

Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation in regionaler Vernetzung (iMBR)

H. Kulke¹, W. Schupp²

¹ Praxis für Neuropsychologie, Fürth

² Claros-Salinas, Schupp, Thomas GBR, Fürth

Zusammenfassung

Die „integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation in regionaler Vernetzung“ (iMBR) wurde entwickelt aus der Erfahrung, dass Patienten mit akut erworbenen Hirnschädigungen besondere Unterstützung und Betreuung benötigen, um danach in ihre bisherige berufliche Tätigkeit zurückkehren zu können. Das Konzept vereinte medizinische und berufliche Rehabilitation als ganztägig-ambulant Angebot. Weiter notwendige medizinische Rehabilitation erfolgte in einer entsprechenden Klinik, die berufliche Rehabilitation mit Vorbereitung auf den Arbeitsplatz im benachbarten Berufsförderungswerk (BfW). Im Verlauf der Maßnahme wurde schrittweise der medizinische Anteil reduziert und der be-

rufliche gesteigert. Zudem erfolgte während der Maßnahme die Rückkehr an den bestehenden Arbeitsplatz mit dort erfolgenden weiteren beruflich-betrieblichen Interventionen. Ziel war die Rückkehr in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung; zum Teil war diese jedoch im Vergleich zu zuvor zeitlich und inhaltlich reduziert. Kasuistiken mit Langzeit-Katamnesen belegen den Erfolg des Konzepts, ebenso eine Verlaufsstatisik, präsentiert im Rahmen eines Kongressbeitrags. Wesentlich für das Gelingen war die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den jeweiligen Arbeitgebern, die aber von verschiedenen Herausforderungen begleitet war.

Schlüsselwörter: kombinierte medizinisch-berufliche Rehabilitation, erworbene Hirnschädigungen, berufliche Wiedereingliederung, regional, ganztägig-ambulant, Zusammenarbeit mit Arbeitgebern

Zur Entstehung der Konzeption

Die Fachklinik Herzogenaurach führte seit 2006 ein selbst konzipiertes und an den Rahmenbedingungen der Phase II orientiertes medizinisch-berufliches Rehabilitationsprogramm in Kooperation mit dem Berufsförderungswerk Nürnberg durch. Die Bezeichnung „iMBR“ (integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation) spiegelte dabei die Überlappung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, berufsfördernden Maßnahmen und betrieblicher Reintegration wider [5].

Die Initiative zu dieser Maßnahme resultierte aus den in der beruflichen Praxis der Autoren gewonnenen Erfahrungen, wonach insbesondere Rehabilitand:innen, bei denen der berufliche Wiedereinstieg unter ausschließlicher Verwendung der gängigen StufW-Modelle („Hamburger Modell“ und stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der DRV) zu scheitern droht [7], andere und intensivere Maßnahmen benötigen, vor allem wegen des Ausprägungsgrades der noch bestehenden kognitiven und motorischen Störungen bei nachlassender Remissionsperspektive. Solche Rehabilitand:innen benötigen häufig wesentliche Änderungen in den Rahmenbedingungen ihrer Arbeit, um weiterhin erfolgreich am Erwerbsleben teilnehmen zu können [2, 6, 8].

Verfahrensbeschreibung

Das damals von uns entwickelte Programm war an die sozioökonomischen Gegebenheiten des Ballungsraumes

Nürnberg-Fürth-Erlangen angepasst, in dem die überwiegende Mehrzahl unserer Rehabilitand:innen lebte und arbeitete. Diese Region war und ist wirtschaftlich vergleichsweise stabil, arbeitslose Rehabilitand:innen waren in unserer Klinik eher selten. Der bestehende Arbeitsplatz war daher von der Klinik aus geographisch in Reichweite, eine interaktive Zusammenarbeit wurde dadurch möglich. Diese Sondersituation ersparte dem Modell die Probleme rein sequentiellen Vorgehens, wie sie für stationäre Phase-II-Einrichtungen die Regel sind; ambulante medizinisch-therapeutische Weiterbehandlung ist in unserem Modell kein zeitlich nachgeordneter Prozess, sondern unmittelbar eingebunden in das Verfahren mit der Möglichkeit, auf aufkommende Probleme in der beruflichen Realität therapeutisch zu reagieren bei kontinuierlichem Monitoring des Erfolgs unserer Maßnahmen.

