

## **Nachlese zu unserem Online-Fachgespräch „Herausforderungen und Perspektiven in der medizinischen Rehabilitation“ am 1.12.2025**

Knapp 60 Personen aus Reha-Forschung, Praxis und Verwaltung nahmen an dem von **Dr. Betje Schwarz und Dr. Christian Hetzel** (iqpr) moderierten Fachgespräch teil, das sich vor allem den drei Themenbereichen Bedarfsorientierung, Erwerbsbezug und Schnittstellenmanagement widmete.

**Dr. Mathis Elling und Nadine Sängler** (iqpr) stellten zu Beginn die Ergebnisse ihrer multimethodisch angelegten Studie „CORONA-RTW“ vor, in der sich zeigte, dass Return-to-Work (RTW)-Prozesse und Quoten auch zu Pandemiezeiten vor allem von „altbekannten“ Faktoren beeinflusst wurden. So wurde ein erfolgreicher RTW nach medizinischer Rehabilitation auch zu Pandemiezeiten vor allem durch Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Reha, die Vorbereitung und Anbahnung des RTW in der Reha-Einrichtung sowie durch individuelle und betriebliche Wiedereingliederungsbemühungen geprägt.

Es folgten vier Inputbeiträge aus Reha-Praxis, Forschung und Verwaltung.

**Dr. Eckard Strässner**, ärztlicher Direktor des Reha-Zentrums Schömberg und Chefarzt der dortigen orthopädischen Fachabteilung, zeichnete die Entwicklung der medizinischen Rehabilitation von den Anfängen der Tuberkulose-Reha zu Bismarck-Zeiten bis heute nach. Zwar attestierte er der medizinischen Rehabilitation eine immer stärkere Teilhabeorientierung, machte aber auch deutlich, dass die (dreiwöchige, gruppentherapielastige) Standard-Reha nicht für alle Patient:innen gleichermaßen passig und effektiv ist. Insbesondere für Rehabilitand:innen mit schwereren und komplexeren Problemlagen, bedürfe es konzeptioneller Anpassungen und Weiterentwicklungen, die es auch vergütungsseitig adäquat abzubilden gilt. Zudem müssten Versicherte vorab der Rehabilitation besser über deren Inhalte und Ziele informiert werden, um realistischere Erwartungen und damit eine bessere Ausgangslage für die medizinische Rehabilitation zu erzeugen.

**Prof. Dr. Tobias Leniger**, Chefarzt des Dr. Becker Neurozentrums Niedersachsen, hob – an seinen Vordrucker anknüpfend – die Bedeutung eines frühen Fokus auf berufliche Teilhabe hervor. Hier ginge es zum einen darum, das normative Ziel der medizinischen Reha, die Förderung der Erwerbsteilhabe, an die Rehabilitand:innen zu vermitteln und mit individuellen Reha-Zielen in Einklang zu bringen. Neben Informationen vorab der Reha sei hier insbesondere ein psychologisches Einzelgespräch am ersten Tag von entscheidender Bedeutung. Ferner müsse der Erwerbsfokus – getragen vom gesamten multiprofessionellen Reha-Team – auch für die weitere Reha-Maßnahme handlungsleitend sein. Auf Basis einer berufsbezogenen Diagnostik (die neben körperlichen, immer auch psychische und kognitiv-mentale berufliche Anforderungen und Fähigkeiten erfasst und miteinander abgleicht) sind entsprechende Therapiepläne zu erstellen und umzusetzen, und von einem übergreifenden Reha- und RTW-Plan zu rahmen. Zu Reha-Ende sollte allen Patient:innen klar sein, wie es für sie beruflich weitergeht. Als wichtiges und hilfreiches Instrument habe sich bei vorhandenem Beschäftigungsverhältnis dabei die stufenweise Wiedereingliederung (STW) erwiesen.

**Prof. Dr. Matthias Bethge**, Leiter der Sektion Reha und Arbeit an der Universität zu Lübeck, skizzierte vor dem Hintergrund des bestehenden Forschungsstandes verschiedene Entwicklungsbedarfe für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR). Zum einen bekämen noch immer nicht alle Rehabilitand:innen mit entsprechendem Bedarf auch tatsächlich eine MBOR – hier sei eine weitere Verbesserung der Zusteuerung in und Dissemination von MBOR-Angeboten erforderlich. Dies müsse flankiert werden durch eine gezieltere Information von Versicherten bzw. Rehabilitand:innen über die MBOR – insbesondere auch auf den Websites der Reha-Einrichtungen. Zum anderen bedürfe es insb. in der Psychosomatik weiterer Anstrengungen, berufsbezogene Angebote evidenzbasiert weiterzuentwickeln und zu konvergieren. Für eine gute Umsetzung der MBOR in der Fläche sei weiterhin entscheidend, dass Reha-Teams dafür erforderliche Schulungen durchlaufen, berufsorientierte therapeutische Leistungen in den Reha-Therapiestandards besser abgebildet werden und die Schnittstelle Reha-

Arbeitswelt durch regionale Netzwerke und eine intensivere Nutzung der STW als nachweislich effektives Instrument überbrückt wird. Für die qualitätsgesteuerte Einrichtungsbelegung, nicht nur in der MBOR, forderte er eine stärkere Orientierung an der Erreichung erwerbsbezogener Zielparameter.

**Dr. Marco Streibelt**, Leiter des Dezernats Reha-Wissenschaften im Querschnittsbereich der DRV Bund, legte seinen Fokus auf die Frage der Wirksamkeit der Reha. Verschiedene Studien und Analysen konnten die Wirksamkeit der Reha bereits belegen. So zeigte insb. eine kürzlich veröffentlichte Routinedatenanalyse der DRV, dass sich die Erwerbschancen, gerade von Personen mit Krankengeldbezug, durch die Reha signifikant steigern lassen. Betrachte man zusätzlich aber die RTW-Quoten unterschiedlicher Rehabilitand:innengruppen, so werde auch deutlich, dass diese bei Personen mit ungünstigeren Ausgangslagen noch immer sehr niedrig ausfallen. Daher bedürfe es einer stärker bedarfsorientierten Ausdifferenzierung und Ausgestaltung der Reha-Angebote – von kürzeren, ambulanten, ggf. berufsbegleitenden Angebote mit eher präventiven Charakter für Rehabilitand:innen ohne manifeste Teilhabeproblematik bis hin zu längeren, koordinierten Reha-Strategien und Prozessen für Rehabilitand:innen mit komplexeren Problemlagen. Dies sei in Zeiten begrenzter Mittel auch aus ökonomischer Sicht sinnvoll.

