

BETA-MeH als berufsorientierte, klinisch-betriebliche Intervention: Ein Kommentar zur Erreichbarkeit von Betroffenen mit klinisch gering ausgeprägten Leistungsdefiziten

M. Eschweiler¹, F. Wolf¹, P. Kröber¹, K. Rauen¹

¹Johanniter-Klinik Godeshöhe GmbH, Bonn

Zusammenfassung

Siehe **Fazit und Zusammenfassung**, S.88

Schlüsselwörter: Hirnschädigung, Wiedereingliederung, Neurorehabilitation, Erreichbarkeit, Kommentar

Einleitung

Das von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) geleitete rehapro Modellprojekt „Bedarfsfokussierte Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (BETA-MeH)“ wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert und zielt darauf ab, einen innovativen, interdisziplinären Versorgungsansatz für Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH) für die klinische Versorgung zu entwickeln und dadurch die Rückkehr an den Arbeitsplatz trotz Hirnverletzung bestmöglich zu erreichen. In diese klinische Interventionsstudie wurden MeH mit den ICD-10 Diagnosen D32, D33, F06, F07, F09, G00, G01, G02, G03, G04, G05, G06, G07, G08, G35.1, G93.1, I60, I61, I62, I63, I67, I69, und S06 eingeschlossen, randomisiert und vergleichend im Interventionsarm oder der DRV Regelversorgung in der neurologischen Rehabilitation untersucht (vgl. Claros-Salinas, Schupp & Thomas in diesem Heft, S. 61).

Wie für neuartige Ansätze in etablierten Kontexten typisch, ergaben sich auch für dieses Projekt Herausforderungen, die in diesem Sammelband dargestellt werden und nachfolgend in Bezug auf MeH mit gering ausgeprägten Leistungsdefiziten kommentiert werden. Diese Betroffenen leiden oft besonders, da die Diskrepanz - trotz vermeintlich leichter Hirnschädigung - zur früheren sozialen und beruflichen Teilhabe persistiert, einer andauernden erhöhten Anstrengung bedarf und im Alltag den Mitmenschen oft nicht auffällt, sodass notwendige Unterstützung ausbleibt.

Dass dieses Vorhaben von großer Relevanz ist, zeigt die verfügbare Evidenz, die für MeH darlegt, dass der Prozess zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (return to work, RTW) eine Herausforderung ist, die auch von den Betroffenen so erlebt wird [7, 10, 12, 19, 22, 23]. Studien beschreiben RTW-Quoten von 12–49% [1] sowie 56% nach 12 bzw. 67% nach 24 Monaten für Menschen nach einem Schlaganfall [8]. Bei traumatischen und nicht-

traumatischen Hirnschädigungen werden RTW-Quoten von jeweils 41% und 39% nach zwei Jahren genannt [23]. Für Menschen mit Multipler Sklerose berichten Streibelt und Kollegen [22] eine RTW-Quote von 54% innerhalb von zwei Jahren nach einer Rehabilitation. Bei MeH kann es auch nach initialer Rückkehr in den Beruf noch zum krankheitsbedingten Ausscheiden kommen [18, 22, 23]. Bisherige Studien stellen fest, dass die Wahrscheinlichkeit wieder erwerbsfähig zu werden, zwei Jahre nach der erworbenen Hirnschädigung unwahrscheinlich wird [10, 23]. Genauso zeigt die Literatur, dass RTW bei MeH ein multifaktorieller und langwieriger Prozess ist [7, 10, 12, 20, 23]. Es besteht also ein hoher Bedarf Versorgungsmöglichkeiten zu optimieren und frühzeitiger als bislang mit RTW-Maßnahmen zu beginnen, was in der BETA-MeH Studie erprobt wurde.

Trotz des innovativen Ansatzes von BETA-MeH, unter der Berücksichtigung vieler für den RTW-Prozess relevanter Faktoren, blieben die Rekrutierungszahlen (n=74, Rekrutierungszeitraum: 01.07.23 bis 30.06.25) deutlich hinter den Erwartungen zurück. Anpassungen des Rekrutierungszeitraumes, Hinzuziehung weiterer Studienzentren sowie Modifikationen des Studiendesigns führten nicht zu einem markanten Anstieg der Rekrutierungszahlen.

Wie der Beitrag von Wolf und Kolleg:innen [25] zeigt, lehnten im Studienzentrum Johanniter-Klinik Godeshöhe GmbH 52% der geeigneten Personen nach der Studienaufklärung die Teilnahme ab. Für das Gesamtprojekt wurden diese Zahlen leider nicht dokumentiert, dürften jedoch vergleichbar sein. Diese Quote wirft die Frage auf, wie Menschen mit klinisch nur gering ausgeprägten Leistungsdefiziten, welche zunächst als Zielgruppe von BETA-MeH gesehen wurden, erreicht werden können bzw. welche Barrieren existieren.