Gerade weil der kognitive und motorische Status unserer Rehabilitand:innen zu Beginn der Maßnahme suboptimal war, benötigten wir eine Pufferzone als Schonraum sowohl für Rehabilitand:innen als auch für Arbeitgeber:innen. Für erstere, um sich erproben zu können ohne die Befürchtung, einen bleibenden und negativen „ersten Eindruck“ zu hinterlassen, für letztere, um ihnen ein bereits vorerprobtes Tätigkeitsmodell anbieten zu können. Zu diesem Zweck kooperierten wir mit dem benachbarten Berufsförderungswerk Nürnberg (BfW), das sich bereit erklärte, für die iMBR Arbeits- und Erprobungsplätze und berufskundliches Wissen und Beratung zur Verfügung zu stellen. Durch die Breite

des Trainingsplatzangebots des BfW blieben uns die Schwierigkeiten erspart, die bei herkömmlichen stationären Phase-II-Angeboten die Palette der Erprobungsalternativen schon aus ökonomischen Gründen limitierte.

Folgende Ein-/Ausschlusskriterien wurden festgelegt:

- In der Regel akut erworbene Hirnschädigung, Ausnahme Pat. mit chronischem multimodalem Schmerz
- bestehender sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplatz in der Region
- prinzipiell positive Erwerbsprognose, aber am Ende der medizinischen Reha noch nicht (sofort) wieder eingliederungsfähig
- keine (akut) fortschreitende Erkrankung
- noch mehrere Jahre bis zur gesetzlichen Altersruhegeld-Grenze
- Identifikation geeigneter Rehabilitand:innen i. d. R. gegen Ende einer medizinischen Reha-Maßnahme, aber auch Zuweisung direkt von DRV oder Betriebsärzten
- Antrag an und Bewilligung durch jeweiligen Kostenträger
- Zustimmung der Rehabilitand:innen zum Verfahren, insbesondere zur Weitergabe abgestimmter personenbezogener medizinischer Sachverhalte an Arbeitgeberseite
- zur beruflichen Wiedereingliederung Anpassungen am Arbeitsplatz voraussichtlich notwendig

Für die rehabilitandenorientierte Zusammenarbeit zwischen Fachklinik und Berufsförderungswerk wurden zwei Teamstrukturen etabliert:

- ein gemeinsames fallbetreuendes Team (Fall-Ebene)
- ein gemeinsames, die Kooperation aufrechterhaltendes und weiterentwickelndes Team (Meta-Ebene)

Fallbezogene Konferenzen wurden zeitnah nach Beginn der Maßnahme einberufen, um einen vorläufigen Reha-Plan zu erstellen. Bedarfsweise wurde beim Übergang BfW/Arbeitgeber eine weitere Konferenz angesetzt, zu der Vertreter des Arbeitgebers eingeladen wurden.

Vor Abschluss des iMBR-Verfahrens wurden in einer weiteren Konferenz die Ergebnisse resümiert und Empfehlungen für das weitere Vorgehen ausgesprochen.

Die regelhaften Konferenzen wurden bedarfsweise ergänzt, insbesondere wenn der Reha-Plan einer Anpassung bedurfte.

Im Verlauf des Projekts erwies es sich immer wieder als hilfreich, Fachtherapeut:innen aus Ergotherapie und Sprachtherapie [1] direkt in diese Prozesse mit einzubinden und deren Expertise für den künftigen Tätigkeitszuschnitt heranzuziehen. Die Kontakte mit und Interventionen im Betrieb wurden meist durch den Erstautor durchgeführt. Sie begannen mit Beginn der Maßnahme.