In der **Diskussion mit den Gästen und Teilnehmenden** des Fachgesprächs wurde insbesondere am Aspekt der bedarfsorientierten Ausdifferenzierung und Ausgestaltung der medizinischen Reha (und damit am ersten Schwerpunktthema des Fachgesprächs, der „Bedarfsorientierung“) angeknüpft. Auch aktuell gebe es in dieser Hinsicht bereits einige Möglichkeiten und Ansätze. MBOR, VOR, aber auch die noch wenig beachtete MBR/Phase II-Reha stellen hier Beispiele dar. Ferner haben Reha-Einrichtungen schon jetzt die Möglichkeit, die individuell benötigte Reha-Dauer innerhalb vorgegebener Verweildauerkorridore selbst festzulegen. Mit einer weitergehenden Ausdifferenzierung, die nicht *innerhalb* der aktuellen Strukturen (und Leistungsarten) verbleibt und dort versucht, Passung zu unterschiedlichen (subgruppenspezifischer) Problem- und Bedarfslagen herzustellen, sondern konsequent bei Letzteren ansetzt (um diese dann mit passenden Angeboten, Maßnahmen etc. zu adressieren), würde sich die Bedeutung einer kriteriengeleiteten bzw. screeninggestützten Zuweisungsstrategie, einer umfassenden Bedarfsermittlung und anschließenden Reha-Planung sowie der Einbezug von Fallmanager:innen bzw. RTW-Koordinator:innen zur Steuerung des Gesamtprozesses weiter erhöhen. Grenzen zwischen medizinischen und beruflichen Reha-Leistungen, zwischen rehabilitativen, betrieblichen und weiteren Versorgungs- und Unterstützungsangeboten auch anderer Leistungsträger würden dadurch aufgeweicht und je nach Bedarf miteinander kombiniert. Dies könnte (verwaltungsseitig) zu einem Anstieg von Aufwand und Kosten führen. Allerdings würde der größere Aufwand nur bei einer kleineren Teilgruppe entstehen, und ließen sich die dort entstehenden Kosten wiederum an anderer Stelle (bei eingekürzten, weniger intensiven Angeboten für die Teilgruppe ohne manifeste Teilhabeprobleme) einsparen. Würde man die medizinische Reha in diesem Sinne „revolutionieren“, wäre zudem zu prüfen, inwieweit dies innerhalb der aktuellen gesetzlichen, verwaltungsseitigen und sonstigen Rahmenbedingungen überhaupt möglich ist, oder ob auch hier entsprechende Anpassungen notwendig würden. Nicht zuletzt müsste sich ein solches Alternativ-Modell auch wissenschaftlich „beweisen“ – so bliebe zu prüfen, ob es nicht nur effektiver, sondern auch effizienter wäre als die medizinische Reha, wie wir sie aktuell kennen. Mit Blick auf die beiden anderen Schwerpunktthemen „Erwerbsbezug“ und „Schnittstellenmanagement“ verspräche das Alternativmodell ebenfalls Vorteile. Wo erforderlich, könnte der Arbeitgeber und betriebliche Kontext von Beginn an in die individuelle Reha-Strategie einbezogen und vom Fallmanager/der Fallmanagerin im Prozess beraten und unterstützt werden. Daraus könnten sich „Mitnahmeeffekte“ mit Blick auf den Reha-Zugang dahingehend ergeben, dass betriebliche Akteur:innen Reha-Bedarfe und Reha als Instrument künftig stärker auf dem Schirm haben. Ferner könnten im Alternativ-Modell bei Bedarf auch weitere Akteur:innen der Versorgungs- und Unterstützungslandschaft mit ihren Angeboten und Leistungen ins Boot geholt werden.

# Fachgespräch

„Herausforderungen und Perspektiven in der medizinischen Reha“

Bedarfs-  
orientierung

Erwerbs-  
bezug

Schnittstellen-  
management



INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG  
IN PRÄVENTION & REHABILITATION GMBH  
AN DER DEUTSCHEN SPORTHOCHECHULE KÖLN

# Hintergrund



## DRV Bund gefördertes Projekt „CORONA-RTW: Return-to-Work in Zeiten der Pandemie“

- **RTW-Quoten** nach medizinischer / beruflicher Reha **nahmen zu Pandemiezeiten ab**
- **Ursachen** dafür liegen v.a. in **„altbekannten“ RTW-Einflussfaktoren (Barrieren)** auf Seite der Rehabilitand:innen, der Reha-Leistungen, der Arbeitswelt, des Arbeitsmarkts etc.
- ... und verdeutlichen damit **„altbekannte“ Herausforderungen der Reha** Bedarfsorientierung, Erwerbs-/Praxisbezug, Ausrichtung an Arbeitswelt/-markt, Schnittstellen-, Übergangs- und Fallmanagement etc.

# Leitfragen

Bedarfs-  
orientierung

Erwerbs-  
bezug

Schnittstellen-  
management

- Wie kann die **berufliche Wiedereingliederung und Teilhabe von Rehabilitand:innen mit schlechterer Gesundheit und Arbeitsfähigkeit** (weiter) verbessert werden?  
Was kann die Reha diesbezüglich tun / leisten – was nicht?
- Wie ist es inzwischen um den **Erwerbsbezug der medizinischen Reha** bestellt?  
Wo gelingt er, wo noch nicht? Wie lässt er sich weiter ausbauen?
- Welche **Herausforderungen** ergeben sich **an der Schnittstelle Reha – Arbeitswelt**?  
Wie können wir diesen Herausforderungen begegnen?
- Auf welche **Empfehlungen, Strategien und Instrumente** kann zurückgegriffen werden?  
Wo ergeben sich welche **Umsetzungsprobleme**? Wie können wir diese beseitigen?