Projekterfahrungen

Erreichbarkeit

Die Erreichbarkeit wurde im BETA-MeH-Projekt durch die a priori definierten Ein- und Ausschlusskriterien eingegrenzt. Einige Ausschlusskriterien waren durch den Arbeitsbezug gerechtfertigt (Alter, Vorliegen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung), andere durch das Modellprojekt vorgegeben (Modellregion: bedingt durch notwendigen Regionalitätsbezug, Kostenträger) führten aber zur Nichteignung, zum Nichterreichen. Gerade der Regionalitätsbezug mit Nähe zum Wohnort und Arbeitsplatz ist für die Machbarkeit ein notwendiges Einschlusskriterium, andererseits führt es in überregionalen Rehabilitationszentren, wie es das Neurologische Rehabilitationszentrum Godeshöhe darstellt, zum Studienausschluss. Hier muss zukünftig eine überregionale Standardisierung und poststationäre wohnortnahe Zusammenarbeit gedacht werden.

Im Projektverlauf erfolgte eine Anpassung der Rekrutierungsstrategie: Zu Projektbeginn wurden von den Anbietern der medizinischen Rehabilitation, aufgrund des sich durch die Kriterien der Rekrutierungs-Checkliste ergebenden Patientenprofils vor allem MeH mit geringen Leistungsdefiziten als potentielle Zielgruppe angesehen, im weiteren Projektverlauf änderte sich dies, durch Diskussionen innerhalb der Gesamtprojektgruppe, zugunsten von MeH mit schwerer Betroffenheit (vgl. Diskussion von [25]). Dieses Procedere zeigt die Relevanz von regelmäßigen Projektmeetings, um eine optimale Projektkonzeption in einer multizentrischen Studie zu realisieren.

Darüber hinaus beschreiben Wolf und Kolleg:innen [25], wie die Möglichkeit gefunden wurde neben MeH aus der ambulanten Phase D auch MeH aus der stationären Phase D einzuschließen, sofern der Arbeits- und Wohnort in der Modellregion (=regionalem Versorgungsbereich) lagen. So konnten zumindest in einem Studienzentrum Rekrutierungszahlen vervielfacht werden.

Dass ein Ansatz wie BETA-MeH nicht nur in der ambulanten Phase D, sondern auch in der stationären Behandlung funktioniert, ist als richtungsweisender Mehrwert anzuerkennen und sollte in zukünftigen Projekten weiter untersucht und in Empfehlungen berücksichtigt werden. Dies zeigt, dass eine kontinuierliche Überprüfung der Zugangskriterien zu einer Studie durch alle beteiligten Expert:innen erfolgen sollte.

Allerdings werden insbesondere MeH mit vermeintlich geringen Leistungsdefiziten verspätet oder keiner stationären Behandlung zugeführt, sodass dies erneut die Erreichbarkeit dieser Betroffenen erschwert und es einer Rekrutierung auch aus allgemeinärztlichen, neurologischen Praxen bedarf, um diese MeH zu erreichen.

Bei Betrachtung der wertvollen Analyse der Ablehner [25] beeindruckt, dass 48 % (n = 14) der Ablehnenden aus der Johanniter-Klinik Godeshöhe GmbH (fälschli-

cherweise) der Ansicht waren, dass sie im RTW-Prozess keinen Unterstützungsbedarf haben werden. Auch wenn unklar bleibt für wen diese Annahme richtig oder falsch war, ist bei berichteten RTW-Quoten von 12–65% für MeH [1, 8, 22, 23] anzunehmen, dass einige MeH die Situation falsch eingeschätzt haben werden. Hirnschädigende Erkrankungen sind multimodal, wodurch es für Expert:innen, insbesondere jedoch für Laien schwierig ist, die Tragweite der Erkrankung einschätzen zu können. Im Rahmen von BETA-MeH zeigten sich einige Teilnehmende im Verlauf überrascht von der Komplexität des RTW. Derartige Feststellungen wurden auch in anderen qualitativen Studien gesammelt [7, 15, 18, 19]. Daher besteht dringender Handlungsbedarf die Betroffenen durch folgende Maßnahmen zur kompetenten Entscheidungsfindung zu befähigen:

1. Betrachten des gesamten Arbeitskontextes unter Berücksichtigung aller möglichen Störungsebenen zusammen mit den MeH.
2. Frühzeitige Sensibilisierung für die Thematik des RTW und die Verdeutlichung der Langwierigkeit und möglicher Herausforderungen ohne Pessimismus zu vermitteln.
3. Im klinischen Kontext, laienverständliche Kommunikation der Ergebnisse von strukturierten, interdisziplinären Assessments und deren Bedeutung für potentielle RTW-Barrieren.

Im Einklang mit den genannten Punkten zeigt das Review von La Torre und Kolleg:innen [12], dass proaktive MeH sowie Zugehörige zu den Gesundheitsprofessionen im RTW eher erfolgreich sind. Kostenträger sollten Informationsangebote für ihre Versicherten schaffen und Kliniker:innen die Thematik frühzeitig betonen.

Neben der fehlenden Kenntnis der Tragweite hirnschädigender Erkrankungen muss bei MeH beachtet werden, dass auch direkt durch die Hirnschädigung verursachte Störungen dazu führen können, dass Betroffene zu einer falschen Einschätzung gelangen. Hier wäre zum einen die Hoffnung auf vollständige Genesung und damit verbundene instinktive Ablehnung der Auseinandersetzung mit der veränderten Situation, dem veränderten Selbst [6, 14, 16, 19] zu nennen. Zum anderen könnte eine neuropsychologische Störung der mangelhaften Krankheitseinsicht, die Anosognosie [2], zu Fehleinschätzungen durch MeH führen. Dies ist besonders relevant, da die Beziehungsgestaltung zwischen den Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld maßgeblich erschwert ist. Daher sollte die klinische Diagnostik auch bei fehlenden bildmorphologischen Verletzungszeichen frühzeitig ansetzen, damit solche Störungen nicht übersehen werden. Inwieweit dies für die Ablehnenden in der Analyse von Wolf und Kolleg:innen [25] gilt, ist nicht bekannt.