Die iMBR war regelhaft als zwölfwöchige Maßnahme angelegt. In den ersten sechs Wochen wurden die

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 48 – 52 | <https://doi.org/10.14624/NR2601001> | © Hippocampus Verlag 2026

Integrated medical-vocational rehabilitation in a regional network (iMBR)

H. Kulke, W. Schupp

Abstract

"Integrated medical and occupational rehabilitation in regional networks" (iMBR) was developed based on the experience that patients with acute brain damage require special support and care in order to be able to return to their previous occupation. The concept combined medical and occupational rehabilitation as a full-day outpatient service. Any further medical rehabilitation required was carried out in an appropriate clinic, while vocational rehabilitation with preparation for the workplace took place in the neighboring vocational training center (BfW). In the course of the program, the medical component was gradually reduced and the vocational component increased. In addition, during the program, patients returned to their existing workplace, where further vocational and operational interventions took place. The goal was a return to employment subject to social insurance contributions; in some cases, however, this was reduced in terms of time and content compared to before. Case studies with long-term follow-ups confirm the success of the concept, as do progress statistics presented in a conference paper. Continuous cooperation with the respective employers was essential for success, but this was accompanied by various challenges.

Keywords: combined medical and vocational rehabilitation, acquired brain lesions, return to work, regional, out-patient, collaboration with employers

Wochentage zwischen medizinischen Therapiemaßnahmen und berufsnaher Erprobung im BfW aufgeteilt, in den Folgewochen übernahm die Tätigkeit am konkreten Arbeitsplatz in der Firma die Rolle des BfW. Die Tage für medizinische Therapie wurden schrittweise reduziert, die für die beruflichen-betrieblichen Interventionen dagegen gesteigert. In den letzten beiden Wochen nahm die Arbeitsstelle die komplette Woche ein, der Abschlusstag fand wiederum zur Evaluation in der Klinik statt.

Dieser Prozess wurde durch kontinuierliche begleitende Beobachtungen im BfW und ggf. am Arbeitsplatz und Besprechungen mit allen Beteiligten durch den Erstautor begleitet. Am umfangreichsten waren die Gespräche am Arbeitsplatz, bei denen es in erster Linie darum ging, Verständnis für die Folgen neurologischer Erkrankungen bei Vorgesetzten zu wecken und geeignete Beschäftigungsinhalte zu identifizieren. Dabei zeigte sich häufig, dass die Vorgesetzten spontan ein Konzept von „leichter Arbeit“ im Kopf hatten, das zwar gut gemeint war, jedoch den realen Bedarfen von Schädelhirnverletzten oder Schlaganfallpatient:innen so gar nicht entsprach.

Der Transfer von zu Hause in die Klinik wurde im ganztägig ambulanten Bereich in unserer Klinik langjährig durch einen externen Fahrdienst bewältigt; diesen Fahrdienst haben wir auch für die Transfers ins BfW und an den Arbeitsplatz genutzt. Da die hierfür erforderliche Flexibilität mit der Zeit die Zeitpläne und Kapazitäten unseres Fahrdienstes sprengte, bezogen wir zunehmend lokale Taxidienste mit ein.

Dass wir diese auch für den Transfer vom und zum Arbeitsplatz verwendet haben, hatte zwei Gründe: Zum einen hatten die meisten Rehabilitand:innen zum iMBR-Zeitpunkt aus medizinischen Gründen noch keine Kraftfahreignung, und wir wollten vermeiden, dass umständliche und zeitraubende ÖPNV-Transfers unser Stufenkonzept verwässerten, zum anderen war es uns durchaus willkommen, dass am Ende des vereinbarten Stundenumfanges ein Taxi mit laufendem Motor vor der Tür stand, um auch bei übereifrigen Rehabilitand:innen die Einhaltung der Stundengrenze zu gewährleisten.

Dass ein derartiger Aufwand sich mit den Kostenätzen einer ganztägig ambulanten Rehabilitation nicht finanzieren lässt, liegt auf der Hand. Erfreulicherweise ist es gelungen, mit der Deutschen Rentenversicherung einen tragfähigen (Tages-)Kostensatz zu vereinbaren. Besonderer Dank gilt in diesem Kontext einer erfahrenen örtlichen Rehabilitationsberaterin der DRV Bund, die tatkräftig und mit großem Einsatz geholfen hat, den Maßnahmen zur Genehmigung zu verhelfen.

Fallbeispiele

Vorwegnehmen möchten wir, dass wir keineswegs „Selbstläufer“ in unser Konzept aufgenommen haben, sondern in hoher Zahl Berufstätige aus qualifizierter Tätigkeit und gleichzeitig mit einem Umfang an erworbenen Behinderungen, die auch eine sozialmedizinische Leistungs-Einstufung „unter drei Stunden“ am alten Arbeitsplatz gerechtfertigt hätten.