**Nadine Sänger**  
iqpr



**Dr. Marco Streibelt**  
DRV Bund



**Dr. Mathis Elling**  
iqpr



**Dr. Betje Schwarz & Dr. Christian Hetzel**  
iqpr



**Dr. Eckhard Sträßner**  
Reha-Zentrum  
Schömberg

**Prof. Dr. Matthias Bethge**  
Uni Lübeck

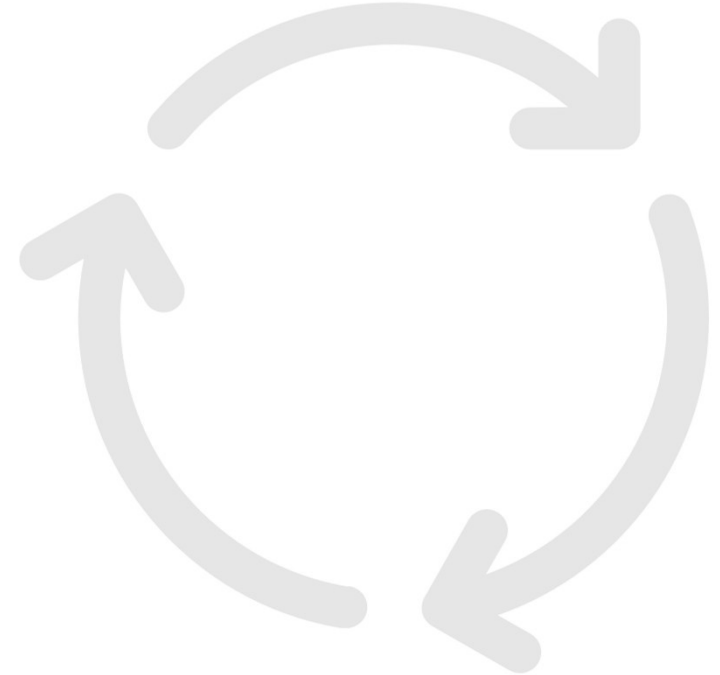


**Prof. Dr. Tobias Leniger**  
Dr. Becker Neurozentrum  
Niedersachsen



## Ablauf

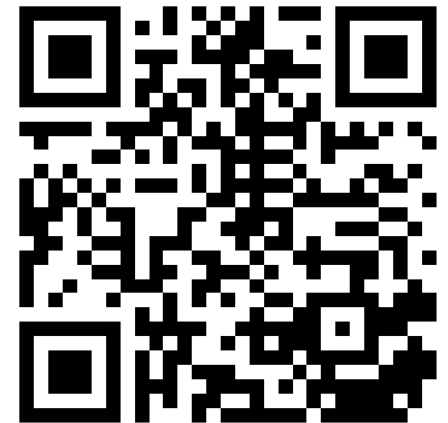
- Begrüßung und Einleitung
- Inputs der Podiumsgäste
- Podiumsdiskussion
- Plenumsdiskussion
- Zusammenfassung und Fazit



## Blitz-Umfrage: *Was meinen Sie...*

*...wo steht die medizinische Reha aktuell mit Blick auf:*

- die Bedarfsorientierung
- den Erwerbsbezug
- das Schnittstellenmanagement



0

10

am Anfang

am Optimum



**Nadine Sänger**  
iqpr



**Dr. Marco Streibelt**  
DRV Bund

**Dr. Mathis Elling**  
iqpr



**Dr. Betje Schwarz & Dr. Christian Hetzel**  
iqpr



**Dr. Eckhard Sträßner**  
Reha-Zentrum  
Schömberg

**Prof. Dr. Matthias Bethge**  
Uni Lübeck

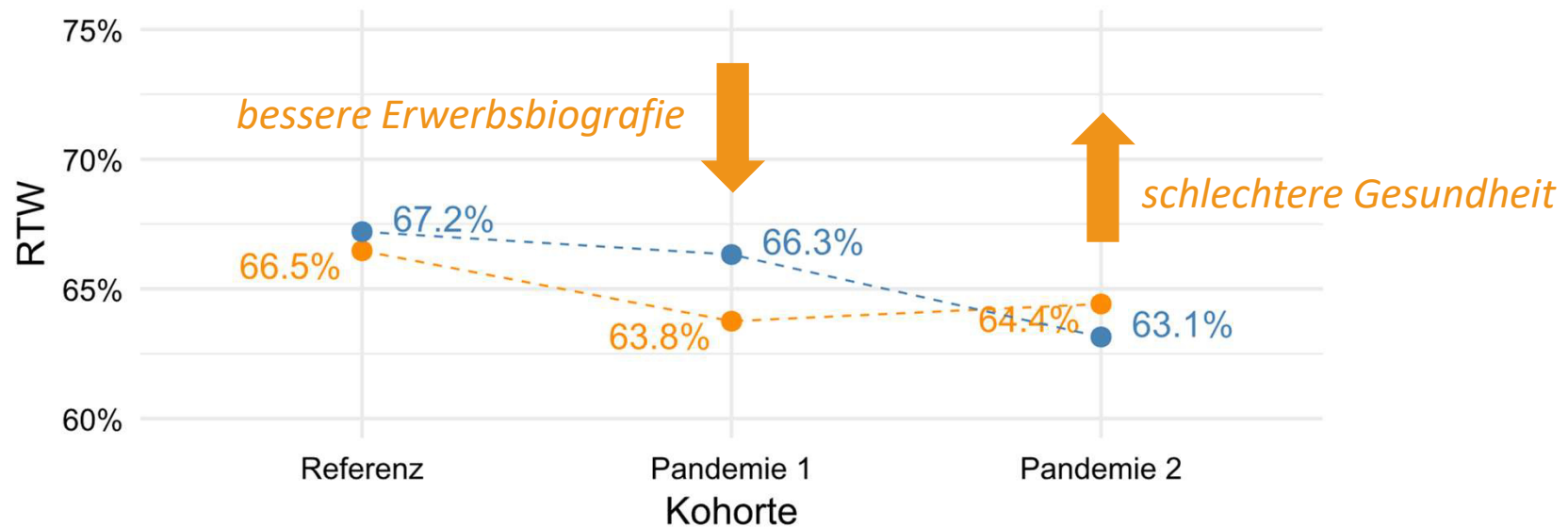


**Prof. Dr. Tobias Leniger**  
Dr. Becker Neurozentrum  
Niedersachsen

## Input aus dem Projekt „CORONA-RTW“

Adjustierung für  
Soziodemografie, Gesundheit,  
Erwerbsbiografie, Arbeitsmarkt

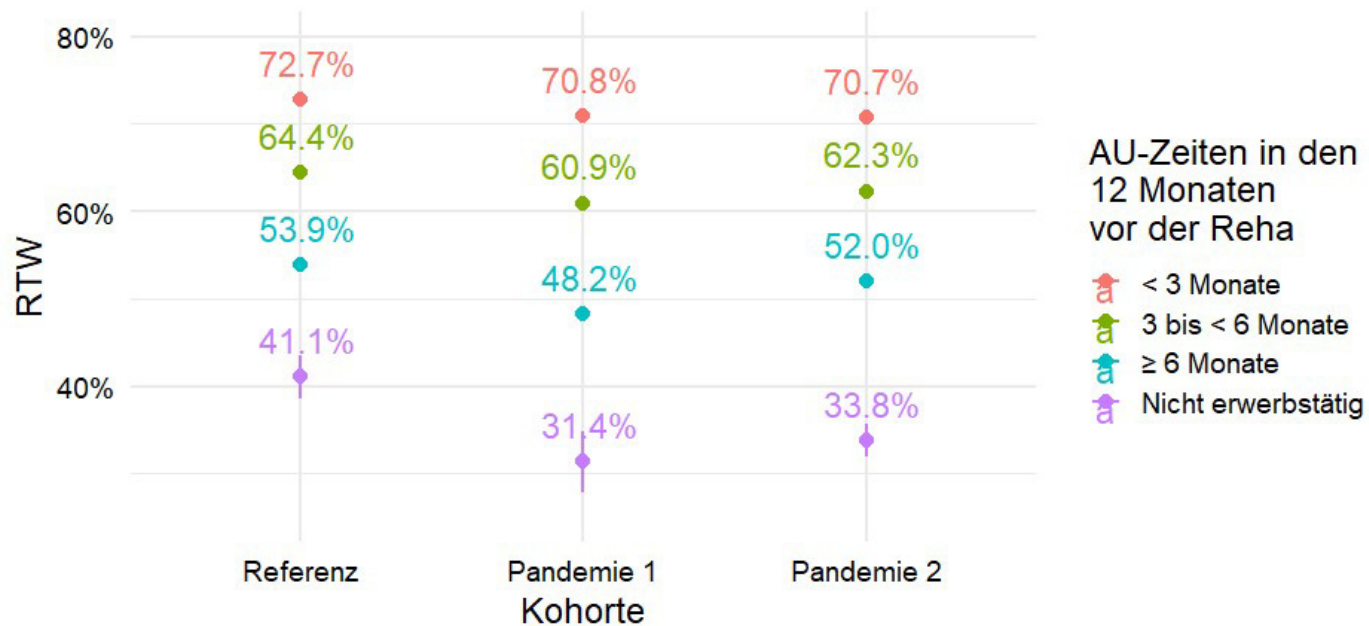
RTW: Rohwerte und vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten



N = 688,127  
Orthopädische Reha


# Input aus dem Projekt „CORONA-RTW“

## Interaktion zw. Kohorte und AU-Zeiten



## Input aus dem Projekt „CORONA-RTW“

### RTW Barrieren

 In der Reha keine (ausreichende) Beratung zu Arbeit und RTW bzw. evtl. nötigen Anpassungen

Also praktisch so wie: **Geh erst mal**, guck mal, was los ist [...]. Und ich bin auf Arbeit gewesen, und ich wusste in der Sekunde: Das war es. [...] **ich kann diese Belastung gar nicht mehr.**

 Fehlende Arbeitsplatzanpassungen

Wurde von meinem Arbeitgeber aber, mehr oder weniger, enttäuscht, weil die wussten ja auch nicht so richtig, was sie mit mir anfangen sollen, **wo sie mich hinstecken sollen, was ich denn noch machen kann.**

 Keine (etablierten) BGM/BEM-Strukturen

Das Hamburger Modell **war nicht erwünscht**. Ich sollte mich dann vier Wochen länger krankschreiben lassen und dann wieder normal einsteigen.

 Gesundheitsverhalten und -kompetenz, Krankheits- und Selbstmanagement

Ja, ich habe [...] danach direkt wieder voll angefangen zu arbeiten und habe dann eben **privat angefangen**, mich körperlich mit gewissen Übungen und Rehasport **fit zu machen.**

**So wie man da rangeht.** Ich glaube, das ist das A und O. [...] Und [...] ich gucke halt einfach mal nach dem Motto, okay, jetzt mal ran hier an den Speck [...].

**Nadine Sängler**  
iqpr



**Dr. Marco Streibelt**  
DRV Bund



**Dr. Mathis Elling**  
iqpr



**Dr. Betje Schwarz & Dr. Christian Hetzel**  
iqpr



**Dr. Eckhard Sträßner**  
Reha-Zentrum  
Schömberg

**Prof. Dr. Matthias Bethge**  
Uni Lübeck



**Prof. Dr. Tobias Leniger**  
Dr. Becker Neurozentrum  
Niedersachsen



# Herausforderungen und Perspektiven in der medizinischen Reha

Für das Online-Fachgespräch des iqpr am 1.12.25

Aus Sicht eines Ärztlichen Direktors einer DRV-eigenen Klinik  
mit Orthopädie und Lungenheilkunde, insb. Heilverfahren

*Rückblick und Anforderungen*

*Heilverfahrensbedarf und Reha-Lücke*

*Heilverfahren weiterentwickeln*

## Rückblick und Anforderungen

- Medizinische Reha mit gesetzlichem Teilhabeauftrag ist ein Kind der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung zu Zeiten der Tuberkulose als führendem gesundheitlichen Problem der Arbeiterschaft. Dieses Problem war mit wenig Therapeutenbindung durch Aufpäppeln teilhabeverbessernd lösbar.
- Nach Wegfall der Tuberkulose-Reha reichten die Mittel noch für „morgens Fango, abends Tango“, und zeigte die Rehakrise Mitte der 90er Jahre auf, dass diese Reha jetzt teilhabe-unwirksam war.
- Angestoßen in der zweiten Hälfte der 90er Jahre wird seither mit denselben Mitteln wie zuvor eine gruppen- statt einzeltherapielastige, therapiemengengesteigerte und zunehmend teilhabeorientierte Reha betrieben.
- International gibt es zunehmend ebenfalls multimodale mehrwöchige Rehabilitation, oft ambulant, oft diagnosebezogen ähnlich AHB, aber auch mit Teilhabefokus.
- Unsere Heilverfahrensreha muss sich weiter rechtfertigen und entwickeln trotz ihrer 135jährigen Geschichte. Wirksamkeitsnachweise sind gelungen.

## Heilverfahrensbedarf und Reha-Lücke

- Demographisch wird mit etwas weniger Heilverfahrens-Bedarf gerechnet. Abhängigkeiten vom Arbeitsmarkt und der Gesetzgebung können das modifizieren.
- Bei eigentlich guter Versorgungskette fällt seit Langem eine „Reha-Lücke“ außer im BG-lichen und in der Neurologie auf, die sich zwischen Akutbehandlung (von Unfällen und schweren Erkrankungen) und teilhabeorientierter DRV-Reha mit körperlich hohen Mindest-Teilnahmevoraussetzungen auftut („Phase C-Lücke“).
- Diese Lücke rückt auch in den Fokus, was die Resilienz unseres Landes etwa im „heißen“ Krisenfall betrifft, wenn also zivile und militärische Opfer in großer Zahl aus der Akutbehandlung kommen, aber noch nicht wieder in Teilhabe können.



## Heilverfahrensbedarf weiterentwickeln

- Die Teilhabewirksamkeit der Reha wird durch Konzentration der Therapie auf Teilhaberelevanz, etwa MBOR, gesteigert.
- Vorabinformation der zu Rehabilitierenden über den Inhalt der Reha kann helfen, trennschärfer die gemeinten PatientInnen in die Reha zu bekommen. Die neuen RTS lassen die Richtung Teilhabe statt Wellness erkennen, auch im Wegfall von Massage und Steigerung der Sozialarbeit.
- Auch medizinisch ist Luft nach oben bezüglich der Teilhaberelevanz von Diagnostik und Therapiesteuerung, etwa Leistungsmessung.
- Die Verengung aus einer „ganzheitlichen“ Sozialmedizin zu Tango-Fango-Zeiten auf medizinische Fachgebiete hat bessere Sozialmedizin gebracht. Aber eine zügige Teilhabe erfordert mehr Interdisziplinarität und weniger Ketten-Behandlung. Ein Mindestsatz an übergreifender Diagnostik und Therapie, etwa an Neuropsychologie für Bürotätigkeiten, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsmessung als Beispiel, sollte in der Somatik erbracht werden.

