

MBOR: Standortbestimmung und Qualitätssicherung/-entwicklung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (MBOR) in Reha-Einrichtungen

Hrsg.: Rüdiger Nübling, Udo Kaiser & Marco Streibelt

Ziel der Rehabilitation im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung ist der Erhalt der Erwerbsfähigkeit, mithin also die Sicherstellung der beruflichen Teilhabe. Versicherte sollen trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen möglichst lange im Erwerbsleben verbleiben können. Eine wichtige konzeptionelle Grundlage in der medizinischen Rehabilitation ist der Ansatz der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR), wie er seit Ende der 1990er Jahre insbesondere von der Arbeitsgruppe von Müller-Fahrnow und Radoschewski [1–3] entworfen, mittlerweile in etlichen randomisiert-kontrollierten Studien erforscht [4] und seitens der Deutschen Rentenversicherung im Anforderungsprofil sowie im MBOR-Stufenmodell [5–8] weiterentwickelt wurde.

Nun, 20 Jahre nach Beginn dieser Entwicklung, ist die MBOR ein etablierter Bestandteil der Rehabilitation im Auftrag der Rentenversicherung. Die Anforderungen an eine „gute“ MBOR sind beschrieben, die Zielgruppe gut definiert und hierfür nützliche Screeningverfahren entwickelt worden. Ein großer Teil der Reha-Einrichtungen, insbesondere in der Orthopädie und der Psychosomatik, werden MBOR-Behandlungsverfahren angeboten. Jedoch zeigten jüngste Untersuchungen, wie heterogen die Ausgestaltung noch immer ist. Dies hat sicher etwas Gutes, werden doch hiermit die Stärken der jeweiligen Einrichtungen und Reha-Teams auch über die MBOR vermittelt; allerdings liegen genau darin auch noch erhebliche Optimierungspotenziale. Das Wissen um die generellen Erfolgsfaktoren in der MBOR können eine Basis dafür bieten diese Potenziale zu heben. Dem Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung kommt in dieser Phase eine besondere Bedeutung zu.

Das vorliegende Themenheft gibt eine Übersicht über den aktuellen Stand sowie die Möglichkeiten einer spezifischen Qualitätssicherung bzw. -entwicklung in der MBOR. Entstanden ist die Idee zu diesen Themenheft im Nachgang eines beim 28. Reha-Kolloquium in Berlin 2019 durchgeführten Diskussionsforums zum Thema „Arbeitsplatzorientierung in der medizinischen Rehabilitation: Deutschland und Österreich im Vergleich“.

Eingangs wird die Arbeitsgruppe um Matthias Bethge ein Update zur Evidenz der medizinisch-beruflich orientierten Adaptation geben, wobei vor allem auf die hinsichtlich der MBOR-Umsetzung besonders entwickelten Indikationsbereiche der Muskel- und Skelett- sowie der psychischen Erkrankungen eingegangen wird. Im zweiten Beitrag beschreiben Marco Streibelt und Lisa Puhlemann die wesentlichen Aktualisierungen im 2019 neu aufgelegten MBOR-Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung, das aufgrund von umfangreichen Rückmeldungen aus der Reha-Praxis und neuer Forschungserkenntnisse grundlegend überarbeitet wurde.

Wolfgang Bürger und Kolleg*innen präsentieren im Anschluss daran in einem ersten empirischen Beitrag Ergebnisse aus einer aktuellen Studie zur Bewertung der Erwerbsorientierung der medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden. In ihr wird der neue MBOR-R-Fragebogen hinsichtlich seiner testmethodischen Entwicklung und Güte sowie mit Blick auf die praktische Anwendbarkeit, zum Beispiel für Einrichtungs- und/oder Indikationsvergleiche, vorgestellt. In einem zweiten empirischen Beitrag berichten Rüdiger Nübling und Kolleg*innen aus der Requamo-II-Studie insbesondere mit dem Fokus, welchen Einfluss die berufliche Orientierung der Rehabilitation auf die von Rehabilitanden berichteten Behandlungsergebnisse haben kann.

Von den Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung von MBOR-Konzepten in einer Reha-Klinik mit den somatischen Indikationen Kardiologie, Orthopädie und Pneumologie handelt die Arbeit von der Arbeitsgruppe um Dieter Beh. In ihr werden allgemeine Hürden und Lösungsansätze für die konkrete Implementierung von MBOR beschrieben. Ulrike Worringen und Kolleg*innen schauen sich auf der Basis der von der DRV Bund durchgeführten Visitationen demgegenüber an, ob und in welchem Ausmaß die MBOR-Konzepte den Qualitätsanforderungen entsprechen bzw. deren Umsetzungen aus der Perspektive eines Leistungsträgers gelungen sind. In Ergänzung zu den externen Konzeptbeurteilungen stellen Udo Kaiser und Kollegen Möglichkeiten für Praktiker dar, die die

Umsetzung ihrer MBOR-Konzepte anhand eines neu entwickelten Check-ups überprüfen, um mit den Instrumenten des internen Qualitätsmanagements entsprechende Weiterentwicklungen fortlaufend initiieren zu können.

