsychologie (Neuropsychologische Diagnostik, Fremdeinschätzung Leistungsfähigkeit (PAL), Return-to-Work-Konferenz),
- Sozialdienst (Anpassung Übergangsmangement, Unterstützung bei der Selbsteinschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit, Return-to-Work-Konferenz),
- Interdisziplinäres Team und interne Einschätzung durch die Abteilungen Ergo-, Logo-, Physio-, Sporttherapie (Fremdeinschätzung Leistungsfähigkeit (PAL), teilweise Return-to-Work-Konferenz),
- sowie Patientenaufnahme, Qualitätsmanagement und Verwaltung.

Hierbei entstand die Herausforderung eine breite Streuung von Informationen über BETA-MeH mit einem angemessenen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen abzuwägen. Als Lösung wurden interne Projektmeetings durchgeführt, die über Inhalte und benötigte zeitliche und personelle Ressourcen in den jeweiligen Abteilungen informierten. Hierzu wurden verschiedene Formate gewählt: Allgemeine Informationstermine für die Abteilungsleitungen, Meetings in einem BETA-MeH-Kernteam. Dem Kernteam gehörte der Projektkoordinator, die Abteilungsleitung Sozialdienst sowie Personen aus dem ärztlichen Dienst an. Zur größeren Identifikation mit dem Projekt wurde die Teilnahme verschiedener Personen aus dem Kernteam an den externen Projektmeetings gefördert.

Aufgrund der Menge der involvierten Klinikbereiche und Dauer der Rekrutierungszeit waren personelle Wechsel eine weitere Herausforderung. Daher wurden neben den bestehenden Vertretungen, auch projektspezifische Aufgaben vertreten (insbesondere in den Bereichen Projektkoordination, Sozialdienst und ärztlicher Dienst).

Veränderte Verwaltungsabläufe (3)

Das BETA-MeH Modellprojekt sah zu Beginn nur die Vergütung von 4 Wochen Rehabilitation plus BETA-MeH Interventionspauschale vor. Etwaige Verlängerungen der (stationären) Rehabilitation über 4 Wochen hinaus wur-

den mit der Interventionspauschale verrechnet. Diese Regelung bereitete aus wirtschaftlicher Sicht Herausforderungen:

Es konnte zu Überschneidungen im Prozess des Einschlusses in BETA-MeH und der Beantragung von Reha-Verlängerungen (bis zu 6 Wochen Reha-Aufenthalt) kommen. Dies konnte die Entscheidung über die Eignung einer Person für BETA-MeH verzögern. Reha-Verlängerungen wurden von den Mitarbeitenden als etablierte Maßnahme gesehen und daher bei Personen mit ungewisser Return-to-Work-Prognose eher eine Reha-Verlängerung in Kombination mit einer Intervallrehabilitation als der Einschluss in BETA-MeH befürwortet. Diese wurde mit der Projektleitung diskutiert. Es wurde verabredet, dass der initiale Klinikaufenthalt bedarfsorientiert bis zu einer Woche kostenwirksam verlängert werden kann. Trotzdem bestand bei vier Personen in der BETA-MeH-Gruppe die medizinische Notwendigkeit eines bis auf 6 Wochen verlängerten Aufenthaltes, wobei dann die 6. Woche mit der Interventionspauschale verrechnet wurde.

Auch bei der Einhaltung der Qualitätsvorgaben der DRV zur Rehabilitation nach Schlaganfall [6] oder der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) [5] ist die Aufenthaltsdauer in der Reha relevant. Hierzu erfolgte bei einem der externen Projektmeetings eine Rücksprache mit der Projektleitung DRV Bund. Es resultierte die Klarstellung, dass Teilnehmende in der BETA-MeH-Gruppe in der Qualitätsstatistik der DRV nicht berücksichtigt werden und es diesbezüglich keine negativen Auswirkungen gibt.

Weitere Herausforderungen, die durch veränderte Verwaltungsabläufe im Vergleich zur Regelversorgung relevant wurden, werden im Abschnitt Analyse der „Ablehner“ dargestellt.