In eine ähnliche Richtung weist auch das gescheiterte Erreichen von potenziell geeigneten BETA-MeH Studienkandidat:innen aufgrund von Überforderungserleben (10% [n = 2]), siehe [25]). Überforderungsüberle-

ben ist ebenfalls ein häufiges Phänomen nach Hirnschädigungen [4, 11]. Es ist der kognitiv-affektiven Belastung sowie den oft übersehenen, posttraumatischen, organisch-affektiven Störungen, Schlafstörungen und Angststörungen bis hin zu posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) zuzuordnen. Motivationale Faktoren und Coping-Fähigkeiten der Betroffenen sind hier von essentieller Bedeutung. Überforderungserleben kann sich durch therapeutische Begleitung im Verlauf minimieren. Für Projekte wie BETA-MeH wäre eine größere zeitliche Flexibilität notwendig gewesen, um diese Patient:innen zu einem späteren Zeitpunkt erneut anzusprechen und für eine Teilnahme erreichen zu können. Klinische Studienverfahren zeigen, dass es durchaus vorkommt, dass angesprochene Menschen, die sich zunächst überfordert fühlen, gerne zu einem späteren Zeitpunkt teilnehmen.

Überforderungserleben beeinflusst auch das Verhalten von MeH in der Rehabilitation und kann dazu führen, dass Betroffene nicht im erwarteten Umfang von der Maßnahme profitieren können. Darüber hinaus kann auch ihre Bereitschaft, sich mit dem RTW-Prozess auseinanderzusetzen gemindert sein. In solchen Fällen, aber auch bei anderen medizinischen Zweifeln, könnte das ärztliche bzw. interdisziplinäre Team eine Intervallrehabilitation gegenüber einer Rehabilitation am Stück bevorzugen. Im Rahmen von BETA-MeH hat eine solche Entscheidung zum Ausschluss potenziell geeigneter Kandidat:innen geführt. Ansätze, bei denen diese Fälle „vorgemerkt“ und zu einem späteren Zeitpunkt erneut angesprochen werden könnten, würden eventuell zusätzliche Erreichbarkeit schaffen. Insbesondere, weil diese Menschen sich schon mit der Thematik auseinandersetzen könnten und somit die Motivation steigen könnte. Im Hinblick auf den zeitlichen Aspekt von RTW und dessen Erfolg, wäre allerdings, wie zuvor dargestellt, ein frühzeitiger RTW-Beginn zu favorisieren.

Motivationale Faktoren sind nicht nur für die Krankheitsbewältigung, sondern insbesondere für den RTW-Prozess und dessen Erfolg entscheidend. Sie hängen ebenfalls mit kognitiven und psychischen Funktionen zusammen und können daher bei MeH geschädigt sein. Neben diesen und anderen wichtigen Parametern könnte auch die frühzeitige und konsequente Diagnostik und Behandlung von Schlafstörungen, die oft übersehen werden, das langfristige Ergebnis für die Kognition, Motorik und Psyche nachhaltig verbessern. In der Analyse der Ablehner von Wolf und Kolleg:innen [25] waren 10%, (n=3) nicht bereit für den projektbedingten zeitlichen Mehraufwand. Mehraufwand abzulehnen könnte ebenfalls durch Überforderungserleben bedingt sein, aber auch dadurch, dass sich die Angesprochenen auf das ärztlich-therapeutische Angebot fokussieren wollen oder dass für jene subjektiv die Vorteile der Projektteilnahme den zeitlichen Mehraufwand nicht überwogen. Für die beiden letztgenannten Aspekte könnte die frühzeitige (vor Phase D) Sensibilisierung für die RTW-Thematik und die befähigte Entscheidungsfindung von MeH möglicher-

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 83–88 | <https://doi.org/10.14624/NR2601001> | © Hippocampus Verlag 2026

BETA-MeH as a career-oriented, clinical-operational intervention: A commentary on the accessibility of individuals with clinically mild performance deficits

M. Eschweiler, F. Wolf, P. Kröber, K. Rauen

Abstract

See “Summary and conclusion”, page 89.

Keywords: brain injury, return to work, neurorehabilitation, accessibility, comment

weise helfen den Mehrwert zu erkennen und die Motivation zu steigern. Eine zukünftige detailliertere Befragung der Ablehner:innen könnte hier weitere Erkenntnisse bringen. Die Analyse von Wolf und Kolleg:innen [25] liefert hierzu erste Einblicke, welche einen enormen Mehrwert für zukünftige Versorgungsprojekte für MeH einbringt.

Wolf und Kolleg:innen (ebd.) zeigten darüber hinaus, dass Ablehnende die Möglichkeit des Krankengeldbezuges gegenüber dem Übergangsgeldbezug favorisierten und deshalb die Teilnahme ablehnten (7%, n=2). Dies liegt vermutlich an den leicht höheren Krankengeldsätzen. Im Kontext des BETA-MeH-Projektes erhielten die Teilnehmenden in der Interventionsgruppe Übergangsgeld bis zum Studienende (erfolgreicher RTW oder Abbruch, wenn kein RTW innerhalb von zwölf Monaten möglich war), da der Projektzeitraum als medizinische Rehabilitationsmaßnahme definiert wurde. Dies war also ein projektspezifisches Merkmal. Bei zukünftigen Projekten oder im Versorgungskontext könnte darauf geachtet werden monetäre Anreize zur Studienablehnung abzubauen.