In einem abschließenden Beitrag stellt die österreichische Arbeitsgruppe der Pensionsversicherungsanstalt Wien um Martin Skoumal das Konzept des RehaJET® zum Erwerbsbezug in der medizinischen Rehabilitation in Österreich vor und geht dabei vor allem auf Gemeinsamkeiten, Unterschiede zur und Adaptationsmöglichkeiten für die MBOR in Deutschland ein.

MBOR wird auch zukünftig zentraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung sein. Wir würden uns daher sehr freuen, wenn wir mit diesem Themenheft eine Brücke zwischen Forschung und Praxis geschlagen hätten, die den Lesern wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung ihrer MBOR-Angebote in den Kliniken gibt und damit dazu beiträgt, die Qualität und die Nachhaltigkeit der MBOR-Ansätze mehr und mehr zu verstetigen.

Rüdiger Nübling, Udo Kaiser & Marco Streibelt

Literatur

- 1 *Müller-Fahrnow W, Greitemann B, Radoschewski FM, Gerwin H, Hansmeier T.* Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. *Die Rehabilitation* 2005; 44 (5): 287–296
- 2 *Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM.* Gesundheitsbedingte berufliche Problemlagen. In: Hilbert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM, Hrsg. *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation: Grundlagen und klinische Praxis.* Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 2009: 9–13
- 3 *Müller-Fahrnow W, Hrsg.* Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments, Interventionen, Ergebnisse. Lengerich, Berlin, Bremen, Miami, Riga, Viernheim, Wien, Zagreb: Pabst Science Publ; 2006
- 4 *Bethge M.* Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)* 2017; 56 (1): 14–21
- 5 *Streibelt M, Buschmann-Steinhage R.* Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation (Stuttg)* 2011; 50 (3): 160–167
- 6 *Egner U, Schliehe F, Streibelt M.* MBOR – Ein Prozessmodell in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 2011; 50 (3): 143–144
- 7 *Deutsche Rentenversicherung.* Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung.
- 8 *Röckelein E, Streibelt M.* Konzeptionelle Entwicklung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR). In: Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. *Die Weiterentwicklung der Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung.* Band 121. DRV-Schriften. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2020: 46–55

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation – ein Update

Matthias Bethge, Miriam Markus & David Fauser

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck

Zusammenfassung

Für Muskel-Skelett-Erkrankungen ist die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation flächendeckend implementiert und verbessert die Teilhabechancen der in diesen Programmen behandelten Personen. Die Wirksamkeit der in der realen Versorgung implementierten medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsprogramme ist durch ungenaue Erreichung der Zielgruppe und unzureichende Umsetzung der empfohlenen Behandlungsdosis reduziert. Auch für Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen schreitet die Implementierung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitationsprogramme voran. Für andere Erkrankungen sind medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsprogramme nur vereinzelt verfügbar. Ähnlich konsistente Wirksamkeitsnachweise wie in der Rehabilitation von Muskel-Skelett-Erkrankungen stehen für andere Settings noch aus.

Schlüsselwörter

Rehabilitation, Wiedereingliederung, Arbeit, Beschäftigung, Teilhabe, Evidenz, Review

Work-related medical rehabilitation – an update

Abstract

Work-related medical rehabilitation has been implemented for patients with musculoskeletal disorders nationwide and improves the participation of individuals treated in these programs. The effectiveness of work-related medical rehabilitation programs conducted in real-world care is reduced by imprecise identification of patients in need and insufficient treatment dose. The implementation of work-related medical rehabilitation programs is also advancing for patients with mental disorders. For other conditions, work-related medical rehabilitation programs are only occasionally available. Similar consistent evidence of effectiveness as in the rehabilitation of musculoskeletal disorders is still lacking for other settings.

Keywords

Rehabilitation, return-to-work, work, employment, participation, evidence, review

Erwerbsarbeit ist eine zentrale Ressource für gesellschaftliche Teilhabe. Sie sichert Einkommen, gewährleistet materielle Sicherheit und unterstützt eine unabhängige Lebensgestaltung. Der Aufbau sozialversicherungspflichtiger Ansprüche reduziert zudem das Altersarmutsrisiko. Erwerbsarbeit wirkt sinnstiftend, ermöglicht soziale Kontakte und bietet Raum für Selbstwirksamkeitserfahrungen. Wenn Menschen chronisch erkranken, kann dies den Verbleib am Arbeitsplatz und die weitere Erwerbsbeteiligung in Frage stellen.

Eine wichtige Strategie, um bei gefährdeter oder geminderter Erwerbsfähigkeit Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern, ist die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR). Die vorliegende Übersichtsarbeit ergänzt vorangegangene Übersichten v. a. durch neue randomisierte kontrollierte Studien und Studien, die die Implementierung in der regulären rehabilitativen Versorgung untersucht haben (Bethge, 2011; Bethge, 2017a;

Bethge, 2017b). Ein abschließender Ausblick thematisiert einige Herausforderungen, die mit der aktuellen SARS-CoV-2-Pandemie einhergehen.

