

Interprofessionelle BETA-MeH-Kooperation zwischen klinischer und betrieblicher Rehabilitation: Sicht der Reha-Klinik

D. Chamier¹, I. Harten¹, M. Riede¹, A. Rodenberg¹

¹ Neurologisches interdisziplinäres Behandlungszentrum Köln

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der hohen Inzidenz von zerebralen Ereignissen, auch bereits im erwerbsfähigen Alter, und der insgesamt niedrigen Quote an erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederungen, erfolgte die Teilnahme an der BETA-MeH Studie. Untersucht werden soll, inwieweit die Studie sich in den klinischen Reha-Alltag integrieren lässt und welche Vorteile sich daraus für die Rehabilitand:innen ergeben, insbesondere in Hinblick auf das Schnittstellenmanagement

zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Durch eine konsequentere Vernetzung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation wird eine verbesserte Quote an erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederungen erwartet. Das Schnittstellenmanagement von medizinischer und beruflicher Rehabilitation konnte im Rahmen der Implementierung des Projekts optimiert werden und Vorteile für den beruflichen Wiedereingliederungsprozess werden erwartet.

Schlüsselwörter: Neurorehabilitation, Schnittstellenmanagement zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation, berufliche Wiedereingliederung

Einleitung

Seit 1997 werden im Neurologischen interdisziplinären Behandlungszentrum in Köln Menschen mit neurologischen Erkrankungen rehabilitiert. Es handelt sich um eine ambulante Rehabilitationseinrichtung mit aktuell 60 Behandlungsplätzen und Zulassung für Rehabilitand:innen der DRV und GKV. Gemäß den in der BAR verankerten Zielen spielt der Erhalt der Teilhabe am Erwerbsleben eine zentrale Rolle bei der Rehabilitation [14].

In unserer Einrichtung stellen Menschen mit erworbener Hirnschädigung die größte Gruppe der Rehabilitand:innen, ca. 70%, wobei der Schlaganfall die häufigste Ursache einer erworbenen Hirnschädigung darstellt. Als Schlaganfallereignisse werden folgende Diagnosen berücksichtigt: I60 (Subarachnoidalblutung), I61 (intrazerebrale Blutung), I62 (sonstige nicht-traumatische intrakranielle Blutung), I63 (Hirminfarkt) und I64 (Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet). Die Inzidenz des zerebralen Insults lag 2011 bei ca. 300 Fällen/100 000 Einwohner [17].

Die berufliche Wiedereingliederungsquote nach einem Schlaganfall variiert stark und hängt von mehreren Faktoren ab, einschließlich des Schweregrads des Schlaganfalls, der Art der Beeinträchtigungen, der beruflichen Anforderungen, des Alters der betroffenen Person, der verfügbaren Rehabilitationseinrichtungen und der Unterstützung am Arbeitsplatz. Studien zeigen, dass die Wiedereingliederungsquote in den Beruf nach einem Schlaganfall im Durchschnitt zwischen 30% und 50% liegt [13, 18].

Aktuelle Praxis der beruflichen Reintegration von Rehabilitanden nach erworbener Hirnschädigung aus Sicht einer ambulanten neurologischen Rehabilitationseinrichtung

Die aktuelle Versorgung der Rehabilitand:innen nach einer erworbenen Hirnschädigung erfolgt im Rahmen der sog. Regelversorgung, das bedeutet, dass eine qualifizierte neurologische Rehabilitationsbehandlung der Neuro-Rehaphase D über 4-6 Wochen durchgeführt wird [14]. Während dieser Zeit wird auch das Teilhabeziel der beruflichen Reintegration thematisiert und in Abhängigkeit der vorliegenden Befunde und Beeinträchtigungen in die Wege geleitet. Folgende Möglichkeiten stehen derzeit zur Verfügung:

- Die unmittelbar nach Abschluss der medizinischen Reha beginnende stufenweise Wiedereingliederung, die in der Regel 4-6 Wochen dauert und mit Arbeitsfähigkeit abschließt. Voraussetzungen hierfür sind, dass keine gravierenden Beeinträchtigungen mehr bestehen und die Rückkehr an den letzten Arbeitsplatz kurzfristig möglich ist (§ 44 SGB IX stufenweise Wiedereingliederung).
- Die Stellung eines LTA-Antrages (§ 49 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben), um nach der Entlassung aus der medizinischen Reha Leistungen zu erhalten, die eine längere und ggf. begleitete stufenweise Wiedereingliederung ermöglichen, eine innerbetriebliche Umsetzung oder eine Weiterqualifizierung bzw. Umschulung, da die Rückkehr an den letzten Arbeitsplatz nicht mehr möglich ist oder aufwendige Zusatzleistungen (Umbauten, technische

Ausstattungen etc.) erforderlich werden. Das Team der medizinischen Rehaeinrichtung ist lediglich bei der Einschätzung, welche Angebote geeignet sein könnten sowie bei deren Einleitung beteiligt. Eine weitergehende Beratung und Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden sowie Fachkräften der beruflichen Rehabilitation erfolgt nicht. Möglicherweise im Rahmen der beruflichen Reintegration auftretende Probleme werden nicht mehr vom Team der medizinischen Rehaeinrichtung begleitet. Die Zeit von der Entlassung aus der Reha-Klinik bis zur Bewilligung einer LTA-Maßnahme variiert und kann bei vielen Wochen liegen, in der die Rehabilitanden noch nicht wissen, inwieweit eine berufliche Maßnahme überhaupt stattfinden wird. Die Wiederaufnahme in die Reha-Klinik ist weder bei Auftreten von Problemen noch bei Nicht-Genehmigung einer LTA-Maßnahme möglich. Eine weiterführende qualifizierte Beratung der Rehabilitanden ist dann häufig schwierig und die berufliche Reintegration stagniert.

Motivation zur Teilnahme am BETA-MeH-Projekt

Um die Möglichkeiten, die das BETA-MeH-Projekt der DRV bietet, kennenzulernen und die erfolgreiche berufliche Reintegration der Rehabilitanden zu verbessern, nimmt das Neurologische interdisziplinäre Behandlungszentrum (NiB) Köln seit Januar 2023 an dem Projekt teil. Die Rekrutierungsphase erstreckte sich über den Zeitraum vom 01.02.2023 bis zum 30.06.2025.

Das Projekt integriert dabei folgende hilfreiche Aspekte:

- **Optimierung der Schnittstellen:**
Unterstützung bei der Wiedereingliederung: Das Projekt bietet spezifische Werkzeuge und Methoden an, um Arbeitgeber und Rehabilitanden im Prozess der Wiedereingliederung effektiv zu unterstützen und eine nachhaltige berufliche Reintegration zu erreichen. Ein wichtiger Punkt ist hierbei, die Schnittstellen zu optimieren und somit eine nahtlose Betreuung des Betroffenen zu gewährleisten.
- **Netzwerkbildung:**
Das Projekt fördert den Aufbau von Netzwerken zwischen verschiedenen Akteuren, wie Unternehmen, Sozialversicherungsträgern und Gesundheitsdienstleistern, um den Austausch von Best Practices zu ermöglichen.
- **Forschung und Entwicklung:**
Durch das Sammeln und Auswerten von Daten wird versucht, die Effektivität von BEM-Maßnahmen zu analysieren und weiterzuentwickeln.
- **Tools und Ressourcen:**
Bereitstellung von praktischen Tools und Ressourcen zur Durchführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements, einschließlich Leitfäden und Checklisten.

