

# BETA-MeH: Einzelfall Herr S.

A. Blaudszun-Lahm<sup>1</sup>, F. Eierdanz<sup>1</sup>, J. Hoffmann<sup>1</sup>, R. Osranek<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institut für Technologie und Arbeit e.V., Kaiserslautern

## Zusammenfassung

Die Beeinträchtigungen, die einer erworbenen Hirnschädigung folgen, sind hochindividuell. Sie erfordern in jedem Reha-Prozess eine genaue Identifikation der Bedarfe, der Möglichkeiten und der passenden Unterstützungsangebote. Im Rahmen des BETA-MeH-Projektes wird dies im sogenannten Interventionsprozess durch die komplexe Zusammenarbeit von Reha-Klinik, Fallmanagement und Fachkraft für betriebliche Intervention mit dem Rehabilitanden und dessen

Arbeitgeber unterstützt. Das gemeinsame Ziel, die gelingende berufliche Wiedereingliederung, leitet dabei dieses neu entstandene Team durch die verschiedenen Höhen und Tiefen eines häufig herausfordernden Weges zum Return to Work. Der Beitrag veranschaulicht den Ablauf auf der Basis eines realen, aber zum Schutz der betroffenen Person angepassten Reha-Prozesses.

**Schlüsselwörter:** Neurorehabilitation, Intervention, berufliche Wiedereingliederung, Return to Work, Einzelfall

## Einleitung

Für vermutlich jede von einer erworbenen Hirnschädigung betroffenen Person ist die Rückkehr in den Alltag eine richtungsweisende Zielsetzung. Dabei ist der Rehabilitationsansatz für diejenigen im erwerbsfähigen Altersspektrum, der eine möglichst frühe Ausrichtung der Rehabilitation auf die schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz vorsieht, nicht nur eine Frage der Teilhabe, sondern auch der Genesung. Die an den individuellen (noch bestehenden) Beeinträchtigungen ausgerichtete Vorbereitung und Begleitung des Wiedereingliederungsprozesses sowie die Einbeziehung der Akteure im Arbeitskontext, ist daher ein zentraler Aspekt der BETA-MeH Interventionsstrategie. Sie soll im Folgenden am Beispiel von Herrn S. vorgestellt werden.

## Die Person Herr S.

Herr S. ist zum Zeitpunkt des Ereignisses 45 Jahre alt. Er ist verheiratet, hat zwei Kinder im Teenageralter und lebt mit seiner Familie im gemeinsamen Haushalt. Im Alltag ist er zu Fuß, viel mit dem Fahrrad und auch mit dem Auto unterwegs.

Herr S. hat einen Handwerksberuf erlernt und arbeitet seit über 20 Jahren im Produktionsbereich eines großen Unternehmens. Er ist in Vollzeit tätig und arbeitet im 3-Schichtsystem. Dabei findet ein wöchentlicher Wechsel zwischen Früh-, Nacht- und Spätschicht statt. Bei seiner Arbeit muss er sich viel bewegen und legt jeden Tag große Strecken (ca. 18.000 Schritte) zu Fuß zurück. Die Tätigkeit erfordert große Präzision und Zuverlässigkeit in der Ausführung, die er mit hohem Anspruch an die Qualität seiner Arbeit ausführt.

## Das Ereignis

Mitte Juli 2023 bemerkt Herr S. eine Störung seiner Feinmotorik in der rechten Hand. Die in einer neurologi-

schen Klinik durchgeführte kraniale Computertomographie ist unauffällig, sodass Herr S. das Wochenende zu Hause verbringt. Die Beeinträchtigungen bleiben jedoch, Anfang der folgenden Woche kommt eine zunehmende Störung der linken Körperhälfte hinzu, sodass er sich erneut in der neurologischen Klinik vorstellt und ab dann stationär behandelt wird. Die kraniale Magnetresonanztomographie zeigt nun einen Hirnstamminfarkt. Nach drei Tagen wird Herr S. nach Hause entlassen. Die ganztägig ambulante Rehabilitation startet einen Monat später.