Zeitliche und personelle Ressourcen (4)

Durch das BETA-MeH-Projekt entstanden neue zeitliche und personelle Bedarfe in der klinischen Versorgung. Diese Herausforderung wurde zu einem großen Teil durch den internen Projektkoordinator gelöst, sodass die zeitliche Belastung der Mitarbeitenden in der Patientenversorgung so gering wie möglich gehalten werden konnte. **Tabelle 3** fasst die Tätigkeiten der internen Projektkoordination zusammen. Der Zeitbedarf für das Screening – bei 10–20 Neuaufnahmen wöchentlich (Phase D) – lag bei wöchentlich 2–3 Stunden. Die von der internen Projektkoordination geführten Aufklärungsgespräche beanspruchten 15–30 min wöchentlich. In einem exemplarisch analysierten Zeitraum von 01.01.25 bis 30.04.25 wurden 31 Aufklärungsgespräche geführt. Dies entsprach ein bis zwei Gesprächen pro Woche. Bei Personen im Modellprojekt bestand der größte Zeitaufwand in der Verwaltung der Studiendokumente (z. B. Speichern und Hochladen in den Projektordnern, Führen einer Verlaufsdocumentation, Prüfen auf Voll-

Tab. 3: Zeitbedarf für die interne Projektkoordination

Tätigkeit	Zeitbedarf
Screening der Neuaufnahme Phase D	2 – 3 Std./Woche
Aufklärungsgespräche	15 – 30 min/Woche
Verwaltung Studiendokumente	65 min/Fall
Kommunikation mit FM	15 min/Fall
Planung der Return-to-Work-Konferenz	40 min/Fall

Die Minutenangaben pro Fall geben den Median bei n=15 BETA-MeH Fällen an. Weitere Zeitaufwände, die in anderen Bereichen entstanden (z.B. ärztliche Beratung zum Projekt, Durchführung Assessments, Durchführung Return-to-Work-Konferenz) sind hier aufgrund fehlender systematischer Erfassung im klinischen Alltag nicht aufgeführt.

ständigkeit), sowie der Planung der Return-to-Work-Konferenz (**Tab. 3**).

Das Durchführen einer sechzigminütigen Return-to-Work-Konferenz wurde zu Beginn kritisch eingeschätzt. Es stellte sich die Frage nach der zeitlichen Integrierbarkeit und Verfügbarkeit der relevanten Mitarbeitenden. Bei Terminknappheit wurde die Dauer daher auf bis zu 30min reduziert. Eine Teilnahme von Mitarbeitenden aus den Bereichen Ergo-, Logo-, Physio-, Sporttherapie erwies sich in den meisten Fällen als planerisch zu aufwendig. Daher wurden nur in Einzelfällen, beispielsweise bei Teilnehmenden mit schwereren Funktionsdefiziten der oberen Extremität, eine Person aus der Ergotherapie hinzugezogen.

Anpassung der Rekrutierungsstrategie und Erweiterung der Einschlusskriterien (5)

Aufgrund des sozialraumorientierten und wohnortnahen Ansatzes und daran gekoppelter Verfügbarkeit von Fallmanagement und Fachkraft für betriebliche Intervention war das BETA-MeH Projekt zunächst als Angebot für die ganztägig ambulante Rehabilitation konzipiert. Zudem war die Finanzierung entsprechend des wohnortorientierten Konzepts von Beginn an mit Tagessätzen der ambulanten Versorgung berechnet, sodass aus gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten der Klinik initial der Einbezug stationärer Rehabilitanden als finanziell nicht darstellbar gesehen wurde. Der überwiegende Anteil (>80% der Behandlungsplätze) der Rehabilitanden wird in der JKG stationär aufgenommen. Die Rekrutierungszahlen für das Projekt waren daher gefährdet. Im Zeitraum 02/2023 bis 12/2023 konnte nur eine Person in das Projekt eingeschlossen werden (**Abb. 2**). Als Lösung einigte sich die JKG (Klinikdirektor, Chefärztin, Projektkoordination) mit der Projektleitung der DRV Bund im Dezember 2023 in einem Treffen auf die gleiche Berechnung der Interventionspauschale für stationäre Rehabilitanden, sodass ein Einschluss aus finanzieller Sicht der JKG möglich wurde. Gekoppelt wurde dies mit einer Ausweitung der Modellregion, sodass bspw. auch Personen mit Wohn- und Arbeitsort im Raum Aachen