Erwartbare Vorteile des BETA-MeH-Projekts

Integration von Best Practices:

Das Projekt bietet Plattformen zum Austausch von Best Practices. Das medizinische Reha-Team kann über den Austausch mit den weiteren Akteuren innovative Ansätze und Techniken kennenlernen und diskutieren und in ihre Arbeit integrieren.

Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit:

Ein wichtiger Aspekt des Projekts ist die enge Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen. Durch das Projekt kann das medizinische Reha-Team effektiver mit anderen Akteuren wie Fallmanagern, Fachkräften für berufliche Integration, (Neuro-)Psychologen, Sozialarbeitern und den BEM-Abteilungen der Arbeitgeber zusammenarbeiten.

Netzwerkaufbau:

Die Teilnahme am Projekt ermöglicht es dem medizinischen Reha-Team, ein Netzwerk mit anderen Rehabilitationszentren, Fallmanagern, Fachkräften für berufliche Integration sowie Arbeitgebern und Sozialversicherungsträgern aufzubauen. Dies kann zu einer besseren Koordination der Dienstleistungen und zu einer effizienteren Patientenversorgung führen.

Erhöhung der Erfolgsraten bei der Wiedereingliederung:

Durch die Optimierung der Schnittstellenproblematik und die Bildung eines Netzwerks wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Rehabilitanden erfolgreich in den Arbeitsmarkt reintegriert werden.

Erwartbare Herausforderungen durch das BETA-MeH-Projekt

Datenschutz und Privatsphäre:

Ein zentrales Problem könnte die Handhabung persönlicher und sensibler Daten der Rehabilitanden sein. Bei der Wiedereingliederung müssen Gesundheitsinformationen zwischen Reha-Kliniken, Arbeitgebern und der Rentenversicherung ausgetauscht werden. Unzureichende Datenschutzmaßnahmen könnten Bedenken hinsichtlich der Privatsphäre der Patient:innen wecken.

Überforderung der Patient:innen:

Die Wiedereingliederungsprozesse sind oft intensiv und können Rehabilitanden, die sich noch in der Erholungsphase befinden, physisch oder psychisch überfordern. Es ist wichtig, dass individuelle Belastungsgrenzen anerkannt und respektiert werden, um die Gesundheit der Patient:innen nicht zu gefährden.

Unzureichende Individualisierung:

Jede:r Rehabilitand:in hat individuelle Bedürfnisse und Herausforderungen. Ein standardisierter Ansatz im Rahmen des BETA-MeH-Projekts könnte dazu führen, dass

spezifische Anforderungen und Bedingungen einzelner Rehabilitand:innen nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Kommunikationsbarrieren:

Effektive Kommunikation zwischen allen Beteiligten (Reha-Team, Patienten, Arbeitgeber, DRV) ist entscheidend. Kommunikationsbarrieren, sei es durch sprachliche Unterschiede, Missverständnisse oder Informationslücken, können den Wiedereingliederungsprozess erschweren.

Widerstand von Arbeitgebern:

Nicht alle Arbeitgeber sind möglicherweise bereit oder in der Lage, die notwendigen Anpassungen am Arbeitsplatz vorzunehmen oder eine flexible Gestaltung der Arbeitsbedingungen zu ermöglichen. Dies kann den Wiedereingliederungsprozess behindern und zu Frustration führen.

Langfristige Nachbetreuung:

Es könnte auch an einer kontinuierlichen Unterstützung und Nachbetreuung mangeln, wenn die Rehabilitanden erst einmal wieder in ihren Arbeitsalltag integriert sind. Solch eine lückenhafte Nachbetreuung kann zu Rückfällen oder erneuten Arbeitsausfällen führen.

Erwartungsdruck:

Die Erwartungen an die schnelle Wiedereingliederung könnten zusätzlichen Druck auf die Rehabilitanden ausüben, was wiederum Stress verursacht und den Heilungsprozess beeinträchtigen kann.

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

Während das BETA-MeH-Projekt viele positive Aspekte hat, ist es wichtig, mögliche Probleme zu erkennen und anzugehen. Datenschutz, individuelle Betreuung, effektive Kommunikation und angemessene Unterstützung sind entscheidend, um die erfolgreiche Wiedereingliederung der Rehabilitanden sicherzustellen. Dies erforderte eine sorgfältige Planung und Umsetzung durch alle Beteiligten.

Bedeutung der Neuropsychologie für die berufliche Teilhabe von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen

Die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit stellt für viele Personen mit neurologischen Erkrankungen ein zentrales Behandlungsziel dar [21]. Erworbene Hirnschädigungen führen jedoch häufig zu bedeutsamen Einschränkungen in kognitiven, behavioralen und emotionalen Bereichen. Diese Defizite beeinflussen die Fähigkeit, berufliche Anforderungen zu bewältigen und können die Arbeitsfähigkeit erheblich einschränken, selbst wenn physische Beeinträchtigungen gering sind [3, 7]. Der kritische Einfluss kognitiver Beeinträchtigun-

gen auf das „Return to Work“- (RTW-)Management ist gut dokumentiert, insbesondere bei von Schlaganfällen und von SHT betroffenen Personen [5, 9]. Neben Aspekten der Aufmerksamkeitsfähigkeit und des Gedächtnisses, kommen den Exekutivfunktionen – etwa dem Planungsverhalten und der Problemlösefähigkeit – eine bedeutende Rolle zu [11]. Auch die Fähigkeiten zur adäquaten Selbstwahrnehmung und zur angemessenen Selbstregulation stellen wichtige Einflussgrößen für den Erfolg beruflicher Wiedereingliederungsprozesse dar [12, 4].

Vor diesem Hintergrund bedürfen die erwartbaren primären Leistungseinschränkungen und sekundären Probleme der Krankheitsbewältigung einen ganzheitlichen neuropsychologischen Ansatz im Sinne des biopsychosozialen Modells. Ziel ist es, das individuelle Leistungsvermögen der Betroffenen mit den Anforderungen eines spezifischen Arbeitsplatzes in Einklang zu bringen [7]. Eine vorwiegend hausärztlich begleitete berufliche Wiedereingliederung nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme greift angesichts der Komplexität dieser Herausforderungen in vielen Fällen zu kurz [16].