Um dies zu illustrieren, seien zwei Fallbeispiele dargestellt:

Fallbeispiel 1

Herr A.B., zum Zeitpunkt der Maßnahme 40 Jahre alt, in Partnerschaft mit Kind lebend. Leitender Angestellter in Weltunternehmen. Aufnahme in die Maßnahme auf Initiative des Unternehmens wegen inakzeptabler Arbeitsleistung bei Uneinsichtigkeit.

Diagnose: SHT mit multiplen Kontusionsblutungen und Hygromen beidseits frontal mit Anosognosie und Wesensänderung im Rahmen eines Polytraumas (Motorradunfall) viereinhalb Jahre vor Aufnahme in die Maßnahme. Mehrere Reha-Maßnahmen in erfahrener Einrichtung, zuletzt zweieinhalb Jahre nach Unfall mit sozialmedizinischer Empfehlung <3 h im Beruf wegen kognitiver Einschränkungen, >6 h auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Fokus in der iMBR: Training exekutiver Funktionen, Verbesserung des Monitorings eigenen Handelns in der Neuropsychologie, in der Firma Suche nach einer geeigneten Beschäftigung, gemeinsame Arbeit an der Akzeptanz einer einfacheren Beschäftigung

Dauer der Maßnahme: 12 Wochen, finanziert durch die DRV.

Ergebnisse: Verbesserungen im exekutiven Bereich konnten erreicht werden, aber (wie häufig bei die-

sen Problemen) kaum Transfer, tätigkeitsrelevante Schritte mussten konsequent eingeübt werden. Gutes Beschäftigungsfeld in der Firma konnte gefunden werden, das Herr B. akzeptieren konnte, aber explizit nur als Durchgangsstation, bis wieder eine seinen Ansprüchen adäquate Beschäftigung gefunden werden konnte. Die Führungskräfte wurden ausführlich auf das Auftreten solcher Ambitionen vorbereitet. Nach drei Jahren funktionierte dieses Modell immer noch.

Fallbeispiel 2

Frau C.D., zum Zeitpunkt der Maßnahme 46 Jahre alt, verheiratet, zwei Kinder. Tätig im Sekretariatsbereich eines Bildungsträgers.

Diagnose: Media-Teilinfarkt links eineinhalb Jahre vor Beginn der Maßnahme mit organisch psychischer und organisch affektiver Störung, nichtflüssige Aphasie und Dyskalkulie. Mehrere Rehabilitationsverfahren in den Phasen C und D.

Fokus in der iMBR: Adaptive und kompensatorische Wege, um in der Sekretariatstätigkeit mit der Aphasie und dem Umgang mit Zahlen zurechtzukommen (Beispiele: bevorzugt schriftliche Kommunikation im Betrieb, temporäre Aufzeichnung von Telefonaten zwecks sicherer Datenkontrolle). Parallel intensive sprachtherapeutische Betreuung, Integration in Aphasie-Studie FCET2EC (Intensivtherapie über 3 Wochen bei chronischer Aphasie, [1]).

Dauer der Maßnahme: 12 Wochen, erste Wochen im BfW, finanziert durch die DRV

Ergebnisse: halbschichtige Eingliederung in der alten Tätigkeit mit veränderter Aufgabenverteilung zwischen ihr und dem Vorgesetzten, Stabilität der Reintegration mindestens 7 Jahre.

Erfahrungen mit dem Konzept

Natürlich hatten wir auch mit einer Reihe von Herausforderungen zu kämpfen. Es hat sich beispielsweise bald herausgestellt, dass das Berufsförderungswerk mit seinen komplexen Ausbildungsroutinen mit unseren zeitnah zu erfüllenden Trainingswünschen und den sich ständig ändernden Bedarfen oftmals an seine organisatorischen Grenzen kam, sodass wir im Weiteren oft direkt mit dem Betrieb interagiert haben. Ein zweites Problemfeld lag in einer strukturkonservativ orientierten Geschäftsleitung der Klinik, bei der es ein Höchstmaß an Überzeugungsarbeit bedurfte, in dieser Form Neuland beschreiten zu dürfen. In diesen Situationen als besonders hilfreich erwies sich die kaufmännisch-organisatorische Leitung unseres ganztägig-ambulanten Behandlungsbereichs, die die Sprache der Geschäftsleitung sprach und regelmäßig Zahlen vorlegte, die die Fortführung des Projekts nahelegten.