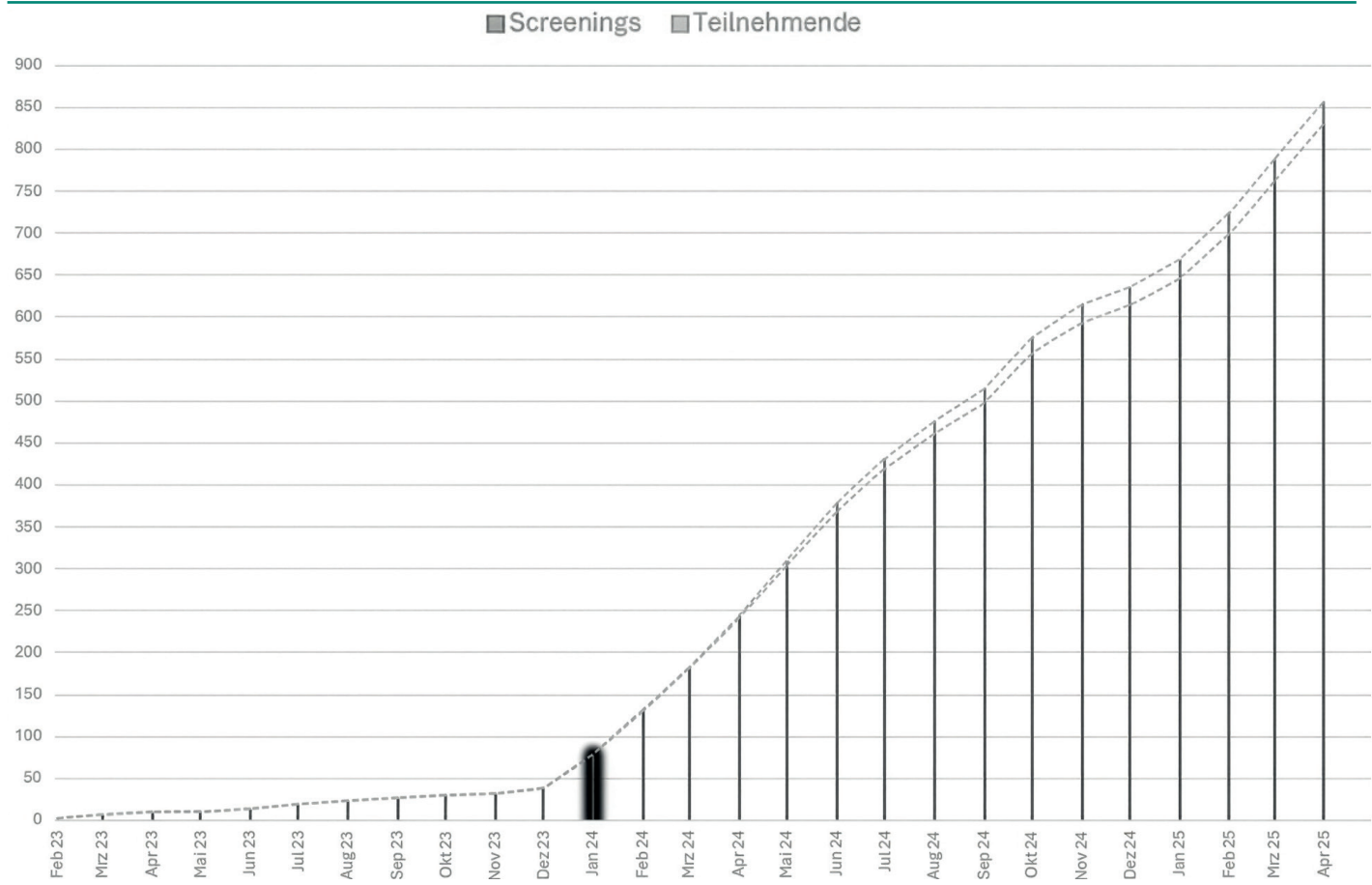


Abb. 2: Anzahl der gescreenten Personen sowie Anzahl der Teilnehmenden im monatlichen Verlauf von Beginn der Machbarkeitsphase 02/2023 bis 04/2025. Die Anpassung der Rekrutierungsstrategie auf stationäre Rehabilitanden in 01/2024 ist markiert

oder Nordeifel eingeschlossen werden konnten. Dies führte zu einem 16-fachen Anstieg der monatlichen Rekrutierungsrate (**Abb. 2**).