Auch eine für die Betroffenen absehbare Nähe zur Altersrente führte dazu die Teilnahme abzulehnen (7%, n=2). Ob diejenigen planen diese Zeit in der Arbeitsunfähigkeit zu überdauern, ist allerdings nicht bekannt. In der Studie von Wang und Kolleg:innen [24] entschieden sich 12% der Teilnehmenden für die Option des Krankengeldbezuges bis zur Rente. In Deutschland wäre dies für einen maximalen Zeitraum von 18 Monaten für die gleiche Diagnose möglich. Inwiefern das auf die beiden Ablehnenden zutrifft, ist unklar. Aufgrund der Ein-/Ausschlusskriterien waren Teilnehmende im BETA-MeH-Projekt jedoch nicht älter als 64 Jahre. Bei einem regelhaften Renteneintritt mit dem 65. bzw. 67. Lebensjahr, wäre ein Überdauern in der Arbeitsunfähigkeit eher nicht möglich. Es könnte daher vermutet werden, dass die Betroffenen von „entspannten letzten Arbeitsjahren“ vor der Rente ausgegangen sind. Das bleibt jedoch hypothetisch. Alternativ könnte es Gründe für einen früheren Eintritt in die Altersrente geben, daher sollte das tatsächlich geplante Renteneintrittsalter zukünftig berücksichtigt werden.

Ebenfalls ein spezifischer Projektspekt war es, dass an BETA-MeH Teilnehmende während des Pro-

jekt es keine zusätzlichen DRV-Nachsorgeleistungen in Anspruch nehmen konnten (da der Gesamtzeitraum als medizinische Rehabilitation definiert wurde), was ebenfalls zu 14 % (n=4) Ablehnungen führte. Insbesondere für die Teilnehmenden aus der stationären Versorgung sowie für den Kostenträger ist die poststationäre kontinuierliche Versorgung relevant und ein Nachsorgeangebot über die überregionale Rehabilitationsklinik an der Godeshöhe aufgrund der Entfernung zum Wohnort nicht realistisch. Wie bei Wolf und Kolleg:innen [25] dargestellt, waren die regulären DRV-Nachsorgeleistungen von Dritten nicht vorgesehen und konnten daher für die Studienteilnehmer:innen nicht angeboten werden. Dies wurde in der Übergangsregelung für die Routineversorgung jetzt geändert. Die MeH hatten sich bereits im Vorfeld oder während der Rehabilitationsmaßnahme über potentielle Nachsorgeangebote informiert und wollten darauf nicht verzichten. Warum sie die Unterstützung im Rahmen der BETA-MeH-Projektes nicht als gleichwertig empfanden, ist nicht klar. Ableiten lässt sich jedoch, dass zukünftige Angebote vergleichbare Optionen bieten und für Teilnehmende eindeutig erkennbar sein müssen.

Zukünftige Projekte wie BETA-MeH sollten den Informationswert von Ablehner- und Drop-Out-Analysen unbedingt vermehrt beachten.

Die Erreichbarkeit dieser Personen für Angebote wie BETA-MeH ist über den Projektrahmen hinaus davon abhängig, dass Betroffene überhaupt als Zugehörige der Zielgruppe erkannt werden. Daher sollte „Erreichbarkeit“ deutlich über die eigentliche Entscheidung zur Studienteilnahme hinaus verstanden werden, denn „Erreichbarkeit“ sollte durch Sensibilisierung vorher beginnen. Laut Phasenmodell in der Neurorehabilitation [3] rückt die Arbeitsfähigkeit erst in Phase D in den Vordergrund. Zur Steigerung der Sensibilität aller Akteure und insbesondere von Betroffenen (und Arbeitgebern) wäre es empfehlenswert diese Aspekte in vorherigen Phasen der Neurorehabilitation nicht völlig außer Betracht zu lassen. So könnten beispielsweise für den Arbeitskontext relevante Faktoren nicht (hinreichend) evaluiert oder übersehen werden und so die Chance einer frühzeitigen Sensibilisierung für die Thematik bzw. eine anschließende Empfehlung einer Rehabilitationsmaßnahme in Phase D verpasst werden. Den Aspekt der Arbeitsfähigkeit frühzeitig zu beachten, ist insbesondere deshalb verantwortlich, da zuvor zitierte Studien [10, 22, 23] zeigen, dass die Zeit seit dem hirnschädigenden Ereignis für RTW von Bedeutung ist. Darüber hinaus deutet die Evidenz darauf hin, dass Arbeit Sinnhaftigkeit und Identifikation stiften und somit ein positiver Faktor in der Erholung von hirnschädigenden Ereignissen sind [7, 15, 19], wohingegen längere Arbeitsunfähigkeitszeiten ein Risiko für den RTW-Prozess darstellen [22, 24].