Es war auch nicht immer einfach, die Betriebe zu spontaner Kooperation zu bewegen. Viele agierten erst misstrauisch, verwiesen auf firmeninterne Strukturen und schienen in ihrem Handeln von der Tendenz geleitet, Mehraufwand für sich abzuwenden. Erfreulicherweise zeigten sich die übergeordneten Instanzen im Betrieb nach einer gewissen Überzeugungsarbeit in der Regel bereit, viel Flexibilität und Einfallsreichtum einzubringen, was nicht zuletzt darauf zurückging, dass die Rehabilitand:innen oftmals geschätzte Mitarbeiter:innen waren, die man durchaus halten wollte. Wie in der Literatur zu Wiedereingliederungen oftmals betont [2, 6, 8], macht es wenig Sinn, derartige Energien für Rehabilitanden zu mobilisieren oder zu erwarten, die schon vor ihrer Erkrankung oder Verletzung am Arbeitsplatz eher negativ aufgefallen sind.

Mit unserem Projekt strebten wir eine hohe Nachhaltigkeit in der beruflichen Wiedereingliederung an, wie sie gerade nach neurologischen Erkrankungen oder Verletzungen besonders indiziert ist. In einer ersten katamnestischen Erhebung an 13 Rehabilitand:innen, präsentiert beim 20. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium der DRV in Bochum im März 2011 [4], hat sich die Langzeitstabilität der von uns erarbeiteten Lösungen als sehr gut erwiesen.

Die beteiligten Kostenträger der bei dieser Untersuchung eingeschlossenen Rehabilitanden waren: 69% Deutsche Rentenversicherung, 23% gesetzliche Unfallversicherung, 8% private Unfallversicherer über Reha-Integrations-Dienste. Das Lebensalter schwankte zwischen 18 und 56 Jahren zum Zeitpunkt der Maßnahme, zwei Drittel waren Männer, ein Drittel Frauen. 24% waren gewerbliche Arbeitnehmer, 76% Angestellte, etwa die Hälfte aus akademischen Berufen.

Die Diagnosegruppen waren: 41% Schädel-Hirn-Traumata, 41% Schlaganfälle, 12% Hirntumoren, 6% entzündliche Erkrankungen des ZNS. Die Dauer der Maßnahme betrug bei diesen Rehabilitanden 7 bis 25 Wochen, im Mittel 13 Wochen.

Eine auf der DGNR-Tagung in Fürth im Herbst 2012 [3] präsentierte Untersuchung bezog insgesamt 40 Rehabilitand:innen mit ein, die bis Mitte des Jahres an der iMBR teilgenommen hatten. Vorrangige Ziele der katamnestischen Befragung waren die Überprüfung der Langzeitstabilität (die ersten Absolventen hatten bereits sechs Jahre Berufspraxis nach der Wiedereingliederung hinter sich) auf der einen Seite und die Auswirkungen auf soziale Partizipation und Lebenszufriedenheit andererseits.

Die Katamnese [3] zeigte uns, dass fast alle Teilnehmer noch in der gleichen Firma tätig waren, auf dem Tagesstundenniveau, das sich bei der iMBR als sinnvoll herauskristallisiert hatte. Zwei wurden zwischenzeitlich in eine andere Abteilung versetzt, beide aus Umstrukturierungsgründen (nicht behinderungsbedingt), der neue Arbeitsplatz wurde allerdings als Abstieg und Verschlechterung gegenüber der erarbeiteten Lösung empfunden.

Ein Teilnehmer hatte das Arbeitsverhältnis nicht mehr. Konkrete Nachforschungen förderten allerdings einen Fall von Ausbeutung des Sozialsystems durch den Arbeitgeber zu Tage; dieser hat die iMBR dazu benutzt, monatelang kostenlose Mitarbeit zu bekommen, die sogar auf seinen Wunsch hin weiter verlängert wurde. Er hat sich überdies in betrieblichen Besprechungen dazu bereit erklärt, eine Verlangsamung und damit eine Reduktion der Arbeitsmenge zu akzeptieren bzw. organisatorisch aufzufangen. Nichts davon hat er eingelöst, der Rehabilitand wurde zeitnah nach der iMBR zu seiner und unserer Überraschung entlassen. Solche ärgerlichen und für die Betroffenen enttäuschenden Einzelfälle sind nie ganz zu vermeiden.