Ablauf der neuropsychologischen Behandlung in der Regelversorgung im Vergleich zur Interventionsgruppe des BETA-MeH-Projekts

Mit Beginn einer Behandlung im NiB erfolgt zunächst die ärztliche Aufnahme. Anschließend wird im multiprofessionellen Team eine Abstimmung über die Bedarfe für die einzelnen Abteilungen nach ICF-Kriterien [22] vorgenommen, einschließlich der Neuropsychologie. Nach Feststellung der Indikation werden abteilungsinterne, standardisierte Prozesse eingeleitet, die sich an den Leitlinien für neuropsychologische Versorgung orientieren. Diese umfassen spezifische Diagnostik- und Behandlungsformen in Einzel- und Gruppensettings, darunter psychodiagnostische Testverfahren, neuropsychologisches Funktionstraining und übende Verfahren, verhaltenstherapeutische Interventionen sowie Angehörigerberatungen [6, 10, 20].

Die Therapie wird fortlaufend überwacht, Fortschritte regelmäßig evaluiert und Behandlungsziele angepasst [6]. Die Erfassung der emotionalen Befindlichkeit und des Krankheitsverarbeitungsprozesses nehmen dabei einen zentralen Stellenwert ein [8]. Bei festgestelltem Bedarf werden supportive Gesprächskontakte sowie ressourcenorientierte Gruppenangebote kontinuierlich in die Therapie eingebunden.

Wird gegen Ende des rehaklinischen Aufenthaltes ersichtlich, dass fortführende Unterstützung erforderlich ist, werden Weiterbehandlungsempfehlungen formuliert. Hinsichtlich notwendiger berufsbezogener Interventionen bei einer grundsätzlich positiven Erwerbsprognose schließt dies für das NiB mit dem Standort Köln die Zusammenarbeit mit dem Integrationsfachdienst und verschiedenen Anbieter:innen der ambulanten

ten beruflichen Rehabilitation aus der Region mit ein. Die Kontaktaufnahme mit ausgewählten Patient:innen erfolgt im Rahmen eines beratenden Einzelgesprächs. Diese Gespräche finden regelmäßig zu festgelegten oder individuell vereinbarten Terminen statt, zu denen umliegende Institutionen eingeladen werden. Zur Beurteilung des Wiedereingliederungspotenzials kann in bestimmten Fällen ein ergänzender Austausch zwischen den Psycholog:innen der neuropsychologischen Abteilung und den externen Anbieter:innen notwendig sein – insbesondere dann, wenn ein erhöhter Bedarf an zusätzlicher Informationsvermittlung besteht, etwa bei komplexen neuropsychologischen Einschränkungen oder sprachsystematischen Beeinträchtigungen. Der Umfang der Informationsweitergabe wird dabei auch durch die zeitlichen Ressourcen im dynamischen Rehabilitationsalltag beeinflusst.

Die Gespräche werden durch die behandelnden Ärztinnen und Psycholog:innen mit den Patient:innen vor- und nachbesprochen und ein möglicher Ablaufplan skizziert. Dieser umfasst neben der etwaigen LTA-Antragstellung häufig weitere Nachsorgemodalitäten wie das Intensivierte Rehabilitationsnachsorgeprogramm (IRENA) oder ambulante neuropsychologische Anschlussbehandlungen. Die neuropsychologische Einschätzung fließt in die sozialmedizinische Gesamtbeurteilung ein, welche sich am Behandlungsverlauf und den Ergebnissen im geschützten Klinikkontext orientiert [16]. Die Patient:innen erhalten zum Abschluss einen Entlassbericht mit den dokumentierten Befunden und entsprechenden Nachsorgeempfehlungen.

Im Zuge des BETA-MeH-Projekts kam es zu Veränderungen der berufsbezogenen Prozesse und des Übergangs von der klinischen in die betriebliche Rehabilitation. Nach Zuweisung zur Interventionsgruppe wurden die Proband:innen mit dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung in den jeweiligen Abteilungen vorgestellt. Die berufliche Tätigkeit wird dadurch in Diagnostik und Therapie bereits früh in den Fokus gerückt. Schon während des klinischen Rehaufenthaltes lernen die Proband:innen ihr Fallmanagement und ihre Fachkraft für betriebliche Intervention (FBI) kennen. Im Rahmen von RTW-Konferenzen kamen in der Reha-Klinik neben der Patient:in auch die fallführende Ärztin, neuropsychologische Bezugstherapeut:in, Fallmanager:in und FBI zusammen. Wenn es zu diesem Zeitpunkt in der rehaklinischen Phase bereits als sinnvoll erachtet wurde, kam es zudem zu einem Einbezug der Arbeitgeber:in. Die Konferenz wurde jeweils mit den Rehabilitand:innen vorbereitet, sodass individuelle Anliegen oder Bedenken der Personen mit in die Besprechung eingebracht werden konnten. Es fand dann ein Informationsaustausch zwischen der Rehabilitand:in, dem Reha-Team und den nachbetreuenden Personen statt. Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Parteien über die Befunde und den bisherigen Verlauf der Rehabilitationsbehandlung war dabei umfassend möglich. Im Anschluss griffen

FBI und Fallmanagement die Ergebnisse des Austauschs und die gemeinsam gesetzten Ziele auf. Bereits während der noch laufenden rehaklinischen Phase konnten damit entsprechende Maßnahmen in die Wege geleitet werden. Mithilfe der bereitgestellten Hilfs- und Unterstützungsangebote konnten zentrale Voraussetzungen für eine nachhaltige berufliche Wiedereingliederung geschaffen werden.

Chancen, die sich aus den Erfahrungen unserer neuropsychologischen Abteilung mit BETA-MeH ergaben

Hilfreiche Verfahren:

Der in der Studie integrierte standardisierte Profilagegleich von Arbeitsplatzanforderungen und aktuellem Leistungsvermögen (PAL [2]) diente als Strukturierungshilfe und förderte damit einen interdisziplinären Austausch zwischen den Berufsgruppen innerhalb der Klinik (Neuropsychologie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Sporttherapie und Ärztinnen). Der Schwerpunkt lag dadurch auf einer teilhaberorientierten Therapie, bezogen auf die spezifischen Anforderungen, mit denen sich die Rehabilitand:innen im beruflichen Alltag konfrontiert sahen.

Netzwerkbildung:

Es kam zu einem frühzeitigen Einbezug aller Akteure, die in der rehabilitativen Versorgung und bei der Anbahnung des RTW-Prozesses der Rehabilitand:innen beteiligt waren. Der Informationsaustausch einschließlich unserer neuropsychologischen Einschätzung und der Weiterbehandlungsempfehlungen fand in einer RTW-Konferenz und im Beisein der Rehabilitand:innen statt. Der direkte und persönliche Austausch konnte zu einem besseren Informationsfluss führen, Missverständnisse verhindern und Vertrauen aufbauen und fördern. Dies bietet Vorteile gegenüber einer Informationsübermittlung, die maßgeblich in schriftlicher Form durch den Entlassbericht erfolgt. Die Wahrscheinlichkeit einer flexibleren, bedarfsorientierten Komplexleistung kann durch gemeinsam getroffene Vereinbarungen erhöht und ein eventueller Informationsverlust reduziert werden. Die Möglichkeit des Einbezugs des Arbeitgebers bietet darüber hinaus den Vorteil, dass durch das gesamte Unterstützungsnetzwerk die Wichtigkeit der Arbeitsplatzanpassungen an die Fähigkeiten und Bedürfnisse der betroffenen Personen verdeutlicht werden konnte.