Die Evidenz verdeutlicht, dass auch nach initialer Rückkehr an den Arbeitsplatz Probleme auftreten können, die schließlich den RTW-Prozess verzögern oder sogar zum Abbruch bringen [7, 18, 19, 22–23]. Es wur-

den verschiedene facilitierende (u. a. Motivation, soziale Unterstützung, stabile Arbeitsverhältnisse) und hemmende (u. a. kognitive und behaviorale Störungen, unflexible Arbeitssituationen, Fehlzeiten vor der Erkrankung) RTW-Faktoren in Studien identifiziert [4, 12, 15, 18, 22, 24], die bereits in frühen Phasen der Neurorehabilitation standardisiert evaluiert werden sollten. Es ist folglich relevant, MeH frühzeitig für den RTW-Prozess zu identifizieren und möglichst viele potentielle Störfaktoren zu antizipieren. Die Ergebnisse sollten an Weiterbehandelnde gut dokumentiert übergeben werden. Innerhalb des BETA-MeH-Projektes zeigten sich hier Herausforderungen, denn Vorbefunde und andere medizinische Dokumentation lieferten mitunter nur lückenhaft die für die Eignungsbeurteilung notwendigen Informationen und verzögerten das Screening und damit auch den gesamten RTW-Prozess.

Um MeH für Projekte wie BETA-MeH oder den RTW-Prozess erreichen zu können, sollte neben den zuvor genannten Punkten die geeignete Zielgruppe näher betrachtet werden.

Zielgruppe: Menschen mit (geringen) klinischen Leistungsdefiziten

Zunächst ist es notwendig zukünftig die Gruppe der Menschen mit klinisch (nur gering) ausgeprägten Leistungsdefiziten einheitlicher definieren zu können. Hierfür ist es bei MeH essenziell, verschiedene Funktionen abzubilden, da sich die erworbenen Hirnschädigungen auf unterschiedliche Ebenen des menschlichen Körpers (Kognition, Motorik, Psyche, Verhalten, etc.) auswirken. Studien haben gezeigt, dass diese multimodalen Faktoren den RTW-Prozess beeinflussen [7, 11, 12, 15, 18–20, 22, 24]. Um die Ausprägung von Leistungsdefiziten optimiert erfassen zu können, sollten daher die motorisch-funktionelle, die kognitive und die psychisch/psychiatrische Ebene sowie arbeitsbezogene Kontextfaktoren erhoben werden. Allerdings ist es nicht hinreichend, wenn diese Parameter unabhängig voneinander evaluiert werden. Im Gegenteil muss eine strukturierte, interdisziplinäre Erhebung erfolgen, die klar auf die Beurteilbarkeit der Arbeitsfähigkeit ausgerichtet ist und in einer gemeinsamen Ergebnisfindung und daraus abgeleiteten Behandlungsplanung mündet. Die Erhebung sollte dem jeweils spezialisierten Fachpersonal übertragen werden: motorisch-funktionell = Physiotherapie, Ergotherapie und Sporttherapie, kognitiv = Neuropsychologie und Ergotherapie, psychisch/psychiatrisch = Neuropsychologie und Ärzt:innen, arbeitsbezogene Faktoren = Sozialdienst. In der interdisziplinären Zusammenführung der Ergebnisse muss der individuelle Arbeitskontext der Betroffenen berücksichtigt werden und daher bekannt sein oder alternativ müssen Betroffene in einem Gespräch über die Bedeutung der Ergebnisse im Hinblick auf die Arbeitssituation informiert werden bzw. eine gemeinsame Einschätzung erfolgen [vgl. 20, 22].

Um diese Erfassung von Potentialen und Bedarfen effizient zu bewältigen sind angepasste, strukturierte Abläufe unumgänglich. Es sollten geeignete Assessments von Kostenträgern, in Zusammenarbeit mit den Kliniken ausgewählt und als Parameter der Behandlungsplanung und -evaluation vorgegeben werden. Dies könnte möglicherweise im Sinne von übergreifenden Arbeitsgruppen erfolgen oder in abgegrenzten Forschungsprojekten erprobt und dann übertragen werden. Hier hat die Methodik des BETA-MeH-Projektes bereits erste Möglichkeiten aufgezeigt (Bsp. SIMBO-C¹, PAL²). Eine derart übergeordnete Vorgabe und Strukturierung führt zu einem vereinheitlichten Vorgehen, vereinfacht die Vergleichbarkeit und sichert die Qualität von Behandlungsplanung und -durchführung. Um eine größtmögliche Akzeptanz zu erreichen, ist ein Austausch auf Augenhöhe zwischen Kostenträgern und Kliniken unerlässlich.

Dennoch bleibt für den klinischen Alltag festzuhalten, dass ein solcher interdisziplinärer Erhebungsaufwand zeitlich und personell herausfordernd ist, wie die Arbeit von Wolf und Kolleg:innen [25] bestätigt. Die hier notwendigen Adaptionen stehen jedoch der Effizienz- und Qualitätssteigerung gegenüber.

Auch die Leistungsfähigkeit der MeH muss im klinischen Alltag und insbesondere für Testungen berücksichtigt werden und kann die Erhebung limitieren, wenn die Vielzahl der Assessments zur Belastung werden. Das Belastungsempfinden von Betroffenen kann jedoch dadurch reduziert werden, dass sie die Sinnhaftigkeit der Assessments verstehen und somit der Wunsch zur Mitwirkung gesteigert wird. Außerdem sollte die empfohlene Assessmentauswahl diesem Aspekt Rechnung tragen. Schließlich profitieren die MeH von einer dezidierten, objektiven Leistungseinschätzung und darauf basierenden Behandlungsplanung.