Mit dieser Ausnahme kamen alle iMBR-Teilnehmer:innen auch nach Jahren mit ihrer Arbeit zurecht, benötigen allerdings mehr Pausen im Arbeitstag. Die Mehrheit äußerte denselben Spass an der Arbeit, andere, die deutlich in der Betriebshierarchie absteigen mussten oder unter Schmerzen litten, sahen das naturgemäß anders.

Hilfe von Kolleg:innen mussten die meisten in Anspruch nehmen, in der Regel ging es allerdings eher um Bagatellen. Wegen des Konfliktpotenzials von alltäglichem Hilfsbedarf hatten wir uns schon in der iMBR maximal bemüht, solche Bedarfe zu vermeiden, möglicherweise nicht genug.

Das subjektive Befinden hatte durch den Wiedereinstieg bei der Mehrzahl nicht gelitten oder hatte sich sogar verbessert, bei einem Schmerzpatienten, der zudem aus dem gewerblichen Bereich kam, ist das Befinden leider schlechter geworden.

Um herauszufinden, ob die Arbeitsbelastung noch genügend Reserven zur Teilhabe am sozialen Leben lässt, hatten wir auch das Freizeitverhalten abgefragt. Hinsichtlich Sozialkontakten war das Ergebnis heterogen, diejenigen, die Veränderungen berichteten, lasteten dies vor allem dem Umstand an, dass sie seltener abends oder am Wochenende ausgehen. Besuch bekamen unsere Katamnese-Teilnehmer in unterschiedlichem Umfang. Allerdings war bei der Hälfte auch das Interesse an Kontakten zurückgegangen, vielleicht ein Hinweis auf geringer gewordene Ressourcen neben der Arbeit.

Einflüsse der Behinderung auf die Stabilität der Partnerbeziehung wurden eher nicht berichtet, sind aber mindestens aus einem Fall bekannt; möglicherweise bestand hier auch eine Tendenz, Beziehungsinterne nicht auszubreiten. Die verstärkte Unterstützung der Familie war allerdings bei der überwiegenden Mehrheit vonnöten.

Auf der Ebene der Hobbies berichteten fast alle Veränderungen, die allerdings höchst unterschiedlich ausfielen. Ein Teil konnte den höheren Anteil arbeitsfreier Tageszeit durch Teilberentung verstärkt für Hobbies nutzen, ein anderer hatte den Anteil hobbybezogener Aktivitäten als Alternative zu anstrengenden Geselligkeiten eher ausgebaut. Eine weitere Gruppe sah wegen

der Ermüdung nach der Arbeit schlicht keine Ressourcen mehr, ein deutlicher Hinweis darauf, bei der Bemessung der empfehlenswerten Tagesarbeitszeit auch den Kräftebedarf im rekreativen Bereich noch stärker mit einzubeziehen

Der Umgang mit Medien war bei unseren Teilnehmern höchst unterschiedlich, eher passiv zu verarbeitende Medien wie Musikhören oder Fernsehen war fast allen mit Genuss möglich, Lesen schon weniger, auch hier spielen Daueraufmerksamkeits-Probleme eine wesentliche Rolle.

Durchgängige Veränderungen wurden aus der Art berichtet, den Urlaub zu gestalten. Hier standen ruhige, erholungszentrierte Muster deutlich im Vordergrund.

In der nachträglichen Bewertung der Maßnahme berichteten fast alle, sie hätten sich gut verstanden und unterstützt gefühlt: Ein Teilnehmer monierte, er habe bei den interdisziplinären Teambesprechungen gelegentlich Mühe gehabt, inhaltlich zu folgen, und hätte sich mehr Übersetzungen der Fachterminologie für sich gewünscht.

Die Einbindung des Arbeitgebers bewertete die überwiegende Mehrheit als nützlich, nur zwei Teilnehmer:innen mochten sich dem nicht anschließen. Beide waren über das Verhalten der Firma während und nach der iMBR eher verärgert, von daher ist die Einschätzung vielleicht zu verstehen.