Lückenlose Versorgung:

Der flexibel gestaltbare Übergang zwischen rehaklinischer und betrieblicher Phase konnte lückenlos erfolgen. Patient:innen, bei denen in der Regelversorgung ein LTA-Antrag mit dem Ziel der Initiierung einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme gestellt wurde, befinden sich je nach Bearbeitungsdauer zunächst in einem „Schwebezustand“. Die nahtlose Anschlussversorgung durch die BETA-MeH-Kooperation konnte unserer Erfahrung

nach in einigen Fällen auftretende Unsicherheiten und Sorgen hinsichtlich der beruflichen Reintegration reduzieren.

Umfassendes Fallmanagement:

Neben der FBI bot das Fallmanagement aus unserer Sicht einen großen Mehrwert: Die durchgängige Begleitung unterstützt die betroffenen Personen hinsichtlich notwendiger psychosozialer Maßnahmen, wie der Beratung von Angehörigen oder der Organisation von ambulanten Therapien. Diese engmaschige Betreuung konnte unserer Auffassung nach zur Wiederherstellung und Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit, ergänzend zu spezifischen arbeitsplatzbezogenen Interventionen, beitragen. Darüber hinaus konnte dies eine wertvolle Entlastung für das soziale Umfeld der Patient:innen darstellen. Insbesondere Patient:innengruppen, die häufig strukturelle Benachteiligung erfahren, beispielsweise Personen mit geringem sozioökonomischem Status [1], könnten aus unserer Sicht von der Koordination durch das Fallmanagement profitieren.

Längerfristiger Begleitungsprozess:

Einen weiteren positiven Aspekt stellte die nicht starr definierte Begleitungsdauer durch FBI und Fallmanagement dar. Ein RTW-Prozess von bis zu einem Jahr kann je nach Situation der betroffenen Personen sehr wichtig sein, denn nicht selten kompensieren diese in den ersten Monaten vorhandene Defizite mit einer hohen Anstrengungsbereitschaft. Grenzen der Leistungsfähigkeit können dann erst verzögert durch die realen Anforderungen am Arbeitsplatz zum Tragen kommen [16]. In solchen Fällen ist es von hoher Wichtigkeit, dass berufsbezogene Interventionen entsprechend angepasst und mit den Anforderungen des privaten Alltags in Einklang gebracht werden.

Herausforderungen, die sich aus den Erfahrungen unserer neuropsychologischen Abteilung mit BETA-MeH ergaben

Zeitkritische Entscheidung über Projektzugang:

Die formalen Vorgaben der Studie erforderten von uns eine frühzeitige neuropsychologische Einschätzung innerhalb der ersten Behandlungstage darüber, ob Patient:innen weiterführende Hilfeleistungen bei der Wiedereingliederung benötigen könnten. Diese Entscheidung auf Basis von Vorberichten aus Akutkliniken und stationären Rehabilitationskliniken sowie ersten Anamnesegesprächen vorzunehmen, empfanden wir zu diesem Zeitpunkt oftmals als herausfordernd. Bei einigen Patient:innen stellten sich erst im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme spezifische berufliche Problemlagen heraus. Ein Einschluss in das BETA-MeH-Projekt war nachträglich für diese Personen jedoch nicht mehr möglich.

Mögliche Problemaktualisierung durch arbeitsbezogenen Fokus:

Prozesse der Krankheitsverarbeitung und -akzeptanz, gestalten sich aus unserer klinischen Erfahrung höchst individuell. So erleben wir die Integration der erlittenen Hirnschädigung und deren Folgen in das Selbstbild der Patient:innen in unterschiedlichem Ausmaß und zeitlichem Tempo. Durch die Studienvorstellung und das Einverständnis zur Teilnahme in den ersten Tagen, wurde bereits früh der Blick über den rehaklinischen Aufenthalt hinaus gerichtet. Möglicherweise geschah dies zu einem Zeitpunkt im Genesungsprozess, bei dem eine Fokussierung auf das „Hier und Jetzt“ noch vordergründig sein sollte. So ließ sich teilweise beobachten, dass die Zuteilung in die Interventionsgruppe zu einer Problemaktualisierung bei Personen führte, bei denen bereits eine psychische Belastung durch die wahrgenommene Diskrepanz zwischen eigenen Ansprüchen und tatsächlicher Leistungsfähigkeit bestand. Ein Behandlungsfokus, der primär auf einem berufsbezogenen Assessment liegt, könnte basierend auf unseren Eindrücken weitere wichtige Anpassungsprozesse im Kontext der Krankheitsgeschichte verstärkt in den Hintergrund rücken. Dies meint Belastungsfaktoren in anderen Lebensbereichen, die während der medizinischen Rehabilitation ebenfalls psychotherapeutischer Zuwendung bedürfen.

Potenzieller Stressfaktor RTW-Konferenz:

Bot der mögliche frühzeitige Einbezug aller Beteiligten, auch der Arbeitgeber:innen, viele Vorteile und Innovationen im Sinne einer individuellen Bedarfsorientierung, so erlebten wir die Teilnahme an der RTW-Konferenz selbst als einen nicht unerheblichen Stressfaktor für einige Patient:innen. Unabhängig von der Leistungsfähigkeit und den vorliegenden Einschränkungen wurde die Teilnahme an der RTW-Konferenz von manchen Personen als eine soziale Bewertungssituation und damit als psychisch belastend wahrgenommen. Dies betraf besonders Patient:innen mit einer erhöhten emotionalen Vulnerabilität während der Rekonvaleszenz. Dem sensiblen und emphatischen Vorgehen aller Akteure kommt demnach grundsätzlich eine hohe Bedeutung zu. Vor diesem Hintergrund sollte etwa sorgfältig bedacht werden, ab wann die Arbeitgeber:innen in den Prozess aktiv eingebunden werden.

Bedarfsorientierte Expertise:

In Abhängigkeit von den vorhandenen Einschränkungen der betroffenen Person waren aus unserer Sicht neuropsychologische Fachkenntnisse über alle Begleitungsphasen der klinischen wie auch der betrieblichen Rehabilitation hinweg erforderlich, um eine individuell ausgerichtete Bedarfsorientierung zu ermöglichen.