## In der Reha-Klinik

Neben der Hauptdiagnose Hirnstamminfarkt werden folgende rehabilitationsrelevanten Gesundheitsprobleme diagnostiziert:

- Kardiovaskuläre Risikofaktoren:
  - Persistierendes Foramen ovale (PFO)
  - Schwere arterielle Hypertonie
  - Nikotinkonsum, Stress, Schichtdienst
- Bekanntes Aneurysma der Aorta ascendens
- Hypothyreose
- Skoliose

## Beginn der Intervention:

Herr S. wird zu Beginn der Rehabilitation über das Projekt BETA-MeH aufgeklärt. Er entscheidet sich für eine Teilnahme an der Studie und wird per Randomisierung der "Interventionsgruppe" zugeteilt. Das heißt, er wird ab jetzt für bis zu 12 Monate nach Beginn der Rehabilitation durch ein Fallmanagement und eine Fachkraft für betriebliche Intervention begleitet, um seine Rückkehr an den Arbeitsplatz innerhalb dieses Zeitraums vorzubereiten und zu unterstützen. Eine sich daran anschließende 6-monatige "nachgehende Begleitung" durch das Fallmanagement ermöglicht eine nochmalige Kontaktaufnahme zum Fallmanagement, wenn sich weiterer Unterstützungsbedarf abzeichnet.

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 123 – 127 | <https://doi.org/10.14624/NR2601001> |  
© Hippocampus Verlag 2026

## BETA-MeH: Single case Mr. S.

A. Blaudszun-Lahm, F. Eierdanz, J. Hoffmann, R. Osranek

### Abstract

The impairments that result from an acquired brain injury are highly individual. Each rehabilitation process therefore requires a precise assessment of needs, abilities, and appropriate support options. Within the framework of the BETA-MeH project, this is achieved through the so-called intervention process, which involves close collaboration between the rehabilitation clinic, case management, and the work-place intervention specialist, together with the rehabilitant and their employer. The shared goal of achieving successful vocational reintegration guides this newly established team through the many ups and downs of the often challenging journey back to work. The article illustrates the process using a real rehabilitation case, which has been adapted to protect the individual's identity.

**Keywords:** neurorehabilitation, intervention, vocational reintegration, return to work, single case

### *Subjektive Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe zu Beginn der Studie:*

Zu Beginn des Reha-klinischen Aufenthalts beschreibt Herr S. motorische Einschränkungen mit Beeinträchtigung des Schreibens und massive Konzentrationsstörungen, die psychophysische Belastbarkeit sei deutlich herabgesetzt. Im Verlauf zeigt sich in der Reha-Klinik zudem eine fehlerhafte Rumpfhaltung sowie eine Kraftminderung im linken Bein. Er berichtet über ausgeprägte Schlafstörungen und Sorgen hinsichtlich seiner gesundheitlichen Verfassung und der Zukunft.

*Profilvergleich von Arbeitsanforderungen und Leistungsvermögen (PAL):*  
Der Profilvergleich PAL [2, 3] ermöglicht eine differenzierte Selbst- und Fremdeinschätzung der aktuellen Arbeitsanforderungen und der Beeinträchtigungen in 9 Bereichen.

In der Selbsteinschätzung (11. Tag in der Reha-Klinik) gibt Herr S. an, dass vor allem in den folgenden hoch relevanten Arbeitsanforderungen bei seiner Arbeit „hohe“ oder „ziemlich hohe“ Beeinträchtigungen vorliegen (Skala von „nicht“, „wenig“, „mittelmäßig“, „ziemlich“ bis „hoch“ beeinträchtigt).