**Nadine Sängler**  
iqpr



**Dr. Marco Streibelt**  
DRV Bund



**Dr. Mathis Elling**  
iqpr



**Dr. Betje Schwarz & Dr. Christian Hetzel**  
iqpr



**Dr. Eckhard Sträßner**  
Reha-Zentrum  
Schömberg

**Prof. Dr. Matthias Bethge**  
Uni Lübeck



**Prof. Dr. Tobias Leniger**  
Dr. Becker Neurozentrum  
Niedersachsen

# Online-Fachgespräch "Herausforderungen & Perspektiven in der medizinischen Reha"

Prof. Dr. Tobias Leniger



Die Dr. Becker Klinikgruppe bewegt Leben – und das seit fast 50 Jahren.



**8**  
**Standorte**

**An 3 Standorten:**  
***PhysioGym***  
***Therapiezentren***



**1.900**  
**Mitarbeitende**



**27.000**  
**Patient:innen**



**1.720**  
**Betten (Reha  
und Frühreha)**



**4**  
**Indikationen**



## ORIGINALARBEIT

### Implementierung von MBOR in der Neurologischen Rehabilitation mithilfe von Experteninterviews in der Erprobungsphase

Neurol Rehabil 2015; 21(3): 146–154  
© Hippocampus Verlag 2015

A. Heßling<sup>1,2</sup>, I. Brandes<sup>3</sup>, T. Leniger<sup>1,3</sup>

## ORIGINALARBEIT

### Vergleich einer klinisch-anamnestisch determinierten BBPL mit dem Screening-instrument SIMBO-C im Hinblick auf das Outcome in der neurologischen MBOR

Neurol Rehabil 2018; 24(1): 61–68  
© Hippocampus Verlag 2018  
DOI: 10.14624/NR201801.002

T. Leniger<sup>1,2</sup>, I. Brandes<sup>3</sup>, A. Heßling<sup>1</sup>

## ORIGINALARBEIT

### Klinisch-anamnestische Charakteristika in der neurologischen MBOR – Einfluss der Reha-Form auf die BBPL-Identifikation

Neurol Rehabil 2018; 24(1): 51–60  
© Hippocampus Verlag 2018  
DOI: 10.14624/NR201801.001

A. Heßling<sup>1</sup>, I. Brandes<sup>2</sup>, M.-L. Dierks<sup>2</sup>, T. Leniger<sup>1,3</sup>

## Originalien

Nervenarzt  
<https://doi.org/10.1007/s00115-017-0430-z>

© Springer Medizin Verlag GmbH 2017



A. Heßling<sup>1</sup> · I. Brandes<sup>2</sup> · M.-L. Dierks<sup>2</sup> · T. Leniger<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen, Bad Essen, Deutschland

<sup>2</sup> Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

<sup>3</sup> Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland

### Klinisch-anamnestische Charakteristika in der neurologischen MBOR

Notwendigkeit einer qualitativen BBPL-

## Übersicht

Thieme

### Die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Neurologie erfordert eine individualisierte Rehabilitandenidentifikation

Work-related medical rehabilitation (WMR) in Neurology requires individualised rehabilitant identification

## Der Nervenarzt

Author's personal copy

## Originalien

Nervenarzt  
<https://doi.org/10.1007/s00115-019-0768-5>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019



Tobias Leniger<sup>1</sup> · Andrea Ghadimi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen, Bad Essen, Deutschland

<sup>2</sup> Dr. Becker Klinikgruppe, Köln, Deutschland

### Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in der Neurologie

Wirksam auf Basis individualisierter Rehabilitandenidentifikation

- ~390 MBOR-Patienten /Jahr (DRV-Auswertung 2024: vergleichbare Patienten-Merkmale zu anderen Kliniken)
  - Patienten-Zufriedenheit: **73,45** Punkte (DRV-Auswertung 2023: 69,88 Punkte Vergleichsgruppe)
  - Subjektiver Behandlungserfolg: 64,74 Punkte (DRV-Auswertung 2023: 62,66 Punkte Vergleichsgruppe)
  - Stw. Wiedereingliederung erhalten: **10%** (DRV-Auswertung 2024: 5% Vergleichsgruppe)
  - LTA-Maßnahme gestellt: 5% (DRV-Auswertung 2024: 5% Vergleichsgruppe)
- **Sozialmedizinischer Verlauf** (Beschäftigungstage im 2. Jahr nach Reha):
- **52,88** adj. Qualitätspunkte (DRV-Auswertung 2021: 50,76 Vergleichsgruppe)



## Erfolgreiche MBOR: Herausforderungen

- Die **subjektive Einschätzung** des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit sind entscheidende Faktoren der Motivation und der Prognose hinsichtlich der weiteren Erwerbstätigkeit nach einer Rehabilitation.
- Qualität in der Rehabilitation definiert sich am **Ausmaß der Zielerreichung**, ausgehend von den **Bedürfnissen** des Patienten.
- Ständiger Konflikt von Bedarfen (Strukturvorgaben) versus Bedürfnissen (**individuelle** Rehabilitationsziele).
- **Sofortiger Fokus** auf Erwerbstätigkeit (Teilhabe) neben Funktions- /Aktivitätstraining ab Aufnahme bei Patient und Reha-Team.
- **Hohe Quote** an Einzel-Therapien /-Beratungen notwendig.
- Bezugstherapeuten, Sozialdienst, kontinuierliche persönliche Begleitung (Rehakoordinatoren).
- Schnittstelle Post-Reha: **stw. Wiedereingliederung** schon stationär initiieren, konkrete (dokumentierte) Absprachen zu RTW



**Nadine Sänger**  
iqpr



**Dr. Marco Streibelt**  
DRV Bund

**Dr. Mathis Elling**  
iqpr



**Dr. Betje Schwarz & Dr. Christian Hetzel**  
iqpr



**Dr. Eckhard Sträßner**  
Reha-Zentrum  
Schömberg

**Prof. Dr. Matthias Bethge**  
Uni Lübeck



**Prof. Dr. Tobias Leniger**  
Dr. Becker Neurozentrum  
Niedersachsen





UNIVERSITÄT ZU LÜBECK  
INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN  
UND EPIDEMIOLOGIE

# Input MBOR

Matthias Bethge

# Opening

- Zielgruppe ist klar und Bedarf hoch.
- Evidenz ist stark, auch Real-World-Evidenz.
- Inhalte sind je nach Indikation mehr oder weniger klar beschrieben (Anforderungsprofil, mbor-psychosomatik.de, iqpr-Schulungen...)
- Umsetzung variiert, möglicher Nutzen nicht ausgeschöpft

## Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

Matthias Bethge, David Böhne, Hannes Banaschak, Annika Sternberg, Andrea Budde, Gerhard Schmalke, David Fauser



Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) ist ein multimodales interprofessionell durchgeführtes Programm, das gesundheitsbedingte Diskrepanzen von arbeitsplatzbezogenen Fähigkeiten und Anforderungen reduziert, um berufliche Teilhabe von Menschen zu unterstützen, die, z. B. aufgrund langer Arbeitsunfähigkeit, ein erhöhtes Risiko haben, dass die berufliche Wiedereingliederung scheitert. Leistungsrechtlich ist die MBOR eine medizinische Rehabilitation, die durch zusätzliche diagnostische und therapeutische Leistungen ergänzt wurde.