Fallbeispiele

Fallbeispiel 1

Die Aufnahme von Herrn W. (Mitte 40 J., Ingenieur) erfolgte aufgrund eines schweren SHT mit SAB nach Sturzereignis. Er beschrieb in der Aufnahme Gedächtnisprobleme, eine rasch auftretende Reizüberflutung sowie Schwierigkeiten bei planungs- und organisationsbezogenen Aufgaben. Vom Umfeld sei ihm eine erhöhte Reizbarkeit gespiegelt worden, zudem habe er selbst eine verminderte Impulskontrolle bemerkt, so habe er Dinge geäußert, die er im Anschluss bereut habe. Das familiäre Umfeld gab an, belastet durch die Persönlichkeitsveränderungen zu sein. Im Rahmen der neuropsychologischen Diagnostik konnten Defizite im Bereich des Gedächtnisses, der Exekutivfunktionen, der Daueraufmerksamkeit sowie bei der Verarbeitung von Mehrfachreizen objektiviert werden. Im Verlauf der Rehabilitation nahm jedoch insbesondere die Förderung des Störungsbewusstseins, vor allem in Hinblick auf beobachtete maladaptive interaktionelle Verhaltensweisen einen relevanten Stellenwert ein. Bei deutlich gebessener Awareness für die Beeinträchtigungen, bestand auch zum Ende der Rehabilitation noch Bedarf hinsichtlich einer adäquaten Selbsteinschätzung. In der RTW-Konferenz legten wir daher die Notwendigkeit einer neuropsychologischen Weiterbehandlung parallel zur Wiedereingliederung fest. Diese sollte neben der Fortführung des kognitiven Trainings und der Anwendung von Kompensationsstrategien insbesondere verhaltenstherapeutische Maßnahmen zum Umgang mit Impulsdurchbrüchen sowie ein Training sozialer Kompetenzen beinhalten. Letzterem wurde angesichts der hohen Anforderungen der Arbeitsstelle besondere Bedeutung beigemessen, um möglichen schwerwiegenden Konsequenzen wie dem Verlust des Arbeitsplatzes [15] sowie negativen Auswirkungen auf das soziale Umfeld [20] vorzubeugen. Parallel dazu sollte ein moderater Belastungsaufbau erfolgen, unterstützt durch notwendige arbeitsplatzbezogene Anpassungen durch die FBI, um Überforderungssituationen zu verhindern. Zusätzlich sollten Beratungsangebote für Betroffene und Angehörige durch das Fallmanagement vermittelt werden.

Fallbeispiel 2

Frau X. (30 J., Pflegefachkraft) wurde infolge einer SAB mit begleitender struktureller Epilepsie in der hiesigen Rehabilitation aufgenommen. Anamnestisch wurden leichte Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses beschrieben. Insbesondere schien sie jedoch emotional belastet durch das Ereignis des plötzlichen Kontrollverlusts zu sein, intrusive Erinnerungen an den Vorfall kamen wiederholt auf. Vor dem Ereignis arbeitete die Patientin

in einer Klinik und äußerte große Sorge vor einem Arbeitsplatzverlust. Die Diagnostik bestätigte die berichteten kognitiven Einschränkungen. Im weiteren Verlauf der Rehabilitation traten zusätzlich Schwierigkeiten im Zusammenhang mit einer geplanten Wiedereingliederung auf. Insbesondere Differenzen mit dem Arbeitgeber führten zu einer spürbaren Erhöhung des psychischen Leidensdrucks der Patientin. In der RTW-Konferenz wurde daher ein gesonderter Bedarf an psychosozialer Unterstützung durch die FBI festgestellt, um bevorstehende Gespräche mit dem Arbeitgeber und die Beantragung notwendiger Hilfestellungen am Arbeitsplatz zu begleiten. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Anbahnung einer psychotherapeutischen Behandlung zur Verarbeitung des Erlebten, wobei das Fallmanagement die Koordination der Suche nach Selbsthilfegruppen und spezifizierten Therapeut:innen übernehmen konnte.

Fallbeispiel 3

Frau Y. (Mitte 50 J., Gestalterin für visuelles Marketing) begann die Rehabilitation aufgrund eines rechtsseitigen Mediainfarktes. In der Exploration benannte sie Organisationsschwierigkeiten, ein häufiges Anstoßen mit der linken Körperhälfte sowie eine vorschnelle Erschöpfbarkeit. Anhand der Diagnostik ließen sich zusätzlich zu den exekutiven Schwierigkeiten und einem visuellen Neglect auch Beeinträchtigungen der Reaktionsfähigkeit feststellen. Im Zuge der RTW-Konferenz wurde für Frau Y. neben der grundlegend erforderlichen Begleitung der beruflichen Wiedereingliederung die Notwendigkeit einer ambulanten neuropsychologischen Behandlung bestimmt. Vor dem Hintergrund der beruflichen Tätigkeit mit hohen Anforderungen an die räumliche Wahrnehmung, sollte dabei der Fokus insbesondere auf der Förderung der visuellen Explorationsfähigkeit liegen. Das Fallmanagement wurde hierbei als sehr hilfreich erlebt, da durch die Schwierigkeiten in der Selbstorganisation, Unterstützungsbedarf bei der Terminvereinbarung mit verschiedenen Stellen erwartbar war. Aufgrund der exekutiven Schwächen waren überdies arbeitsplatzbezogene Anpassungen durch die FBI unerlässlich, da sich die Planung und Ausführung von strukturierten Abläufen erschwerte zeigte.

Fallbeispiel 4

Herr Z. (Anfang 50 J., Handwerker im Schichtdienst) wurde mit der Diagnose eines Hirnstamminfarktes in die Rehabilitationsbehandlung aufgenommen. Herr Z. berichtet im Aufnahmegespräch über subjektive Gedächtnisprobleme. Außerdem empfand er eine deutliche psychische Belastung aufgrund des Verlustes eines Familienmitglieds kurz vor dem Infarkt ereignis. In der neuropsychologischen Diagnostik konnten

keine relevanten kognitiv-mnestischen Beeinträchtigungen objektiviert werden. Hiermit offenbarte sich für uns ein Fall, in dem bereits prämorbid bestehende emotionale Belastungsfaktoren in Kombination mit der erworbenen Hirnschädigung bedeutsam für die berufliche Leistungsfähigkeit erschienen. Dies äußerte sich in Form einer geringeren Stresstoleranz mit erhöhter Affektlabilität. Innerhalb der RTW-Konferenz wurde damit ergänzend zu den arbeitsplatzspezifischen Integrationsmaßnahmen (FBI) insbesondere für das Fallmanagement der Auftrag nach psychotherapeutischer Anbindung formuliert.