- Anforderungen an Arme/Hände:
  - Beidhändiges Arbeiten erforderlich
  - Grobes Manipulieren / Kraftproduktion, z.B. Heben & Tragen über 10 kg
  - Schreiben / Handschrift kurze Notizen
  - Dauerbelastbarkeit / Arbeit mit Händen
- Sprache:
  - Schreiben per Hand
- Aufmerksamkeit:
  - Arbeiten unter Tempobedingungen

### *Berufliche Anforderungen und Arbeitsplatzbedingungen (BAA):*

Im Fragebogen BAA gibt Herr S. seine Arbeitssituation wieder: Herr S. arbeitet „ständig“ im Stehen und „überwiegend“ im Gehen in einer Fabrikhalle eines Großun-

ternehmens. Er hat viel Kontakt mit Vorgesetzten und Kollegen, arbeitet aber in Einzelarbeit. Als besondere körperliche Belastung ist die Arbeitsschwere vermerkt (z.B. Heben und Tragen schwerer Gegenstände). Auch geistig ist Herr S. sehr gefordert: Er hat Verantwortung für Maschinen und Menschen. Außerdem arbeitet er bei extrem schwankenden Temperaturen und ist inhalativen Belastungen ausgesetzt. Herr S. muss schnell arbeiten, es handelt sich jedoch nicht um Akkordarbeit. Er arbeitet im Drei-Schicht-System, die Schichten wechseln wöchentlich. Sein Einsatzort ist 12 Kilometer von seinem Zuhause entfernt, zu dem er in der Regel mit dem Fahrrad fährt. Bis auf den Aspekt der Nachtschichten ist er zufrieden mit seiner Arbeit. Neben seiner eigentlichen Tätigkeit hat er im Unternehmen zusätzlich Aufgaben im Bereich Sanitär und Sicherheitsabteilung.

### *Fragen zur Lebensqualität:*

In einer schriftlichen Befragung zur Lebensqualität (Blaudszun-Lahm, Eierdanz, Hoffmann & Osranek in diesem Heft [1] ) zu Beginn der Studie (noch in der Reha-Klinik) zeigt sich, dass sich Herr S. in einzelnen Aspekten des Alltages noch sehr eingeschränkt fühlt. Das betrifft sehr stark Erledigungen außerhalb des Hauses, tägliche Aufgaben und Verpflichtungen und den Beruf bzw. die Arbeit. Das Pflegen enger sozialer Beziehungen ist weniger beeinträchtigt und lässt vermuten, dass seine soziale Unterstützung hoch ist. Er fühlt sich hinsichtlich seiner körperlichen Verfassung weniger zufrieden als hinsichtlich der geistigen Leistungsfähigkeit (Konzentration, Gedächtnis, Denkfähigkeit). Was die Bedeutung der Arbeit für sein Leben angeht, gibt er an, dass er seine Arbeit als sehr sinnvoll einschätzt, seine Arbeit sein Leben aber nur mäßig bereichert. Die Rückkehr in Arbeit ist ihm wichtig, aber nicht sehr wichtig (4er-Skala von 0 bis 3).

### *Individuelle Reha-Ziele, die in der Reha-Klinik formuliert werden:*

- Verbesserung der Handmotorik und des Schreibbefundes
- Verbesserung von Rumpfaufrichtung und Reduzierung von Schmerzen im Rumpf
- Verbesserung von Beinkraft und Verlängerung der Ausdauer
- Verbesserung von Kognition, insbesondere Konzentration
- Verbesserter Umgang mit Stress
- Berufliche Umsetzung (kein Schichtdienst mehr)

### *Durchgeführte Maßnahmen in der Reha-Klinik:*

- Neuropsychologie Einzelsitzungen (Diagnostik)
- Multimodales/multiprofessionelles Therapiekonzept, bestehend aus Neuropsychologie, Ergotherapie und Physiotherapie/Sporttherapie
- Ernährungsberatung und sozialmedizinische Beratung
- Ressourcenorientierte Gesprächskontakte zur Krankheitsverarbeitung, Belastungssteuerung und Stimmungsstabilisierung