Des Weiteren bleibt festzuhalten, dass standardisierte Assessments eben verallgemeinerbare Ergebnisse liefern und daher nur in Grenzen individuell sind. Es muss folglich in interdisziplinären Teamsitzungen der individuelle Bezug hergestellt werden. Dafür sollte folgendes betrachtet werden [7, 12, 15, 20, 22, 24]:

1. Arbeitskontext der Betroffenen im Hinblick auf die eigentliche Tätigkeit (z.B. wesentliche Merkmale, Arbeitsdichte, Flexibilität)
2. Arbeitsbezogene (z.B. Vorgesetzte und Kolleg:innen, Unterstützungsangebote des Arbeitgebers, Krankheitsverständnis des Arbeitgebers, Behinderungsadjustierung) und soziale (z.B. familiäre Unterstützung, finanzieller Druck) Netzwerke
3. Weitere Kontextfaktoren (z.B. Erreichung des Arbeitsplatzes, persistierende Störungen)

4. Berufsbezogene Aspekte (Stabilität des Arbeitsverhältnisses, Vergütung, Fehlzeiten) aus der Zeit vor der Erkrankung.

Hier setzte das BETA-MeH-Projekt mit seinen Fallkonferenzen und der frühen Einbeziehung von MeH sowie deren Arbeitgebern an. Dennoch bestätigte sich auch in diesem Projekt, dass die Vorhersage der individuellen Arbeitssituation sehr komplex und dadurch auch störanfällig ist. Dies ist im Einklang mit verfügbarer quantitativer und qualitativer Evidenz [7, 15, 18, 19, 22].

Um klinisch die Leistungsfähigkeit von Betroffenen beurteilen zu können sollten also standardisierte, zielorientierte Assessments für die verschiedenen Akteure in der Rehabilitation gefunden und empfohlen werden. Diese können jedoch nur die Grundlage für die Einordnung der Bedeutung für den individuellen Arbeitskontext sein und verhelfen so möglicherweise zu einer optimierten Arbeitsfähigkeitsprognose.

Hierfür bleibt es jedoch zu berücksichtigen, dass in der verfügbaren Evidenz zwar Hinweise aufgezeigt werden, dass eine geringere Betroffenheit mit einer besseren RTW-Prognose assoziiert ist [12, 24], allerdings gibt es auch Fallbeispiele bei denen der Erkrankungsschweregrad von nachgeordneter Relevanz war und eher arbeitsplatzbezogene Merkmale (Motivation der MeH sowie deren Arbeitgeber, Stabilität des Arbeitsverhältnisses, sozialer und arbeitsbezogener Unterstützungsbedarf und entsprechendes Verständnis, gewählter Zeitraum für die Rückkehr) für RTW entscheidend waren [7, 15, 18, 24]. Daher sollte versucht werden nicht nur Menschen mit klinisch gering ausgeprägten Leistungsdefiziten zu erreichen, sondern auch all diejenigen, die weitere für den RTW-Prozess förderliche Faktoren demonstrieren.

Neben der beruflichen Situation vor der Rehabilitation ist auch das Beschäftigungsmodell bedeutsam. Hier bestätigt die Literatur, dass stabile Arbeitsverhältnisse in Voll- oder Teilzeit mit einer höheren RTW-Wahrscheinlichkeit einhergehen [10, 22].

Des Weiteren ist der persönliche Bezug zum Arbeitsplatz relevant. Eine positive Assoziation führt wahrscheinlicher zu der für den RTW-Prozess notwendigen Offenheit gegenüber den arbeitsbezogenen Faktoren und sonstigen Kontextfaktoren. Ist diese gehemmt, wird RTW erschwert [7, 15, 20]. Innerhalb des BETA-MeH-Projektes wurden in der Interventionsgruppe Arbeitgeber einbezogen. Die Aussicht auf Arbeitgebereinbeziehung führte jedoch teilweise auch zu Ablehnungen der Teilnahmen (7% (n=2) am Studienzentrum Godeshöhe, vgl. [25]) oder im Projektverlauf zu Herausforderungen bis hin zu Abbrüchen. Generell wird eine Hemmung den Arbeitgeber in den Rehabilitations- und RTW-Prozess einzubeziehen nicht für alle Menschen abzubauen sein, dennoch könnte auch hier das Verständnis über die Notwendigkeit einer partnerschaftlichen Kooperation auf beiden Seiten helfen [7, 15].

¹ Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen bei Patient:innen mit chronischen Erkrankungen (SIMBO-C) [21]

² Profilvergleich Arbeitsplatzanforderungen vs. aktuelles Leistungsvermögen [9]

Bereits existierende Verfahren, die zuvor genannte Aspekte zumindest teilweise berücksichtigen, sind das Konzept medizinische-berufliche Rehabilitation (MBOR), das entwickelt wurde, um den besonderen Anforderungen von Berufstätigkeiten in der Rehabilitation Rechnung tragen zu können [5]; hier ist jedoch die Etablierung in der Neurologie aufgrund der krankheitsbedingten Komplexität eine Herausforderung und die Evidenzlage gering [13]. Das „Beruflich orientierte Reha-Modul für die Neurologie (BoReM-N)“ bietet einen praktischen, berufsbezogenen Ansatz für die Neurologie, ist jedoch bisher wissenschaftlich wenig untersucht worden. Vergleichbares gilt für das Konzept „Berufliche Orientierung in der Medizinischen Neurorehabilitation“ (BOMeN) [17]. So könnte die systematische Anwendung, Evaluation und Weiterentwicklung im Kontext systematischer, randomisierter Forschungsprojekte erfolgen und schließlich auf den klinischen Alltag übertragen werden.