Fazit

Aus den Fallbeispielen wurden unterschiedliche Bedarfe über verschiedene Diagnosen, Symptombereiche, Genesungsverläufe, Altersklassen, Berufe und Arbeitsplatzumgebungen hinweg ersichtlich, die eine differenzierte Begleitung bei der Wiedereingliederung erforderten. Mit dem BETA-MeH Projekt konnte durch gleich zwei begleitende Personen, FBI und Fallmanagement, ein großer Teil der Bedürfnisse abgedeckt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden. Wie bereits dargestellt, setzen die komplexen individuellen Beeinträchtigungen und Verläufe neurologischer Patient:innen ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz in unterschiedlichen Schwerpunktbereichen voraus, insbesondere in der Phase der betrieblichen Integration. Aus unserer Sicht ist in bestimmten Fällen eine fundierte neuropsychologische Expertise unabdingbar, um den spezifischen Anforderungen gerecht zu werden.

Implementierung der BETA-MeH-Intervention in einer Rehabilitationsklinik

Strukturelle Integration, Prozessanpassung und Rekrutierungserfahrungen

Die BETA-MeH-Intervention wurde im Rahmen einer multizentrischen Studie in mehreren Rehabilitationskliniken implementiert, um deren Wirksamkeit und Praxistauglichkeit zu evaluieren. Dieses Kapitel beschreibt die Implementierungserfahrungen aus Sicht einer beteiligten Rehabilitationsklinik, dem Neurologischen Interdisziplinären Behandlungszentrum in Köln (NiB GmbH & Co.KG). Schwerpunkte liegen auf der strukturierten Einführung des Handlungsleitfadens, der Integration in bestehende Versorgungsprozesse, dem Umgang mit organisatorischen Herausforderungen sowie der Rekrutierung von Studienteilnehmer:innen.

Für die Evaluation der Umsetzbarkeit und Wirksamkeit der BETA-MeH-Intervention ist die Integration des Konzepts in eine begleitende wissenschaftliche Studie essenziell. Die wissenschaftliche Begleitung benötigt umfassende Daten, auf deren Basis belastbare Ergebnis-

se generiert und mögliche Perspektiven zur Verstetigung abgeleitet werden können.

Zur Sicherstellung einer strukturierten Umsetzung entwickelten das Expert:innenteam und die wissenschaftliche Begleitung einen Handlungsleitfaden, in dem alle Aufgaben, Assessments und Dokumente zusammengeführt wurden. Die Implementierung dieser Vorgaben in den bestehenden Rehabilitationsalltag erforderte eine sorgfältige Planung und Koordination unter Berücksichtigung ethischer und datenschutzrechtlicher Rahmenbedingungen.

Ziel war es, die BETA-MeH-Intervention nahtlos in die Prozesse der Reha-Klinik zu integrieren, ohne bestehende Versorgungsstrukturen zu beeinträchtigen.

Vorgehensweise bei der Implementierung

Informationsweitergabe und Transparenz:

Bereits vor dem offiziellen Projektstart wurden sämtliche Mitarbeitenden über Zielsetzung, Inhalte und Ablauf der BETA-MeH-Studie informiert. Ein zentrales Anliegen war es, Transparenz hinsichtlich der Studienteilnahme einzelner Rehabilitand:innen zu schaffen.

Zu diesem Zweck wurde eine eigene Patientenklasse mit farblicher Kennzeichnung im Planungs- und Verwaltungssystem eingerichtet. Diese Maßnahme ermöglichte eine eindeutige Identifikation der Studienteilnehmenden und unterstützte zugleich die Kommunikation mit der Abrechnungsstelle.

Definition der Mitwirkenden:

Ein interdisziplinäres Projektteam wurde gebildet, bestehend aus Vertreter:innen der Neuropsychologie, Sozialberatung, ärztlichem Dienst und einer internen Projektsteuerung. Mit Finalisierung des übergeordneten Abrechnungsprozesses durch die Deutsche Rentenversicherung wurde auch die Abrechnungsstelle aktiv eingebunden.

Diese klare Strukturierung der Zuständigkeiten ermöglichte eine koordinierte Umsetzung der Projekthinhalte und förderte die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Entwicklung interner Prozessbeschreibungen:

Die Übertragung der im Handlungsleitfaden enthaltenen Prozesse in die Klinikabläufe stellte eine zentrale Herausforderung dar. Um die Implementierung praxistauglich zu gestalten, wurden ergänzende interne Dokumente und Formulare entwickelt. Diese dienten als unterstützende Materialien zur Abbildung des Interventionsablaufs im spezifischen Kontext der Klinik. Ziel war es, bestehende Strukturen zu erhalten, gleichzeitig aber die notwendigen Schnittstellen zur Studie effizient zu gestalten. Anpassungen im Studienverlauf wurden zeitnah in die internen Dokumente integriert. Dabei bewährte sich insbesondere die Einbettung der neuen Prozesse in das etablierte Qualitätsmanagementsystem der Einrichtung.

Schulung der Mitwirkenden:

Alle beteiligten Mitarbeitenden wurden umfassend geschult. Inhalte, Rollenverteilungen sowie der Umgang mit den studienrelevanten Dokumenten wurden praxisnah vermittelt. Im weiteren Verlauf wurden ergänzende Schulungen zu nachträglich etablierten Verfahren, wie z. B. der Nutzung einer digitalen Plattform, durchgeführt. Diese wurden zeitlich abgestimmt in den klinischen Alltag integriert.

Kommunikation und Zusammenarbeit:

Ein kontinuierlicher Austausch mit dem Entwicklerteam, der wissenschaftlichen Begleitung sowie weiteren Interventionspartnern war ein zentraler Erfolgsfaktor. Die enge Kooperation war ausschlaggebend für eine lösungsorientierte Weiterentwicklung des Implementierungsprozesses und trug zur Sicherstellung einer hohen Qualität in der Umsetzung bei.

Fazit:

Die Implementierung des BETA-MeH-Handlungsleitfadens konnte unter den gegebenen Bedingungen erfolgreich in die Abläufe der Rehabilitationsklinik integriert werden. Die Erfahrungen zeigen, dass eine strukturierte interne Organisation, transparente Kommunikation sowie die Einbindung eines interdisziplinären Teams wesentliche Gelingensbedingungen für die Umsetzung komplexer Studieninterventionen darstellen. Eine flexible Ressourcenbereitstellung und hohe Mitwirkungsbereitschaft sind vorausgesetzt.

Die Entwicklung unterstützender Dokumente sowie die Nutzung des bestehenden Qualitätsmanagementsystems erwiesen sich dabei als besonders hilfreich. Insgesamt konnte ein tragfähiger Rahmen geschaffen werden, der sowohl die Anforderungen der wissenschaftlichen Begleitung erfüllte als auch die Versorgungssicherheit innerhalb der Einrichtung gewährleistete.

Rekrutierung, Ausschlüsse und Teilnehmerentwicklung

Die Rekrutierung von Studienteilnehmer:innen im Rahmen der BETA-MeH-Studie stellte eine zentrale Herausforderung dar. Entscheidend für eine erfolgreiche Teilnahmeerlangung war insbesondere die frühzeitige Identifikation potenzieller Rehabilitand:innen, die Berücksichtigung ihres aktuellen physischen und psychischen Zustands sowie eine klare, gleichzeitig einfühlbare Aufklärung über Zielsetzung und Ablauf der Studie.