Analyse der „Ablehner“

Ab dem 01.01.24 (Erweiterung der Einschlussmöglichkeit auf stationäre Rehabilitanden) erfolgte für die JKG eine klinikinterne Dokumentation der Rehabilitanden, die eine Studienteilnahme kritisch sahen und diese schließlich ablehnten. Studienablehner waren Personen, die alle Einschlusskriterien erfüllten und vom medizinisch-therapeutischen Team als geeignete Teilnehmende eingeschätzt wurden, eine Teilnahme nach Studienaufklärung aber ablehnten. Der Grund für die Ablehnung wurde durch die interne Projektkoordination in ein bis zwei Sätzen festgehalten. Anhand dieser Dokumentation bis zum 31.05.25 (Gesamtzeitraum: 17 Monate) wurde durch den Erstautor (FW) eine Kategorienbildung zu den Ablehnungsgründen durchgeführt (s. **Tab. 4**). Bei sechs Personen wurden zwei verschiedene Gründe dokumentiert.

Im untersuchten Zeitraum standen 27 Zusagen 29 Absagen gegenüber. Es lehnten somit 52% der potentiellen Teilnehmenden nach dem Aufklärungsgespräch

eine Teilnahme ab. Der mit Abstand häufigste Grund (48%) war, dass kein zusätzlicher Unterstützungsbedarf bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz durch BETA-MeH gesehen wurde. Dies konnte sich beispielsweise auf ein als unterstützend eingeschätztes Arbeitsumfeld beziehen.

Tab. 4: Ablehnungsgründe zur Studienteilnahme durch potentielle Teilnehmende (01.01.24 bis 31.5.25, n = 29)

Ablehnungsgrund	Anzahl Nennungen
1. Subjektiv kein Unterstützungsbedarf nach der Rehabilitation für die Rückkehr an den Arbeitsplatz erforderlich	14 (48%)
2. Fehlende DRV-Nachsorgeangebote	4 (14%)
3. Subjektives Überforderungserleben	3 (10%)
4. Sonstiges	3 (10%)
5. Zeitlicher Aufwand	3 (10%)
6. Keine Angaben	2 (7%)
7. Ablehnung Arbeitgebereinbindung	2 (7%)
8. Vorzug Krankengeld vor Übergangsgeld	2 (7%)
9. Beginn Altersrente in unmittelbarer Nähe nach der Rehabilitation ohne Ambition an den Arbeitsplatz zurückzukehren	2 (7%)

Vier Personen (14 %) lehnten aufgrund der fehlenden Möglichkeit zur Teilnahme an einem weiteren Nachsorgeangebot im Anschluss an die Rehabilitation, wie die Intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA) [4], die Teilnahme ab. Diese Regelung bestand für Teilnehmende im BETA-MeH Modellprojekt, bei denen erst nach Abschluss von BETA-MeH (Rückkehr an den Arbeitsplatz oder Abbruch) eine Rehabilitationsnachsorge beantragt werden konnte.

Fallvignetten

Fall 1 (BETA-MeH mit Abbruch)