- Regelmäßiges computergestütztes kognitives Training zur Förderung der Aufmerksamkeitsteilung sowie der verbalen und visuellen Merkfähigkeit
- Teilnahme an Stressbewältigungs- und Entspannungsgruppe
- Nichtrauchertraining

### Die 1. Return-to-Work-Konferenz (RTW-Konferenz)

Die RTW-Konferenzen dienen der gemeinsamen Abstimmung und der konsequenten Ausrichtung des weiteren Vorgehens auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Noch während des reha-klinischen Aufenthalts, zwei Tage vor Ende der ganztägig ambulanten Reha, findet die erste RTW-Konferenz statt. Zu diesem Zeitpunkt hat Herr S. bereits seine Fallmanagerin und die Fachkraft für betriebliche Intervention kennengelernt. Die Fachkraft für betriebliche Intervention wird Herrn S. bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz und die betriebliche Wiedereingliederung begleiten. Dazu hat sie in Absprache mit Herrn S. schon Kontakt zum Arbeitgeber aufgenommen, um sich mit dem Arbeitsumfeld und den Arbeitsanforderungen vertraut zu machen. Die Fallmanagerin koordiniert alle reha-relevanten Leistungen, unterstützt Herrn S. nach Entlassung aus der Reha-Klinik bei Antragsstellungen, der Suche nach Ärzt:innen und Therapeut:innen und organisiert die folgenden RTW-Konferenzen.

An der ersten RTW-Konferenz nehmen neben Herrn S. die behandelnde Ärztin sowie die Fallmanagerin und die Fachkraft für betriebliche Intervention teil. Am Tag zuvor hat ein Betriebsbesuch stattgefunden, bei dem neben der Fachkraft für betriebliche Intervention und der Fallmanagerin auch Herr S. teilgenommen hat. Im Gespräch mit dem Arbeitgeber von Herrn S. und dem Betriebsrat wurde das BETA-MeH-Projekt vorgestellt und die begleitete Wiedereingliederung besprochen. Bereits hierbei äußert der Arbeitgeber seine Bedenken, im Zuge des Wiedereingliederungsprozesses vom Schichtsystem abzuweichen, stimmt aber als Kompromiss dem Beginn der Wiedereingliederung in zwei Schichten (ohne Nachtschicht) zu. Dem begleiteten Wiedereingliederungsprozess steht er zunächst dennoch skeptisch gegenüber. In der RTW-Konferenz am Folgetag, an der der Arbeitgeber nicht teilnimmt, wird die aktuelle Situation von Herrn S. in medizinischer Hinsicht besprochen, ebenso die Unterstützungsbedarfe in Bezug auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Als Barrieren der Rückkehr werden die Produktionsabläufe thematisiert und die Herausforderungen der Schichtarbeit, insbesondere die Nachtschicht wird als hohe Belastung erlebt und sollte vorerst vermieden werden. Berufsrelevante Defizite seien im sensomotorischen Bereich (v.a. taube Finger) und im kognitiven Bereich (geteilte Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit), was sich aber beides schon während der Reha verbessert habe. Herr S. selbst schätzt die Rückkehr an den Arbeitsplatz als grundsätzlich möglich ein (4er-Skala von „sehr schwierig“, „schwierig“, „grundsätzlich

möglich“ bis „gut möglich“); eine konkrete Einschätzung des Arbeitgebers zur Rückkehr an den Arbeitsplatz liegt nicht vor.

#### Die RTW-Zielsetzungen:

Als nächste Schritte und damit vorläufige RTW-Zielsetzung werden die Fortsetzung der funktionsbezogenen Therapie (Ergo- und Physiotherapie) und die Vorbereitung der stufenweisen Wiedereingliederung an den bisherigen Arbeitsplatz über mindestens 6 Wochen mit einer zweiwöchigen Erhöhung der täglichen Arbeitszeit um 2 Stunden (2, 4, 6, 8 h) angesetzt.