Der erste Schritt im Rekrutierungsprozess war mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden, der jedoch angesichts des Umfangs und der Anforderungen einer groß angelegten multizentrischen Studie nachvollziehbar und erforderlich war. Für den Einschluss potenzieller Teilnehmender waren mehrere formale Dokumente notwendig, darunter Einwilligungserklärungen mit

dreifacher Zweckbindung sowie eine Schweigepflichtentbindung.

Diese Vielzahl an erforderlichen Unterschriften und datenschutzrechtlichen Erklärungen stellte jedoch eine Hürde für viele Rehabilitand:innen dar – insbesondere in der frühen Phase ihrer Rehabilitationsmaßnahme. Viele Patient:innen befinden sich nach einem neurologischen Ereignis zunächst in einer Phase der physischen und psychischen Neuorientierung, in der die kognitive und emotionale Belastbarkeit häufig eingeschränkt ist.

In diesem sensiblen Zeitraum können umfangreiche Formalitäten als überfordernd oder abschreckend empfunden werden. Dies erforderte von Seiten der Mitwirkenden ein hohes Maß an Empathie, Sensibilität und Geduld im Aufklärungsprozess, um gleichzeitig Transparenz zu gewährleisten und eine informierte Entscheidung zur Studienteilnahme zu ermöglichen.

Bis Mai 2025 wurden in der Rehabilitationsklinik NiB insgesamt 464 Rehabilitand:innen gescreent. Daraus konnten 44 Personen für die Studienteilnahme rekrutiert werden, von denen 20 der Kontrollgruppe und 24 der Interventionsgruppe zugewiesen wurden. Im weiteren Verlauf kam es in der Kontrollgruppe zu 3 Studienabbrüchen, in der Interventionsgruppe zu 4 Abbrüchen.

Im Studienverlauf wurden auf Anfrage hin einzelne Einschluss- und Ausschlusskriterien angepasst. So wurde die Altersgrenze für Ausschlüsse von ursprünglich 63 auf 65 Jahre erhöht. Darüber hinaus wurden zusätzliche Diagnosegruppen in die Studie aufgenommen (I69 – Folgen eines Schlaganfalles, D32/D33 – gutartige Neubildungen des Zentralnervensystems, G35.1 – schubförmig remittierende Multiple Sklerose). Ebenso wurde der Einzugsbereich um zusätzliche Postleitzahlengebiete erweitert, um eine breitere Teilnehmendenbasis zu ermöglichen.

Diese gezielten Anpassungen trugen dazu bei, die Rekrutierungsbasis zu erweitern, ohne die Studienvorgaben und Studienqualität zu kompromittieren.

Erfahrungen und Herausforderungen bei der Implementierung einer multizentrischen Studie in einer Rehabilitationsklinik

Im Rahmen der Vorbereitung auf den Studienstart im Februar 2023 wurde im Januar desselben Jahres der abschließende Implementierungsworkshop am Standort Köln durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt befand sich der Handlungsleitfaden noch in der Finalisierung, was eine Umsetzung der Studienabläufe unter engem Zeitkorridor erforderlich machte. Der Studienbeginn konnte dennoch termingerecht realisiert werden.

Implementierung und Anpassung von Abläufen:

Im weiteren Verlauf wurden mehrfach Anpassungen am Handlungsleitfaden vorgenommen. Diese erforderten eine hohe Flexibilität auf Seiten der Rehabilitationsklinik.

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 90 – 99 | <https://doi.org/10.14624/NR2601001> | © Hippocampus Verlag 2026

Interprofessional BETA-MeH cooperation between clinical and occupational rehabilitation: the perspective of the rehabilitation clinic

D. Chamier, I. Harten, M. Riede, A. Rodenberg

Abstract

Against the backdrop of the high incidence of cerebral events, even among people of working age, and the overall low rate of successful vocational reintegration, the “Neurologisches interdisziplinäres Behandlungszentrum Köln” (NiB), an outpatient rehabilitation center, participated in the BETA-MeH study. The aim is to investigate the extent to which the study can be integrated into everyday clinical rehabilitation and what advantages this offers for rehabilitation patients, particularly with regard to interface management between medical and vocational rehabilitation. More consistent networking between medical and vocational rehabilitation is expected to improve the rate of successful vocational reintegration. The interface management between medical and vocational rehabilitation was optimized during the implementation of the project, and advantages for the vocational reintegration process are expected.

Keywords: neurorehabilitation, interface management between medical and vocational rehabilitation, vocational rehabilitation

nik und führten zu wiederholten Umstrukturierungen interner Abläufe. Hierbei galt es, den Anforderungen der Studie sowie den etablierten Strukturen einer prozessorientierten Versorgung gleichermaßen gerecht zu werden.

Auch im Umgang mit den Assessments wurden im Verlauf Neuerungen eingeführt, insbesondere durch den Einsatz digitaler Lösungen zur Vereinfachung der Handhabung und zur Optimierung des Schnittstellenmanagements. Diese Ansätze stießen auf positive Resonanz in unserer Einrichtung. Aufgrund begrenzter Verfügbarkeit der digitalen Lösung war jedoch eine parallele Nutzung zweier Systeme erforderlich, was den internen Steuerungsaufwand erhöhte.

Kommunikation und Ressourcenmanagement:

Zu Beginn der Studie fehlten standardisierte Rückmeldungen hinsichtlich unvollständiger Dokumentation. Da die Verantwortung für das übergreifende Studiencontrolling nicht bei der Reha-Klinik liegt, wurde seitens der Einrichtung eine frühzeitigere Kommunikation durch die wissenschaftliche Begleitung angeregt, um gegebenenfalls notwendige Korrekturen rechtzeitig vornehmen zu können.

Zudem stellte die kurzfristige Anberaumung einzelner Studientermine das Team der Reha-Klinik vor organisatorische Herausforderungen. Eine frühzeitigere Terminplanung und ein stärkeres Verständnis für den parallel fortlaufenden Rehabilitationsbetrieb wären in diesen Fällen hilfreich gewesen.

Das NiB stellte einen wesentlichen Anteil an durchgeführten Screenings und rekrutierten Studienteilnehmer:innen. Dies unterstreicht den hohen Beitrag der Einrichtung zur Gesamtstudie. Die Implementierung der Studienvorgaben konnte erfolgreich in

bestehende Abläufe integriert werden. Es gelang, das Team zur engagierten und gewissenhaften Durchführung der Studie zu motivieren.

Die größte Herausforderung bestand darin, im laufenden Reha-Alltag flexibel auf Veränderungen zu reagieren und die zusätzlichen personellen Ressourcen bereitzustellen. Das vorhandene Qualitätsmanagementsystem unterstützte dabei maßgeblich die strukturierte Umsetzung von Prozessen und Dokumentationen. Insgesamt wurden acht studienrelevante Verfahrensanweisungen und unterstützende Formulare entwickelt und regelmäßig überarbeitet.