55-jährige kaufmännische Angestellte in einem Dentallabor
Diagnose: Hirninfarkt im Bereich von Thalamus und Mesencephalon links
Symptome bei Reha-Aufnahme (20 Tage nach Akutereignis): Skew deviation mit Doppelbildern (= Doppelbilder, die schräg übereinanderstehen). Intermittierender Schwindel, gut vereinbar mit der Läsion, teils Gangunsicherheit bei Schwierigkeiten den dreidimensionalen Raum vollständig zu erfassen.
Vorerkrankungen: arterielle Hypertonie, Nikotinabhängigkeit, Depression (remittiert unter Psychopharmakotherapie mit Citalopram)
Sozialmedizinische Epikrise und Return-to-Work-Konferenz: <ul style="list-style-type: none"> • Neuropsychologisch leichte kognitive Auffälligkeiten bei insgesamt bestehender psychomentaler Minderbelastbarkeit. • Doppelbilder fast vollständig regredient, Etablierung der vollständigen Gangsicherheit. • Entspannung und Entlastung von den als belastend erlebten Anforderungen des beruflichen Alltags. • Berufliches Leistungsvermögen weder quantitativ noch qualitativ längerfristig eingeschränkt. • Empfehlung Wiedereingliederung in 3–4 Monaten.
5 Monate nach Entlassung: <ul style="list-style-type: none"> • Fallmanagement fragt Wiederaufnahme zur stationären Reha an, da gesundheitlicher Zustand (psychisch und physisch) keinen Start der Eingliederung am Arbeitsplatz erlaubt. • Enormer Erschöpfungszustand. • Ambulante Versorgung kann größtenteils nicht stattfinden.
Einschätzung aus JKG: <ul style="list-style-type: none"> • Weiteres Verfahren müssen Fachneurologe und Fachpsychiater entscheiden • Eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme wird empfohlen • Wiederaufnahme in die neurologische Reha-Klinik zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund der Symptomatik nicht indiziert
Fallmanagement leitet daraufhin Aufnahme in neurologische Klinik ein: <ul style="list-style-type: none"> • schwergradige Fatigue-Symptomatik • schwere depressive Episode • Empfehlung erneute neurologische Reha
7 Monate nach Entlassung: Erneute Fallbesprechung zwischen Fallmanagement, JKG und BETA-MeH Experten-Team: <ul style="list-style-type: none"> • Fallmanagement leitet Aufnahme in psychiatrische Klinik ein
8 Monate nach Entlassung: Voraussichtlich 5-wöchiger Aufenthalt in psychiatrischer Klinik bedingen den Abbruch der BETA-MeH-Maßnahme.
JKG = Johanniter-Klinik Godeshöhe

Fall 2 (BETA-MeH mit Abschluss)

58-jähriger Tischlermeister als leitender Angestellter
Diagnose: Embolische Hirninfarkte mit sekundärer kortikaler Einblutung rechtsseitig, V.a. strukturelle Epilepsie mit einfach fokalen linksseitig faziobrachialen Anfällen im Rahmen des Akutereignisses DD: akut symptomatische Anfälle
3 Monate nach Akutereignis: AHB (nicht JKG)
16 Monate nach Akutereignis: Weiterhin AU, Aufnahme zur Intervallrehabilitation in JKG
Symptome bei Reha-Aufnahme: Persistierende linksseitige armbetonte Hemiparese, Wortfindungsstörungen und eine allgemeine psychomentaler Minderbelastbarkeit.
Vorerkrankungen: arterielle Hypertonie
Sozialmedizinische Epikrise und Return-to-Work-Konferenz: <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserungen der Handfunktion links mit vermehrtem Einsatz. Weiterhin Einschränkungen im Gebrauch der linken Hand bei Linkshändigkeit. • Fortschritte im Sprachfluss, jedoch weiterhin Unsicherheiten in Stresssituationen. • Motorischen Anforderungen eines Tischlers wird er nicht mehr in vollem Umfang qualitativ und quantitativ gerecht werden können. • Innerbetriebliche Anpassung des Tätigkeitsprofils geplant. • Empfehlung schrittweise Wiedereingliederung über einen langen Zeitraum bis zum Wiedereintritt in die volle Arbeitsfähigkeit.
3 Monate nach Entlassung: <ul style="list-style-type: none"> • Fallmanagement hält Rücksprache bzgl. der Reduktion der Epilepsiemedikation im Sinne einer Zweitmeinung
7,5 Monate nach Entlassung: <ul style="list-style-type: none"> • Nach Einschätzung des Fallmanagements wird nicht die volle Erwerbsfähigkeit erlangt. Voraussichtlich 20 Wochenarbeitsstunden möglich. Daher Beantragung teilweise Erwerbsminderung angestrebt.
9,5 Monate nach Entlassung: <ul style="list-style-type: none"> • Stellungnahme des Fallmanagements zur Beantragung der Teil-Erwerbsminderungsrente erhalten • Auf Basis der vorliegenden Unterlagen aus dem Reha-Aufenthalt und der Stellungnahme des Fallmanagements, wird durch die JKG in einer Stellungnahme ebenfalls eine teilweise Erwerbsminderungsrente befürwortet
AHB = Anschlussheilbehandlung; AU = Arbeitsunfähigkeit; NRZ = Neurologisches Rehazentrum