#### Abschluss des Reha-klinischen Aufenthalts:

Der Entlassbericht der Reha-Klinik beschreibt sehr gute motorische Fortschritte, insbesondere in der Feinmotorik der rechten Hand, aber auch die körperliche Belastbarkeit und Koordinationsfähigkeit hat sich verbessert. Psychische Anspannung, Reizbarkeit und Schlafstörungen seien rückläufig und es sei Herrn S. gelungen, seinen Nikotinkonsum zu beenden.

Für die Zeit nach der Reha-Klinik werden folgende weitergehende Maßnahmen empfohlen:

- Abklärung der Fahreignung durch eine praktische Beobachtungsfahrt und praktische Fahrprobe nach 3 Monaten, da sich aus neuropsychologischer Sicht leichte Hinweise auf eine Einschränkung der Fahreignung ergeben haben
- Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung: schrittweise und mit neuropsychologischer Begleitung
- Regelmäßig Sport und Bewegung in den Alltag implementieren
- Klärung der kardiologischen Weiterbehandlung, ob ein PFO-Verschluss erforderlich ist (Verschluss des persistierenden Foramen ovale)

Aufgrund der arteriellen Hypertonie wird aus medizinischer Sicht ein Schichtdienst mit Nachtdiensten als nicht zumutbar eingeschätzt. Auch beim Tragen und Heben mittelschwerer und schwerer Lasten sollte bei der Wiedereingliederung eine Überforderung vermieden werden. Herr S. wird als arbeitsunfähig entlassen. Mit dem Wiedererreichen der bisherigen Leistungsfähigkeit sei nach entsprechender Rekonvalenzzeit zu rechnen.

#### Die betriebliche Wiedereingliederung

Die Fachkraft für betriebliche Intervention hatte im Vorfeld vor der ersten RTW-Konferenz Kontakt zum Arbeitgeber aufgenommen. Aufgrund der Größe des Unternehmens musste zunächst über mehrere Mails und Telefonate die verantwortliche Ansprechperson gefunden werden, mit der das weitere Procedere, insbesondere die Frage der Schichtarbeit geklärt werden kann. Nach dem Betriebsbesuch und der Entlassung von Herrn S. aus der Reha-Klinik, besteht der Arbeitgeber trotz der

Empfehlungen aus dem Entlassbericht der Reha-Klinik weiterhin auf einem 2-Schichtsystem. Entsprechend der RTW-Zielsetzung und auf Basis des Stufenplans startet die berufliche Wiedereingliederung zunächst Anfang Oktober mit 2 Stunden pro Tag. Aufgrund der strengen Zutrittsregelungen für Gäste darf die Fachkraft für betriebliche Intervention Herrn S. nicht mit an den Arbeitsplatz begleiten. Über Tagesprotokolle (vgl. Claros-Salinas, Schupp & Thomas in diesem Band [4]) erhält sie dennoch Einblicke in die Arbeitssituation wie Arbeitsaufgaben, Besonderheiten im Tagesablauf und Belastungen. In der ersten Woche beschreibt Herr S. bspw. noch die Hauptbelastung eher bei den Aufmerksamkeitsanforderungen, im späteren Verlauf eher bei den motorischen Anforderungen, aber erwähnt u.a. auch eine starke Erschöpfung nach einer Phase intensiven Lesens.