Hinsichtlich der Zielgruppe ist es essentiell, sie strukturiert beschreiben zu können und diese Charakteristika mit Potentialen und Barrieren für RTW abzugleichen. Hier wäre eine langfristige Betrachtung, die bereits vor der Phase D beginnt und über den RTW-Prozess hin andauert von jeweiligen Fachkräften im Austausch zu empfehlen.

Zusammenfassung und Fazit

Der vorliegende Kommentar hat folgende Faktoren für die Erreichbarkeit aufgegriffen:

- *Projektbezogene Faktoren:* Limitationen durch à priori definierte Ein- und Ausschlusskriterien, Möglichkeiten durch einen flexiblen Projekt-/Angebotsrahmen, Favorisierung alternativer Versorgungs-/Nachsorgeangebote, Angebotsattraktivität gegenüber monetären Anreizen durch soziale Sicherungssysteme
- *Die Klinik betreffende Faktoren:* Bedarfsidentifikation durch gute Verlaufsdokumentationen/Vorbefunde, Einbeziehung der Betroffenen in die Entscheidungsfindung, Überprüfung insbesondere von kognitiven, psychischen und behavioralen Einflüssen auf Erreichbarkeit
- Hinsichtlich der *Zielgruppe:* Notwendigkeit der Stärkung der Sensibilität für die RTW-Thematik von Arbeitnehmer:innen und Arbeitgeber:innen sowie Abbau von Selbstverständlichkeitsannahmen, Menschen mit Leistungsdefiziten verschiedener Grade sollten angesprochen werden

Hinsichtlich der Zielgruppe wurden nachstehende Aspekte kommentiert:

- Aussagekräftige mehrdimensionale Profile der MeH sind zur Entscheidungsfindung nötig, dafür sollten optimierte Assessmentstrukturen spätestens zu Beginn der Rehabilitationsphase D greifen.
- Assessments dienen der Effizienz- und Qualitätssteigerung im interdisziplinären Handlungsfeld und

stellen die Betroffenen in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen.

- MeH mit vielen facilitierenden RTW-Parametern sollten, nachrangig vom Grad der klinischen Leistungsdefizite, in Betracht gezogen werden.

Modellprojekte wie BETA-MeH bieten innovative Ansätze, die gegenüber bestehenden Strukturen Potentiale und Bedarfe aufzeigen und liefern so die Möglichkeit des konstruktiven Perspektivwechsels. Offenheit gegenüber dieser besonderen Chance und dem gemeinsamen Austausch, könnten die Basis für weiterführende Optimierungen in der Versorgung von MeH, auch über den eigenen Fachbereich hinaus, sein.

Summary and Conclusion

The comment addressed the following regarding accessibility:

- Project-related factors: limitations due to a priori defined inclusion and exclusion criteria, opportunities resulting from a flexible framework, preference of different options of care, attractiveness of project services in contrast to monetary incentives through the social security system
- Clinic-related factors: identification of needs through good progress documentation/ previous medical findings, involvement of those affected in the decision-making process, and particularly review of cognitive, psychological and behavioral influences regarding accessibility
- With regard to the target group: the need to raise awareness of the RTW process among employees and employers as well as to reduce the assumptions that it is for granted, people with performance deficits of various degrees should be addressed

Regarding the target group, the following aspects are relevant:

- Meaningful multidimensional profiles of the people with brain injury are necessary for decision-making; for this purpose, optimized assessment structures should be in place right from the beginning of rehabilitation phase D
- Assessments serve to increase efficiency and quality in the interdisciplinary team and place those affected at the center of their considerations.
- People with brain injury who have many facilitating return-to-work parameters should be considered subordinate to the degree of clinical performance deficits.

Model projects like “Needs-focused participation in working life for people with acquired brain injuries” offer innovative approaches that highlight potential and needs compared to existing structures, thus providing the opportunity for a constructive shift in patient’s and professional’s perspectives. Openness to this unique opportunity with shared exchange and

shared decision-making throughout the clinical trial could form the basis for further optimization in care for people with brain injury, even beyond one's own field.