### ABKÜRZUNGEN

<b>EFL</b>	Evaluation funktioneller Leistungsfähigkeit
<b>ELA</b>	Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten
<b>FCE</b>	Functional Capacity Evaluation
<b>IDA</b>	Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten
<b>IMBA</b>	Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt
<b>MBOR</b>	medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
<b>MELBA</b>	Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit
<b>SELF</b>	Selbsteinschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit
<b>SGB V</b>	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
<b>SIBAR</b>	Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation
<b>SIMBO</b>	Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen in der Rehabilitation

<b>MBOR</b>	medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
<b>MELBA</b>	Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit
<b>SELF</b>	Selbsteinschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit
<b>SGB V</b>	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
<b>SIBAR</b>	Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation
<b>SIMBO</b>	Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen in der Rehabilitation

Die MBOR hat sich in den vergangenen 2 Jahrzehnten als wichtige Strategie in der rehabilitativen Versorgung etabliert, um Menschen zur Wiederaufnahme ihrer letzten oder einer neuen beruflichen Tätigkeit zu befähigen. Ein von den Rentenversicherungen gemeinsam mit klinisch und wissenschaftlich tätigen Personen entwickeltes Anforderungsprofil beschreibt Mindeststandards für die Durchführung der MBOR, um eine einheitliche Implementierung der MBOR in allen Rehabilitationseinrichtungen zu unterstützen, die Rehabilitationen für die Rentenversicherungen durchführen [1, 2]. Neben Empfehlungen zur Zielgruppe sowie Dauer und Häufigkeit der berufsorientierten

Kernangebote wurden Ziele, Inhalte, Durchführungshinweise sowie strukturelle Voraussetzungen formuliert. Die Erstversion wurde bereits im Jahr 2012 veröffentlicht. Die aktuelle 6. Auflage stammt aus dem Jahr 2023 und hat u. a. die Beschreibung der Kernangebote geschärft [1]. Jährlich werden durch die Rentenversicherungen mehr als 80000 Rehabilitationen als MBOR durchgeführt, davon 35000 in psychosomatischen Fachabteilungen, 28000 in orthopädischen Fachabteilungen, 5000 in neurologischen Fachabteilungen, 4000 in onkologischen Fachabteilungen und 1000 in kardiologischen Fachabteilungen.

**Merke**  
Die im Anforderungsprofil durch die Rentenversicherungen erarbeiteten Empfehlungen gelten auch für die Anschlussrehabilitation, nicht jedoch für die Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Die Rentenversicherungen erwarten die Umsetzung der MBOR in allen stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen.

**Veränderungen der Arbeitswelt**  
Die Arbeitswelt hat in den vergangenen 10 Jahren tiefgreifende Veränderungen erlebt. Die Digitalisierung automatisiert viele Arbeitsprozesse. Dies steigert Effizienz, verdichtet aber auch Arbeit. Arbeitszeiten und Arbeitsorte sind heute – auch pandemiebedingt – für viele Menschen flexibler. Dies geht mit Herausforderungen einher: Der Anteil der Erwerbstätigen mit Arbeitszeiten, die Auswirkungen auf das soziale Leben und die Gesundheit haben können, d. h. 48 Stunden oder mehr pro Woche, nachts, kurzfristig oder in der Freizeit, liegt in den europäischen Staaten bei knapp einem Drittel [3]. Im European Working Conditions Survey wird zudem eine deutliche Zunahme der Arbeitsintensität, gekennzeichnet durch hohes Arbeitstempo und knappe Fristen, berichtet. Qua-

**Merke**  
Die im Anforderungsprofil durch die Rentenversicherungen erarbeiteten Empfehlungen gelten auch für die Anschlussrehabilitation, nicht jedoch für die Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Die Rentenversicherungen erwarten die Umsetzung der MBOR in allen stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen.

### Veränderungen der Arbeitswelt

Die Arbeitswelt hat in den vergangenen 10 Jahren tiefgreifende Veränderungen erlebt. Die Digitalisierung automatisiert viele Arbeitsprozesse. Dies steigert Effizienz, verdichtet aber auch Arbeit. Arbeitszeiten und Arbeitsorte sind heute – auch pandemiebedingt – für viele Menschen flexibler. Dies geht mit Herausforderungen einher: Der Anteil der Erwerbstätigen mit Arbeitszeiten, die Auswirkungen auf das soziale Leben und die Gesundheit haben können, d. h. 48 Stunden oder mehr pro Woche, nachts, kurzfristig oder in der Freizeit, liegt in den europäischen Staaten bei knapp einem Drittel [3]. Im European Working Conditions Survey wird zudem eine deutliche Zunahme der Arbeitsintensität, gekennzeichnet durch hohes Arbeitstempo und knappe Fristen, berichtet. Qua-



## Vorbereitung auf die Rehabilitation

- *Aktueller Befund:* Man muss schon sehr, sehr gründlich suchen.
- *Ziel:* Alle Einrichtungen informieren auf der Startseite ihres Internetauftritts über ihre MBOR.



## Arbeitsplatztraining

- *Aktueller Befund:* Sehr diverse Angebote u. a. in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen. Angebote orientieren sich möglicherweise nur eingeschränkt an den Bedarfen der Rehabilitand\*innen. Möglicherweise bislang unzureichend theoretisch begründet. Es fehlt m. E. eine strukturierte zusammenfassende Darstellung.
- *Ziel:* Die Konzepte zum Arbeitsplatztraining in der psychosomatischen Rehabilitation sind konvergiert.



## Übergangsmanagement

- *Aktueller Befund:* Stufenweise Wiedereingliederung wird nicht nachverfolgt.
- *Ziel:* Rehabilitationseinrichtungen können die Begleitung der stufenweisen Wiedereingliederung bereits während der Rehabilitation an konkrete Fallmanager\*innen der Rentenversicherung übergeben.



## Vernetzung

- *Aktueller Befund:* Ressourcenbedingt wenig Erfahrung, wie Arbeitswelt jenseits einer Rehabilitationseinrichtung aussieht.
- *Ziel:* Rehabilitationseinrichtungen sind regional gut mit Arbeitgebern vernetzt (auch bei überregionaler Belegung).



## Qualitätssicherung

- *Aktueller Befund:* Wahrgenommene Dosis und dokumentierte Dosis korrelieren nur schwach.
- *Ziel:* Dokumentierte Dosis spiegelt Umsetzung angemessen wider.