### Die 2. RTW-Konferenz

Zwei Monate nach Entlassung und ca. einen Monat nach Beginn der Wiedereingliederung findet im November die 2. RTW-Konferenz statt. Neben Herrn S. und seiner Frau nehmen die Ärztin der Reha-Klinik und die Fallmanagerin teil. Die Anwesenheit der Ärztin ergibt sich aufgrund der Fragestellungen zum Schichtdienst. Herr S. sieht trotz der aktuellen Herausforderung, dass sein Arbeitgeber ein Ein-Schicht-Modell als nicht möglich erachtet, seine Rückkehr an den Arbeitsplatz weiterhin als grundsätzlich möglich an. Der Arbeitgeber besteht weiterhin auf zwei Schichten, sieht aber dann die berufliche Wiedereingliederung ebenfalls als grundsätzlich möglich an. Durch nochmaliges Hinzuziehen der Reha-Klinik wird von dieser eine ärztliche Bescheinigung erstellt, dass aufgrund der schweren Hypertonie mit Folgeerkrankungen eine Tätigkeit in Wechselschichten und Nachtschichten nicht zumutbar und eine regelmäßige Arbeitszeit anzuvisieren sei. Bei Herrn S. treten währenddessen tatsächlich zusätzliche gesundheitliche Probleme auf. Die Blutdruckeinstellung gestaltet sich schwierig, sodass eine erneute Änderung der Medikation notwendig wird. Es stellt sich ein neurologisch bedingter Schmerz ein, der medikamentös behandelt werden soll. Zur Abklärung des PFO und eines neu auftretenden Schluckaufs sind Arzttermine notwendig. Die RTW-Zielsetzung sieht nun eine Unterbrechung der begonnenen Wiedereingliederung vor, um die medizinischen Fragestellungen und gegebenenfalls einen operativen Verschluss des PFO zu klären. Als erneuter Start der Wiedereingliederung wird Anfang des Folgejahres vereinbart.

Während der weiteren Rekonvaleszenz von Herrn S. bleibt die Fachkraft für betriebliche Intervention mit dem Arbeitgeber in Kontakt, um an einer gemeinsamen Lösung für Herrn S. zu arbeiten. Aufgrund der Stellungnahme der Reha-Klinik kann der Arbeitgeber überzeugt werden, das Schichtmodell für Herrn S. vorübergehend anzupassen. Zur Kontrolle des Gewichts der zu tragenden Gegenstände

wird eine Waage eingerichtet, um für Herrn S. sicherzustellen, welche körperlichen Belastungen handhabbar sind.

Die gesundheitliche Situation: Mitte Januar 2024 erfolgt der operative Verschluss des PFO. In der Folge treten Komplikationen auf, es kommt zu einer Magenblutung und einer intensivmedizinischen Behandlung, was den zunächst angedachten Start der Wiedereingliederung weiterhin verzögert.

### Die 3. RTW-Konferenz

Sie findet im April 2025 statt. An dieser nehmen Herr S., sein Arbeitgeber sowie das Fallmanagement und die Fachkraft für betriebliche Intervention teil. Herrn S. gesundheitliche Probleme sind abgeklärt; aus seiner Sicht ist die berufliche Wiedereingliederung nun „gut möglich“ und das Arbeiten im 2-Schichtmodell machbar. Die Nachtschicht bleibt ausgeschlossen. Die Arbeitgeberseite schätzt die Wiedereingliederung als „grundsätzlich möglich“ ein. Die anfängliche Arbeitszeit wird ab Ende April auf 3 Stunden täglich festgesetzt und bis Mitte August auf 8 Stunden pro Tag kontinuierlich gesteigert.

Die Tagesprotokolle und Gesprächsnotizen der Fachkraft für betriebliche Intervention weisen darauf hin, dass die Wiedereingliederung gut gelingt, die Belastungen weitgehend im niedrigen Bereich bleiben. Ausnahmen sind einzelne Tage, an denen Herr S. ein sehr hohes Arbeitspensum oder Herausforderungen bewältigt, die zu Erschöpfung und Schmerzen führen. Der Arbeitgeber erlebt die Kooperation mit der Fachkraft für betriebliche Intervention mehr und mehr als wertvolle Unterstützung, in dem sie bspw. auf Belastungsgrenzen von Herrn S. hinweist oder eine Erhöhung des Stundenumfanges mit Herrn S. und dem Arbeitgeber gemeinsam abstimmt.