Diskussion

In diesem Kapitel wurden aus der Perspektive einer der rekrutierenden Rehabilitationskliniken, die Herausforderungen und Lösungen bei der Integration von Innovationen des rehapro Modellprojektes BETA-MeH in klinische Rehastrukturen dargestellt. Es wurden die Herausforderungen (1) BETA-MeH als interdisziplinäres Projekt, (2) veränderte Verwaltungsabläufe, (3) Anpassung der Verantwortlichkeit für die Studienaufklärung und den Studien-Einschluss, (4) knappe zeitliche und personelle Ressourcen, (5) Rekrutierungsstrategie, sowie u.a. die Lösungen (1) Einsetzen eines verantwortlichen Projektkoordinators, (2) Anpassung der Rekrutierungsstrategie auf stationäre Rehabilitanden, (3) Etablierung eines BETA-MeH-Kernteam, (4) internen Projektmee-

tings und (5) zeitliche Entlastung der Mitarbeitenden in der Patientenversorgung durch den Projektkoordinator aufgezeigt.

Im Folgenden wird auf weitere Herausforderungen eingegangen und es werden zukünftige Lösungen diskutiert.

Wiederkehrende Herausforderungen bzgl. der RTW-Prozesse nach erworbener Hirnschädigung, die nicht direkt mit der Integration der BETA-MeH-Innovationen zu tun hatten, waren nicht bestehende Fahrttauglichkeit, sowie die Symptomatik eines Gesichtsfeldausfalls.

In der aktuellen Stichprobe der JKG lag laut Entlassungsbericht bei 13 der 27 Personen (48%) keine Fahreignung für das Führen von Kraftfahrzeugen bis 3,5t vor. Bei 5 der 13 Personen war dies mit einem Gesichtsfeldausfall verbunden.

Die Fahreignung kann essentiell für das Erreichen des Arbeitsplatzes sein. Bspw. wenn der Arbeitsplatz gar nicht oder nur durch einen unzumutbaren Zeitaufwand mit dem öffentlichen Verkehr erreichbar ist. Außerdem kann die Fahreignung für das Ausführen der Arbeitstätigkeit essentiell sein, bspw. wenn eine Person im Außendienst arbeitet oder Berufskraftfahrer/in oder Berufskraftfahrerin ist.

Über die finale Eignung einer Person für BETA-MeH wurde durch das ärztlich-therapeutische Team unter Berücksichtigung der bereits beschriebenen Punkte entschieden:

1. Wird die Rehabilitand:in am Ende der medizinischen Rehabilitation (Phase D) voraussichtlich arbeitsunfähig entlassen?
2. Liegt allgemein eine positive Erwerbsprognose vor?
3. Gibt es einen bestehenden Arbeitsplatz?
4. Ist eine Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz durch BETA-MeH sinnvoll?

Frage 2 und 3 ermöglichten den Einschluss von Personen, die nicht in ihre alte, aber eine andere Tätigkeit beim selben Arbeitgeber zurückkehren können. Wiederholt wurde die Schwierigkeit deutlich diese Tätigkeiten einzuschätzen – ohne direkten Kontakt zum Arbeitgeber. Häufig konnten die Rehabilitanden selbst keine Auskünfte zu anderen Tätigkeiten geben. Identische Probleme wurden im Rahmen der MBOR in der orthopädischen Rehabilitation von Bühne et al. [1] beschrieben. Diese Autoren empfahlen eine bessere Verfügbarkeit von Arbeitsplatzanforderungen durch stärkere Einbeziehung von Arbeitgebern. BETA-MeH forcierte zwar die Arbeitgebereinbindung, diese war aber zum Zeitpunkt des Screenings noch nicht gegeben und konnte somit zu diesem Zeitpunkt keine Lösung anbieten.

Frage 4 stellte die Kernfrage dar, die es durch das ärztlich-therapeutische Team zu beurteilen galt und stellt gleichzeitig die Frage nach der BETA-MeH-Zielgruppe. Im Projektverlauf war eine hohe Varianz in der Beantwortung der Frage zu beobachten. Zu Studienbeginn wurden vor allem Rehabilitanden mit geringen Ein-

schränkungen als geeignete Teilnehmende angesehen. Nach Diskussion im Rahmen der externen Projektmeetings wurden auch Personen mit größeren neurologischen Funktionsdefiziten als potentielle Teilnehmende eingeschätzt.