## Qualitätssicherung

- *Aktueller Befund:* Rehabilitationseinrichtungen nehmen Therapiestandards und Anforderungsprofil als widersprechend wahr. Auch wenn man dieser Wahrnehmung nicht folgt: Beides wurde bislang nicht ausreichend zusammengeführt.
- *Ziel:* Berufsorientierte therapeutische Leistungen sind in den Therapiestandards klar kenntlich gemacht und integriert (und damit belegungsrelevant).





## Qualitätsentwicklung

- *Aktueller Befund:* Belegung orientiert sich nur sehr eingeschränkt an ergebnisqualität.
- *Ziel:* Belegung orientiert sich an Veränderung relevanter erwerbsbezogener Indikatoren im zeitverlauf (z. B. Work Ability Score und Arbeitsunfähigkeitszeiten).



Prof. Dr. Matthias Bethge  
+49 451 50051280; matthias.bethge@uksh.de

**Nadine Sänger**  
iqpr



**Dr. Marco Streibelt**  
DRV Bund

**Dr. Mathis Elling**  
iqpr



**Dr. Betje Schwarz & Dr. Christian Hetzel**  
iqpr



**Dr. Eckhard Sträßner**  
Reha-Zentrum  
Schömberg

**Prof. Dr. Matthias Bethge**  
Uni Lübeck



**Prof. Dr. Tobias Leniger**  
Dr. Becker Neurozentrum  
Niedersachsen

## Wie kann die medizinische Reha künftig noch besser zur nachhaltigen beruflichen Teilhabe insbesondere von Menschen mit erschwerten Ausgangslagen beitragen?

- **Die multimodale klinische Reha als Konzept ist wirksam bzgl. der beruflichen Teilhabe.**  
Das zeigen: internat. Übersichtsarbeiten, RCT und Meta-Analysen in DEU sowie Analysen der DRV-Daten\*  
\* **Erwerbschancen** können durch eine Reha **um bis zu 20%-Punkte gesteigert** werden; **Personen mit vorherigem Krankgeldbezug profitieren dabei doppelt so stark** wie Personen ohne Krankengeldbezug im Vorjahr.
- Wichtig:
  - Die medizinische Reha als isolierte Intervention ist bei einem großen Teil der Menschen hilfreich, die zwar Teilhabeprobleme haben, aber noch so früh in die Reha gehen, dass diese noch nicht „chronifiziert“ sind, also etwa zu langen AU-Zeiten geführt haben.
  - Ist der Reha-Bedarf noch nicht so stark ausgeprägt, sind die **Menschen also noch arbeitsfähig**, steht der **präventive Charakter der med. Reha im Vordergrund** → Frage hier: **Welche Ausgestaltung ist sinnvoll, um nicht nur wirksam, sondern auch effizient zu sein?**
  - **Bei längeren Fehlzeiten** sollte die **medizinische Reha** qualifizierter **Ausgangspunkt** einer **Reha-Strategie** sein, die **im Anschluss weitere notwendige Angebote** bereithält.

## **Welche Herausforderungen und Perspektiven ergeben sich für die medizinische Reha dabei mit Blick auf die Bedarfsorientierung, den Erwerbsbezug und das Übergangs- und Schnittstellenmanagement?**

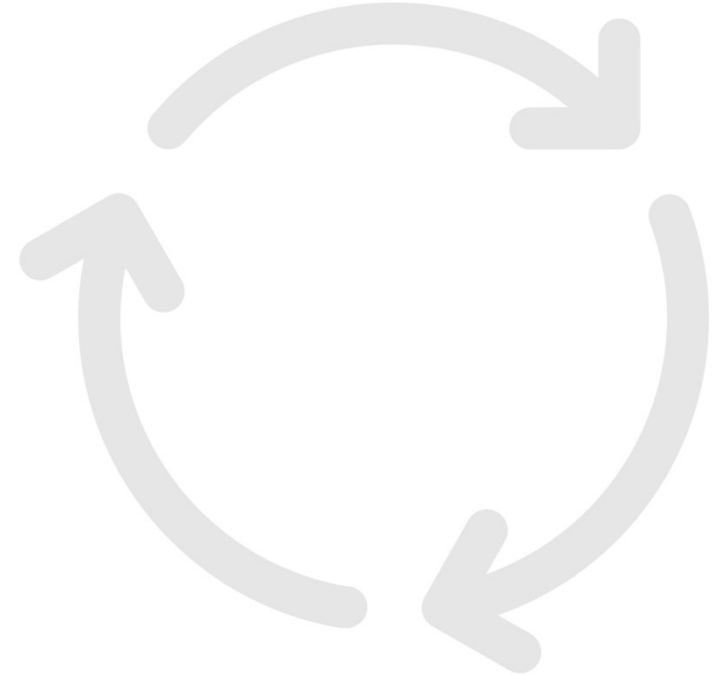
- Bedarfsorientierung: med. Reha als deutsches Konzept (3 Wochen, ganztägig, häufig stationär) kann für etliche Fallgestaltungen auch anders und häufig effizienter gedacht werden, also
  - als ambulantes Angebot bei arbeitsfähigen Menschen
  - als intensiveres Angebot mit direkter Verknüpfung zum RTW-Prozess (im Sinne einer kombinierten Lösung) bei Menschen mit „erschwerten Ausgangslagen“
- interessant: Welche Rolle können hier digitale Lösungen spielen?
- wenn man med. Reha als Start eines Reha-Prozesses denkt, muss ein individuelles und effizientes Übergangsmanagement eine prominente Rolle spielen (→ Konzept ÜM, Def. Bedarfsgruppen, Netzwerk)
- Last but not least: Reha- und RTW-Prozess, Reha- und Arbeitswelt, müssen zusammen gedacht und geplant werden!

## **Erfolgsfaktoren der medizinischen Reha** sind aus meiner Sicht:

- konsequente Teilhabeorientierung
- konsequente Anschlussfähigkeit an weitere Angebote / Leistungen
- Multimodalität
- größtmögliche Nähe zur beruflichen Realität

## Ablauf

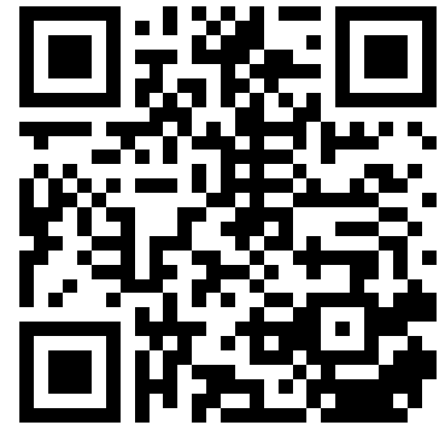
- Begrüßung und Einleitung
- Inputs der Podiumsgäste
- Podiumsdiskussion
- Plenumsdiskussion
- Zusammenfassung und Fazit