Als Fazit können wir vermelden, dass die überwiegende Mehrheit ein hohes Maß an beruflicher Integration erreicht hat, ohne auf soziale und familiäre Aktivitäten verzichten zu müssen oder gesundheitliche Verschlechterungen in Kauf nehmen zu müssen. Wenn Teilhabe so definiert wird, haben wir geholfen, Teilhabe zu fördern.

Über 16 Jahre nach seiner halbschichtigen Wiedereingliederung im Rahmen von iMBR im Auftrag der DRV hat sich Herr E.F., der zum Zeitpunkt der Maßnahme 44 Jahre alt war, beim Erstautor in dessen Praxis gemeldet und über seine jahrelangen Erfahrungen nach der iMBR berichtet. Er war in dem beschäftigenden Mobilfunkunternehmen ursprünglich als Netzwerkingenieur mit Leitungsfunktion tätig gewesen, bis er eine Hirnblutung erlitten hatte. Seine damaligen Vorgesetzten waren aufgrund der guten Arbeitsleistungen bis zur Erkrankung verständnisvoll und unterstützend und haben reduziertes Arbeitstempo und Pausenbedarf akzeptiert. Auf die Leitungsfunktion wurde wegen der kognitiven Einschränkungen verzichtet. Vor zwei Jahren vollzog sich ein Wechsel an der Spitze, auf Effizienz bedacht und ohne die Wertschätzung, die auf jahrelanger positiver Kooperationserfahrung gewachsen war. Das Ergebnis ist vorhersagbar, Einsatz und Erschöpfung nehmen zu, ohne damit Kritik und Leistungsdruck aus der Welt schaffen zu können. Herr F. ist kräftemäßig am Ende und wird mit knapp sechzig die volle Erwerbsminderungsrente beantragen müssen. War die iMBR deshalb vergeblich? Wir meinen nein. Die iMBR hat dem

Rehabilitanden sechzehn weitere Jahre Partizipation im Arbeitsleben ermöglicht und ihm damit bei der Verarbeitung seiner Erkrankung geholfen. Der Rest sind die ganz alltäglichen Grausamkeiten der Arbeitswelt, die letztlich alle treffen können – behindert oder nicht behindert.

Literatur

1. Breitenstein C, Grewe T et al. FCET2EC study group: Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke. A randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *Lancet* 2017; 389: 1528-1538
2. Kulke H, Schupp W: Zum Stellenwert berufsbezogener Interventionen in der Neurorehabilitation. Editorial. *Neurol Rehabil* 2012; 18(5): 265-268
3. Kulke H, Schupp W: Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation in regionaler Vernetzung. Übersicht und Katamnese. *Neurol Rehabil* 2012; 18(6): 456
4. Kulke H, Schupp W: Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation unter Einbindung des realen Arbeitsplatzes – Erste katamnestische Daten. *DRV-Schriften*, Berlin, Bd. 93, 2011, 218-220
5. Kulke H, Schupp W: Verzahnung neuropsychologischer Belastungsdiagnostik mit berufsbezogener Erprobung – ein Kooperationsmodell zwischen Rehabilitationsklinik und berufsfördernden Einrichtungen. In: Müller-Fahnow W, Hansmeier T, Karhoff M: *Wissenschaftliche Grundlagen zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation*. Lengerich: Papst-Publishers 2006, S. 155-171
6. Schupp W: Berufliche Wiedereingliederung und Teilhabe am Arbeitsleben. In: Müller F, Walther E, Herzog J (Hrsg). *Praktische Neurorehabilitation*. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2024
7. Schupp W: DGNR-Leitlinienprojekt Schlaganfall: Schlaganfall und Beruf. *Neurol Rehabil* 2012; 18(5): 342-355
8. Schupp W: Rehabilitation und Return to Work bei neurologischen Erkrankungen. In: Weber A, Peschkes L, de Boer WEL (Hrsg.): *Return to Work – Arbeit für alle*. Stuttgart: Gentner 2015, S. 729-756

Korrespondenzadresse:

Dr. rer. nat. Dipl. Psych. Hartwig Kulke
Praxis für Neuropsychologie
Salzstr. 9a
90763 Fürth
Tel. 0911 34757424
Email: praxis@sous-kulke.de