Ein kritischer Punkt in der Kopplung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation im Rahmen von BETA-MeH war der frühe Zeitpunkt insbesondere bei Personen in einer Anschlussheilbehandlung. Betroffene Personen können sich nach neurologischen Akutereignissen in einer Ausnahmesituation befinden und bei schwereren Funktionseinschränkungen die Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz zunächst als zweitrangig betrachten oder diesbezüglich noch gar keine Einschätzung treffen können. Die Intervallrehabilitation bietet im Gegensatz dazu die Möglichkeit eine weitere Entwicklung abzuwarten und erst nach einigen Monaten die Rückkehr an den Arbeitsplatz in den Blick zu nehmen. Häufig war der weitere Verlauf zu Reha-Beginn auch aus ärztlicher Sicht noch nicht gut genug einschätzbar, sodass BETA-MeH als verfrüht oder Überforderung eingeschätzt wurde.

Umgekehrt erwiesen sich häufig Rehabilitanden, die zur Intervallrehabilitation aufgenommen wurden, als besonders geeignet. Durch verbleibende Funktionsdefizite wurde durch die Rehabilitanden ein konkreter Unterstützungsbedarf bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz gesehen.

Prognostische Kriterien, die eher für eine erneute Reha in einigen Monaten oder den direkten Beginn von BETA-MeH sprechen, sind an dieser Stelle wichtig. Eine Möglichkeit hierfür könnte die neuropsychologische Diagnostik sein, über die in bestimmten kognitiven Kernfunktionen „harte“ Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt werden könnten. Dies würde eine standardisierte neuropsychologische Diagnostik in den jeweiligen Kliniken voraussetzen.

Die Schwierigkeit den Unterstützungsbedarf von Rehabilitanden beim Return-to-Work-Prozess richtig einzuschätzen, könnte sich in der hohen Anzahl an Rehabilitanden im NRZ Godeshöhe gezeigt haben, welche die Einschlusskriterien erfüllten, aber eine Teilnahme ablehnten (52%). Der häufigste Ablehnungsgrund war der subjektiv nicht vorhandene Unterstützungsbedarf.

Hervorzuheben ist allerdings, dass im BETA-MeH Verlauf deutlich wurde, dass auch vermeintlich „einfache“ Fälle im Return-to-Work-Prozess problematisch werden können. Diese falsche Einschätzung kann sowohl die ärztliche Bewertung als auch die Selbsteinschätzung der Rehabilitanden betreffen. Nicht zu unterschätzen ist daher die Lernmöglichkeit, die BETA-MeH den Mitarbeitenden der Rehaklinik bietet, indem sie die in der Reha getroffene Return-to-Work-Prognose evaluieren können. Diese Lernmöglichkeit fehlt in der Regelversorgung oftmals.

Abschließend lassen sich vier Cluster bilden, die nicht zu einem Start von BETA-MeH in der Reha füh-

ren und als Erklärung herangezogen werden können, warum die Rekrutierungszahlen im BETA-MeH-Projekt hinter den Erwartungen zurückblieben:

- (1) Fälle, bei denen die ärztliche Einschätzung aufgrund der vorhandenen Defizite zur Intervallrehabilitation tendiert,
- (2) Fälle, in denen sich der Rehabilitand selbst durch die vorhandenen Defizite noch nicht bereit für den Return-to-Work-Prozess sieht,
- (3) Fälle, bei denen ärztlicherseits (fälschlicherweise) ein unproblematischer Return-to-Work-Prozess angenommen wird,
- (4) Fälle, bei denen durch die betroffene Person (fälschlicherweise) kein Unterstützungsbedarf beim Return-to-Work-Prozess gesehen wird.

Stärken und Schwächen

Als Stärke der vorgestellten Ergebnisse kann der direkte Bericht aus der Reha-Praxis bzw. durch Personen, die an der Umsetzung von BETA-MeH vor Ort beteiligt waren, gesehen werden. Hinsichtlich der Stärken der Intervention kann die individuelle und bedarfsorientierte Begleitung der Rehabilitanden nach der Klinik, bei der Initiierung weiterführender Versorgungsleistungen und bei der betrieblichen Wiedereingliederung genannt werden.