## Blitz-Umfrage: *Was meinen Sie...*

*...wo steht die medizinische Reha aktuell mit Blick auf:*

- die Bedarfsorientierung
- den Erwerbsbezug
- das Schnittstellenmanagement



0

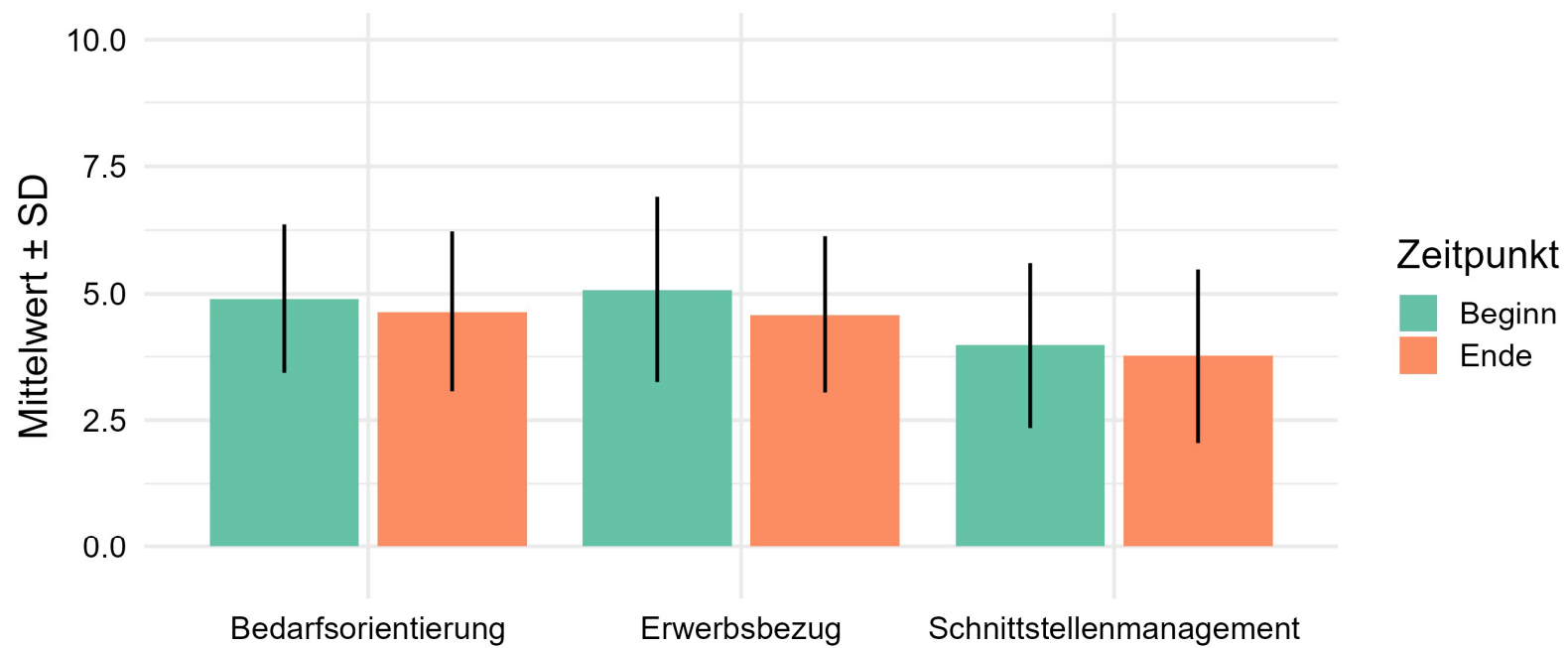
10

am Anfang

am Optimum

## Wo steht die medizinische Reha aktuell mit Blick auf ...?

0 = 'am Anfang' und 10 = 'am Optimum'

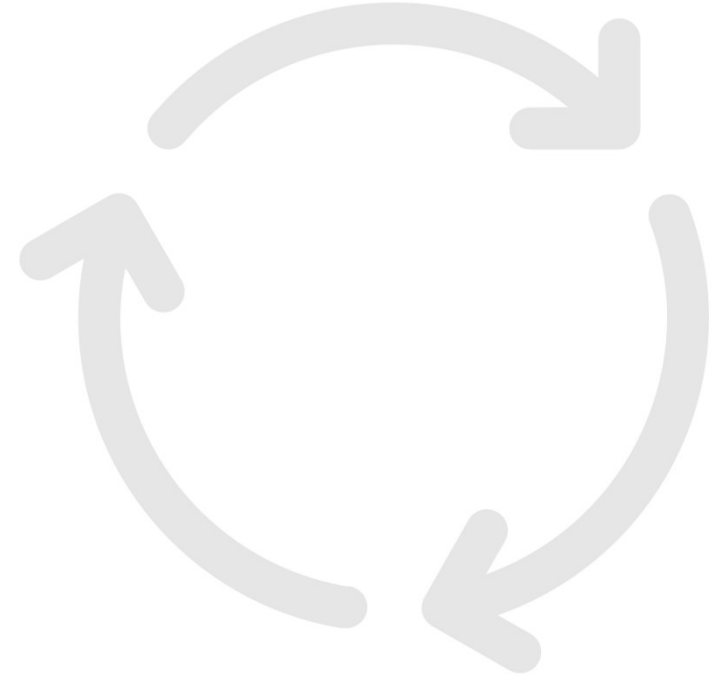


Blitzumfrage Beginn n=39, Ende n=17



## Ablauf

- Begrüßung und Einleitung
- Inputs der Podiumsgäste
- Podiumsdiskussion
- Plenumsdiskussion
- Zusammenfassung und Fazit



# Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Diskutieren Sie auch morgen (16:30 – 18:30 Uhr) mit:

Online-Fachgespräch  
„Herausforderungen und Perspektiven  
der beruflichen Rehabilitation“

[https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting\\_YzFkMWJlYjUtOTY2MC00ZTY0LWJlMTAtYWZkZml4MjAxODY4%40thread.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%22ca798447-cdcc-412a-b4a7-ac6634a9dad1%22%2c%22Oid%22%3a%22e80b9d56-6dbb-4f9c-b285-596cd67f2c4e%22%7d](https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting_YzFkMWJlYjUtOTY2MC00ZTY0LWJlMTAtYWZkZml4MjAxODY4%40thread.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%22ca798447-cdcc-412a-b4a7-ac6634a9dad1%22%2c%22Oid%22%3a%22e80b9d56-6dbb-4f9c-b285-596cd67f2c4e%22%7d)

[www.iqpr.de](http://www.iqpr.de)



INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG  
IN PRÄVENTION & REHABILITATION GMBH  
AN DER DEUTSCHEN SPORHOCHSCHULE KÖLN

[schwarz@iqpr.de](mailto:schwarz@iqpr.de)