Die von der Projektleitung und wissenschaftlichen Begleitung bereitgestellten Vorlagedokumente bildeten eine hilfreiche Grundlage. Diese wurden in einem strukturierten digitalen Ablagesystem zugänglich gemacht, das allen beteiligten Mitarbeitenden zur Verfügung steht.

Insgesamt zeigt sich, dass durch transparente Kommunikation, interne Prozessanpassungen und ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem eine erfolgreiche Umsetzung komplexer Studieninhalte im klinischen Alltag möglich ist.

Allgemeines Fazit und Ausblick

Zusammenfassend wurde die Teilnahme am Projekt nach anfänglicher Skepsis auf Seiten der Rehabilitand:innen gut angenommen und es gab nur wenige, und in der Regel organisatorische Probleme, bei der Durchführung. Um der Überforderung der Rehabilitand:innen bei der für die Studie notwendigen Erledigung der Formalitäten entgegenzuwirken, wurde eine engmaschige und zeitintensive Begleitung notwendig, die sehr gut angenommen wurde. Durch ein intensiviertes Gesprächsangebot von ärztlicher Seite konnten etwaige Unsicherheiten früh besprochen werden.

Als enttäuschend wurde sowohl von den Rehabilitand:innen als auch vom Team der medizinischen Reha die fehlende Möglichkeit einer Rehanachsorge (IRENA) wahrgenommen. Die Rehanachsorge bietet in der Regel ein sehr gutes Forum, um auch die reha-ärztliche Betreuung niederfrequent fortzusetzen und Fragen zu medizinischen Sachverhalten zeitnah und unkompliziert zu klären.

Die komplexen individuellen Beeinträchtigungen und Verläufe neurologischer Rehabilitand:innen erfordern ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz in unterschiedlichen Schwerpunktbereichen, insbesondere seitens der FBI und in bestimmten Fällen ist die fundierte neuropsychologische Expertise unabdingbar, um den spezifischen Anforderungen gerecht zu werden.

Gegenüber der Regelversorgung bietet das BETA-MeH-Projekt den großen Vorteil, dass nach der Entlassung aus der medizinischen Reha die berufliche Integrationsmaßnahme bereits gesichert ist und die Wartezeit auf die Entscheidung über einen LTA-Antrag entfällt. Das bietet den Rehabilitand:innen eine größere Planungs-

sicherheit. Die Kooperation mit den weiterführenden Leistungsanbietern wurde sowohl vom medizinischen Rehatem als auch von der Rehabilitand:innen als konstruktiv und angenehm erlebt. Die von allen Beteiligten geforderte Flexibilität und rasche Verfügbarkeit konnte in der Regel geleistet werden, bleibt aber eine Herausforderung.

Literatur

1. Bartig S, Kalkum D, Le HM, Lewicki A. Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2021
2. Claros-Salinas D. Berufliche Teilhabe und Wiedereingliederung in der Neurorehabilitation. Göttingen: Hogrefe 2023 (Fortschritte der Neuropsychologie; vol. 25)
3. Claros-Salinas D, Čunderlik C, Greitemann G. Zurück in den Beruf – subjektive und objektive Perspektiven berufsorientierter Neurorehabilitation. *Neurol Rehabil* 2012; 18(5): 275-290
4. Douglas JM, Bracy CA, Snow PC. Return to work and social communication ability following severe traumatic brain injury. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2016; 59(3): 511-520
5. Edwards JD, Kapoor A, Linkewich E, Swartz RH. Return to work after young stroke: A systematic review. *International Journal of Stroke*. 2018; 13(3): 243-256
6. Fimm B. Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen im Erwachsenenalter. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Neurologie; 2023
7. Guthke T, Jäckle S, Claros-Salinas D. Eine Pilotstudie zur Evaluation einer neuropsychologischen Berufstherapie. *Neurologische Rehabilitation*. 2012; 18(5): 291-302
8. Kampling H, Küst J, Allert N, Dettmers C, Mittag O. Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der neurologischen Rehabilitation: Multiple Sklerose, Idiopathisches Parkinson-Syndrom und Schlaganfall. *Zeitschrift für Neuropsychologie* 2019; 30(1): 45-47
9. Mani K, Cater B, Hudlikar A. Cognition and return to work after mild/moderate traumatic brain injury: A systematic review. *Work*. 2017; 58: 51-62.
10. Müller S, Klein T. Diagnostik und Therapie von exekutiven Dysfunktionen bei neurologischen Erkrankungen. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Neurologie; 2020
11. Ownsworth T, McKenna K. Investigation of factors related to employment outcome following traumatic brain injury: A critical review and conceptual model. *Disability and Rehabilitation* 2004; 26(13): 765-783
12. Ownsworth T, Shum D. Relationship between executive functions and productivity outcomes following stroke. *Disability and Rehabilitation*. 2008; 30(7): 531-540
13. Pearce G, O'Donnell J, Pimentel R, Blake E, Mackenzie L. Interventions to facilitate return to work after stroke: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2003; 20(15): 6469
14. Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR); 2005.
15. Risse G, Boerker B, Reuther P. Ambulante/mobile berufliche Wiedereingliederung in der Neurologie: Ein Beitrag zur Gestaltung der Neurologischen Rehapphase E. *Neurologische Rehabilitation* 2012; 18(5): 321-341
16. Schock L, Bauer C, Kiesewalter C, Kulke H, Pichler J. Gemeinsames Positionspapier der Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. (GNP) und des Bundesverband ambulante-teilstationäre Neurorehabilitation e.V. (BV ANR) zum Entlassmanagement nach erworbener Hirnschädigung. *Zeitschrift für Neuropsychologie* 2018; 29(4): 276-280
17. Stahmeyer JT, Stubenrauch S, Geyer S, Weissenborn K, Eberhard S. The frequency and timing of recurrent stroke – an analysis of routine health insurance data. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2019; 116: 711-717
18. Streibelt M. Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund neurologischer Erkrankungen. In: DRV (Hg.), 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2017
19. Thöne-Otto A. Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen bei neurologischen Erkrankungen. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2020
20. Thöne-Otto A, Schellhorn A, Wenz C. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Hirnschädigung. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2018. (Fortschritte der Neuropsychologie; vol. 18)
21. Treger I, Shames J, Giaquinto S, Ring H. Return to work in stroke patients. *Disability and Rehabilitation* 2007; 29(17): 1397-1403
22. Weltgesundheitsorganisation. ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: Hogrefe 2005

Korrespondenzadresse:

Isabella Marie Harten, M.Sc. Psychologie
 NiB GmbH & Co. KG
 Neurologisches interdisziplinäres Behandlungszentrum
 Stolberger Straße 307 – 309
 50933 Köln
 Isabella.Harten@nib-koeln.de