Im Juli erfolgt eine nochmalige Einschätzung des Profilvergleichs PAL. Die Beeinträchtigungen werden in allen Bereichen, in denen die Arbeitsanforderungen hoch sind, als deutlich niedriger als bei der ersten Einschätzung im September 2023 wahrgenommen: Bei den Anforderungen an Arme und Hände wie bspw. beidhändiges Arbeiten, Schreiben oder Heben und Tragen werden nur noch mittelmäßige bis geringe Beeinträchtigungen wahrgenommen (zuvor hohe Beeinträchtigungen), ebenso bei der Sprache. In Bezug auf die Aufmerksamkeit und das Arbeiten unter Tempobedingungen wird nur noch eine geringe Beeinträchtigung angegeben.

### Die Abschluss RTW-Konferenz und Return to Work

Ende Juli findet die abschließende RTW-Konferenz mit Herrn S. und seinem Arbeitgeber, der Fallmanagerin und der Fachkraft für betriebliche Intervention statt. Herrn S. Befinden ist weiterhin gut, er berichtet zwar noch von Taubheitsgefühlen in Mittel-, Ring- und kleinem Finger, womit er aber trotzdem gut arbeiten könne. Die reguläre Vollzeitbeschäftigung soll Mitte August starten. Vereinbart wird nun, dass die Nachtschichtbefreiung zunächst

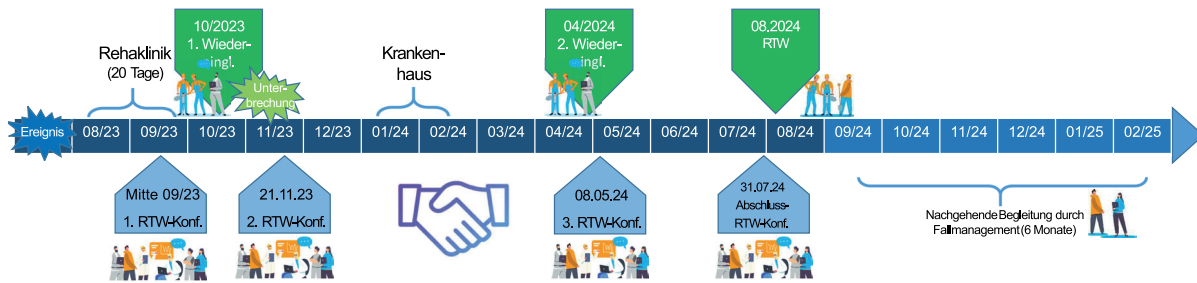


Abb. 1: BETA-MeH-Interventionsverlauf / Einzelfall Herr S.

für ein Jahr bestehen bleibt und das weitere Procedere dann mit dem Betriebsarzt geklärt wird. Parallel wird Herrn S. angeboten, sich auf eine interne Stellenausschreibung im Facility Management zu bewerben, um in einer Tagesstelle zu arbeiten. **Abbildung 1** gibt zusammenfassend den Interventionsverlauf wieder.

## Fazit

Zu Beginn erschien die Rückkehr von Herrn S. an seinen Arbeitsplatz als weitgehend problemlos. In der Umsetzung erwiesen sich die Arbeitsbedingungen jedoch als schwieriger. Die Größe des Betriebes, die es zunächst erschwerte, den passenden Ansprechpartner für organisatorische Fragen der Wiedereingliederung und mögliche Anpassungen am Arbeitsplatz zu finden, das Arbeiten unter besonderen Arbeitsplatzbedingungen, was eine direkte Begleitung von Herrn S. durch die Fachkraft für betriebliche Intervention am Arbeitsplatz verhinderte, und die neu auftretenden gesundheitlichen Probleme von Herrn S. verzögerten zunächst den Wiedereingliederungsprozess.

Ein hoher Anspruch an sich selbst und der Wunsch, möglichst schnell wieder in die Normalität des Alltags zurückzukehren, verleitet viele Rehabilitand:innen in einer ähnlichen Lebenssituation, sich bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz sehr stark zu fordern und Belastungsgrenzen zu übergehen bzw. sie nicht zu kommunizieren. Gleichzeitig sind Arbeitgeber häufig ebenfalls überfordert, Möglichkeiten zur Anpassung des Arbeitsplatzes entsprechend der veränderten Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer:innen in der Wiedereingliederung zu erkennen und diese entsprechend einzuleiten.