Als Schwäche ist anzuführen, dass sich die Ergebnisse lediglich aus den Erfahrungen einer von fünf teilnehmenden Kliniken speisen. Bezogen auf die Schwächen des BETA-MeH-Projektes sind die geringen Rekrutierungszahlen zu nennen sowie, dass Rehabilitanden Aspekte der BETA-MeH-Versorgung im Vergleich zur Regelversorgung als nachteilig wahrnehmen können: Stationärer Reha-Aufenthalt für maximal 5 Wochen vorgesehen, DRV-Nachsorgeangebote erst nach Abschluss von BETA-MeH möglich und nicht begleitend, Erhalt von Übergangsgeld statt Krankengeld. Dies schlug sich in einer hohen Ablehnungsrate nieder.

Fazit

Zusammenfassend bedarf es eines multiprofessionellen und motivierten klinischen Teams und eines Forschungsteam, die gut zusammenarbeiten, um Innovationen in klinischen Rehabilitationsstrukturen erfolgreich und nachhaltig zu implementieren. Während das reha-pro BETA-MeH-Projekt durch die rekrutierten Studienteilnehmenden und den Erkenntnisgewinn profitiert, können die Mitarbeitenden der Reha-Klinik durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit und den Schnittstellenkontakt zu Fallmanagement, Fachkraft für betriebliche Intervention, Rentenversicherung und Forschungsinstitutionen vor allem im Bereich der Sozialmedizin profitieren.

Die sich aktuell anschließende Implementierung einer BETA-MeH Übergangsvorsorge zeigt, dass in der Johanniter-Klinik Godeshöhe durch diese relevan-

te klinische Studie nachhaltig Strukturen verbessert wurden, die den Return-to-Work-Prozess von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen bereits während der ambulanten und stationären Rehabilitation verstärkt in den Blick nehmen.

Literatur

1. Bühne D, Alles T, Elling JM, Hetzel C. Ergebnisse einer Befragung orthopädischer Rehabilitationseinrichtungen zur Umsetzung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation: Bedarfsidentifizierung und Analyse der Arbeitsanforderungen. *Rehabil* 2024; 63(05): 298-306
2. Buschmann-Steinhage R. Anspruch und Realität praxisrelevanter Rehabilitationsforschung – Multiperspektivische Lösungsansätze für die erfolgreiche Umsetzung von Projektergebnissen. 21. Rehawissenschaftliches Symposium in Halle; 2020
3. Claros-Salinas D, Čunderlík VC, Greitemann G. Zurück in den Beruf – subjektive und objektive Perspektiven berufsorientierter Neurorehabilitation. *Neurol Rehabil* 2012; 18: 275-290
4. Deutsche Rentenversicherung Bund. Fachkonzept "IRENA". Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2021.
5. Deutsche Rentenversicherung Bund. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2023
6. Deutsche Rentenversicherung Bund. Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2016
7. Frommelt P, Thöne-Otto A, Grötzbach H, Herausgeber. *NeuroRehabilitation: Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2024 [zitiert 11. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/10.1007/978-3-662-66957-0>
8. Schaller A, Xyländer M, Stassen G, Exner AK, Sauzet O. Erfahrungen von Praxisakteuren in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen von Forschungsprojekten – eine qualitative Studie. *Phys Med Rehabil Kurortmed* 2021; 31(02): 100-109
9. Schaller A, Exner AK, Stahl L, Xyländer M. Umsetzung von Transfer im Forschungsprozess: Ein Diskussionsbeitrag aus Perspektive von Forschenden für die Rehabilitation. *BG Bewegungstherapie Gesundheitsport*. 2021; 37(04): 179-184
10. Streibelt M. Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). *Rehabil* 2009; 48(03): 135-144
11. Vollmar HC, Santos S, De Jong A, Meyer G, Wilm S. Wie gelangt Wissen in die Versorgung?: Implementierungsforschung und Wissenszirkulation. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2017; 60(10): 1139-1146

Korrespondenzadresse:

Dr. rer. nat. Florian Wolf
 Johanniter-Klinik Godeshöhe GmbH
 Waldstraße 2 – 10
 53177 Bonn
 Florian.Wolf@go.johanniter-kliniken.de