Literatur

- Baldwin C, Brusco N K. The effect of vocational rehabilitation on return-to-work rates post stroke: a systematic review. *Topics in stroke rehabilitation* 2011; 18(5): 562-572
- Berti A, Neppi-Modona M. Agnosia (including Prosopagnosia and Anagnosia). In *Encyclopedia of Human Behavior* (Second Edition). Ed: V.S. Ramachandran. Academic Press 2012, p. 60-67, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375000-6.00012-4>
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). 20 Jahre Neurologisches Phasenmodell. 2015. https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/bar_report/tagungsbericht/downloads/tagungsbericht_20_jahre_neurologisches_phasenmodell_bar_symposium_2015.pdf, letzter Zugriff Aug. 2025
- Cardile D, Calderone A, Pagano M, Cappadona I, Rifici C, Quartarone A, Corallo F, Calabrò R S. Coping Strategies in Patients with Acquired Brain Injury: A Scoping Review. *Brain sciences* 2024; 14(8): 784
- Claros-Salinas D, Menzel C, Streibelt M. MBOR in der Neurologie – Bedarf und Therapiesteuerung. *neuroreha* 2016; 08(01): 28-34.
- Doering BK. Selbstkonzept nach erworbenen Hirnschädigungen. *Klinische Relevanz, Inhalte und Strukturen*. Philipps-Universität Marburg 2010. <https://doi.org/10.17192/z2010.0478>
- Donker-Cools BHPM, Schouten MJE, Wind H, Frings-Dresen MHW. Return to work following acquired brain injury: the views of patients and employers. *Disability and Rehabilitation* 2016; 40(2): 185-191
- Duong P, Sauv -Schenk K, Egan MY, Meyer MJ, Morrison T. Operational Definitions and Estimates of Return to Work Poststroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2019; 100(6): 1140–1152
- Guthke T, J ckle S, Claros-Salinas D. Eine Pilotstudie zur Evaluation einer neuropsychologischen Berufstherapie. *Neurol Rehabil* 2012; 18(5): 291-302
- Kendall E, Muenchberger H, Gee T. Vocational rehabilitation following traumatic brain injury: A quantitative synthesis of outcome studies. *J Vocat Rehabil* 2006; 25. 10.3233/JVR-2006-00352.
- Konrad C, Geburek AJ, Rist F, Blumenroth H, Fischer B, Husstedt I, Arolt V, Schiffbauer H, Lohmann H. Long-term cognitive and emotional consequences of mild traumatic brain injury. *Psychological medicine* 2011; 41(6), 1197-1211
- La Torre G, Lia L, Francavilla F, Chiappetta M, De Sio S. Factors that facilitate and hinder the return to work after stroke: an overview of systematic reviews. *La Medicina del lavoro* 2022; 113(3): e2022029. <https://doi.org/10.23749/mdl.v113i3.13238>
- Leniger T, He bling A. Die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Neurologie erfordert eine individualisierte Rehabilitand-identifikation. *Fortschritt der Neurologie Psychiatrie* 2019; 87(02): 92-102
- Mac Conaill S, McGrath A, Fortune DG. Experiences of loss and grief in adults with acquired brain injury (ABI): A systematic review and meta synthesis of qualitative studies. *Neuropsychological Rehabilitation* 2025; 35(7): 1477-1504
- Mat rne M, Lundqvist LO, Strandberg T. Opportunities and barriers for successful return to work after acquired brain injury: A patient perspective. *Work* (Reading, Mass.) 2017; 56(1): 125-134
- McBrinn J, Colin Wilson F, Caldwell S, Carton S, Delargy M, McCann J, Walsh J, McGuire B. Emotional distress and awareness following acquired brain injury: an exploratory analysis. *Brain injury* 2008; 22(10): 765–772
- Menzel-Begemann A. R ckkehr zur Arbeit mit dem Reha-Konzept BOMeN (Berufliche Orientierung in der Medizinischen Neurorehabilitation). *Public Health Forum* 2011; 19(4): 14-15
- P ssl J, J rgensmeyer S, Karlbauer F, Wenz C, Goldenberg G. Stability of employment after brain injury: a 7-year follow-up study. *Brain injury* 2001; 15(1): 15-27
- Rubenson C, Svensson E, Linddahl I, Bj rklund A. Experiences of returning to work after acquired brain injury. *Scandinavian journal of occupational therapy* 2007; 14(4): 205-214
- Schwarz B, Claros-Salinas D, Streibelt M. Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. *Journal of occupational rehabilitation* 2018; 28(1): 28-44
- Streibelt M, Gerwin H, Hansmeier T, Thren K, M ller-Fahnow W. SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Ma nahmen in der medizinischen Rehabilitation – Analysen zur Konstruktvalidit t und Prognoseg te. *Rehabilitation* 2007; 46(5): 266-275
- Streibelt M, Zollmann P, Rasch L, Schimichowski J, Schmitz S. Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund neurologischer Erkrankungen. *Rehabilitation* (Stuttg) 2023; 62(1): 22-30
- van Velzen JM, van Bennekom CA, Edelaar MJ, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. How many people return to work after acquired brain injury?: a systematic review. *Brain Injury* 2009; 23(6): 473-488
- Wang V, Fort E, Beaudoin-Gobert M, Ndiaye A, Fischer C, Bergeret A, Charbotel B, Luaut  J. Indicators of long-term return to work after severe traumatic brain injury: A cohort study. *Annals of physical and rehabilitation medicine* 2019; 62(1): 28-34
- Wolf F, Kirsche D, Breier G, Christian D, G ldenbergh V, Sayn-Reutelsterz, C, van der Ven C, Freund M, Saliger J, Jacobs U, Eschweiler M, Rauen K. Integration von BETA-MeH-Innovationen in klinische Rehabilitationsstrukturen. *Neurol Rehabil* 2026; 32(1): 73-82

Korrespondenzadresse:

Mareike Eschweiler
Johanniter-Klinik Godesh he GmbH
Waldstra e 2 – 10
53177 Bonn
Mareike.Eschweiler@go.johanniter-kliniken.de