Die frühe Kontaktabnahnung und Sensibilisierung des Arbeitgebers sowie die aktive Einbindung des betrieblichen Umfeldes wie Vorgesetzte, Kolleg:innen usw. sind wichtige Voraussetzungen für die schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz unter gleichzeitiger Berücksichtigung arbeitsplatzbezogener Anforderungen der Arbeitgeberseite. Im Fall von Herrn S. konnte durch die kooperative Zusammenarbeit von Reha-Klinik, Fallmanagement und Fachkraft für betriebliche Intervention mit Herrn S. eine Überforderung durch die zu frühe und zu hohe Arbeitsbelastung in der ersten Wiedereingliederungsphase erkannt und auf sie reagiert werden. Durch

die Unterbrechung und erst spätere Wiederaufnahme wurde verhindert, dass der Return to Work scheitert. Für Herrn S. ermöglichte die Unterbrechung die Abklärung seiner neu aufgetretenen gesundheitlichen Einschränkungen sowie eine längere Rekonvaleszenzphase. Auch in dieser Zeit blieb der Kontakt zum Arbeitgeber bestehen und ermöglichte der Fachkraft für betriebliche Intervention, die bedarfsorientierte Anpassung der Arbeitsplatzsituation in Bezug auf Schichtdienst und körperliche Belastungen bei der erneuten Aufnahme des Wiedereingliederungsprozesses vorzubereiten. Letztlich erwies sich dabei der Vertrauensaufbau zum Arbeitgeber durch die enge Zusammenarbeit mit der Fachkraft für betriebliche Intervention und Fallmanagement als ein Schlüssel zum Erfolg. Die anfängliche Skepsis gegenüber der Begleitung durch BETA-MeH wich einer Einschätzung des Interventionsprozesses als hilfreiche Unterstützung. Der Arbeitgeber beschrieb den Erfolg als „tolle Integration“. Herr S. selbst, dem trotz gesundheitlicher Rückschläge und auch noch bestehender motorischer Einschränkungen, die Rückkehr an den Arbeitsplatz – zudem in Vollzeit – gelang, war mit dem Interventionsprozess ebenfalls zufrieden und empfand beim Abschlussgespräch seine berufliche Situation beim Return to Work als „ziemlich gut“. Der beispielhafte BETA-MeH-Prozess zeigt, wie durch Kooperation über Einrichtungsgrenzen hinweg und eine koordinierende, an den individuellen Bedarfen des Rehabilitanden ausgerichtete Prozesssteuerung berufliche Wiedereingliederung gelingen kann.

## Literatur

1. Blandszun-Lahm A, Eierdanz F, Hoffmann J, Osranek R. Erste Ergebnisse der BETA-MeH-Studie. *Neurol Rehabil* 2026; 32(1): 128-142
2. Claros-Salinas D, Streibelt M. Profilabgleich von Arbeitsanforderungen und Leistungsvermögen (PAL): Ein Instrument zur Unterstützung der MBOR-Therapiesteuerung in der neurologischen Rehabilitation. *DRV-Schriften* 2016; 109: 223-224
3. Claros-Salinas D. Berufliche Teilhabe und Wiedereingliederung in der Neurorehabilitation. *Fortschritte der Neuropsychologie* (Vol. 25). Göttingen: Hogrefe Verlag 2023
4. Claros-Salinas D, Schupp W, Thomas A. BETA-MeH: Ziele, Akteure und Abläufe der Intervention. *Neurol Rehabil* 2026; 32(1): 61-72

## Korrespondenzadresse:

Dr. rer. pol. Regina Osranek  
Institut für Technologie und Arbeit e.V.  
Eisenbahnstraße 40 – 42  
67655 Kaiserslautern  
regina.osranek@ita-kl.de