1 Begriffsbestimmung

Die MBOR ist ein multimodales interdisziplinär durchgeführtes Programm, das gesundheitsbedingte Diskrepanzen von arbeitsplatzbezogenen Fähigkeiten und Anforderungen zu verringern sucht, um berufliche Teilhabe zu ermöglichen. Leistungsrechtlich ist die MBOR eine medizinische Rehabilitation, die durch zusätzliche diagnostische und therapeutische Leistungen ausgeprägte gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Erwerbstätigkeit gezielt in den Blick nimmt und zu bewältigen sucht (Bethge, 2017a; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019)

1.1 Um wen geht es?

Die Zielgruppe der MBOR ist durch eine gesundheitsbedingt deutlich eingeschränkte berufliche Leistungsfähigkeit gekennzeichnet. Die Einschränkungen, die diese Personen erleben, sind nicht nur vorübergehend und gehen langfristig mit reduzierten Teilhabechancen einher. Mögliche Indikatoren für eine Bedarfsfeststellung sind lange Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, eine ungünstige subjektive Erwerbsprognose oder eine aus sozialmedizinischer Sicht notwendige Veränderung des Arbeitsplatzes. Diese Indikatoren gehen mit einem deutlich erhöhten Risiko einher, dass die Rückkehr in Arbeit nicht oder nicht dauerhaft gelingt. Sind Personen vor einer orthopädischen oder psychosomatischen Rehabilitation mindestens drei Monate arbeitsunfähig, bei Antragstellung arbeitslos oder ist das Leistungsvermögen in der letzten beruflichen Tätigkeit eingeschränkt, verdoppelt sich das Risiko, nach Rehabilitationsabschluss eine Erwerbsminderungsrente zu erhalten. Es verfünffacht sich, wenn mindestens zwei dieser Indikatoren vorliegen (Bethge, 2017a).

Der Anteil von Rehabilitanden, für den aufgrund von Einschränkungen und Prognose eine MBOR in Frage kommt, reicht je nach Gesundheitsproblem und rehabilitativem Setting von einem Drittel in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation bis zur Hälfte und mehr in der onkologischen, psychosomatischen und neurologischen Rehabilitation (Bethge, 2017a; Streibelt & Bethge, 2015; Streibelt & Bethge, 2019; Streibelt et al., 2017; Streibelt & Brünger, 2014). Der Anteil ist vom Tätigkeitsbereich abhängig und am höchsten für Rehabilitanden, die einfache und manuelle Dienste ausüben (Bethge, 2017a). Auch regional variiert der Anteil erheblich: Je nach Wohnort liegt der Anteil der Rehabilitanden, für den eine MBOR erwogen werden sollte, zwischen 36% und 55% bei Muskel-Skelett-Erkrankungen und 51% und 69% bei psychischen Erkrankungen (Bethge, 2017b).

Damit die zur Zielgruppe gehörenden Personen zuverlässig, sicher und nach Möglichkeit bereits bei der Beantragung der medizinischen Rehabilitation identifiziert werden können, wurden Screening-Instrumente entwickelt. Diese Screening-Instrumente sind kurze einseitige Fragebögen mit vier bis elf Fragen. Neben dem Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen in der Rehabilitation (SIMBO; Streibelt & Bethge, 2019) werden das Würzburger Screening (Löffler et al., 2009) und das Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (SIBAR; Bürger & Deck, 2009) verwendet, um Teilnehmer für die MBOR zu erkennen. Mit diesen Screening-Instrumenten lässt sich das Risiko beschreiben, dass die berufliche Wiedereingliederung unter den Bedingungen der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation scheitert. Die Auswertung des SIMBO kann zu Werten zwischen 0 und 100 Punkten führen. Höhere Werte bedeuten ein höheres Risiko, dass die Rückkehr in Arbeit nach der Rehabilitation scheitert. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass acht von zehn Personen die Rückkehr in Arbeit nicht gelingt, wenn der Wert für den SIMBO mindestens 30 Punkte beträgt (Streibelt & Bethge, 2019). Dieser Befund gilt weitgehend unabhängig vom Gesundheitsproblem, also z.B. sowohl für Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen als auch für Personen mit psychischen Erkrankungen. Diese Personen benötigen zusätzliche Unterstützung. Die herkömmliche medizinische Rehabilitation reicht offenbar nicht aus, damit diese Personen nach der Rehabilitation in den Beruf zurückkehren.

1.2 Um was geht es?

Die MBOR ist eine vom gesamten Rehabilitationsteam verfolgte Rehabilitationsstrategie, die die individuellen gesundheitsbedingten beruflichen Teilhabebeeinträchtigungen der Rehabilitanden ganzheitlich in den Blick nimmt. Die Rehabilitation wurde dazu um vier zusätzliche Elemente ergänzt: eine berufsbezogene anforderungsorientierte Diagnostik, eine intensivisierte Sozial- und Berufsberatung, berufsbezogene psychosoziale Gruppen und das Arbeitsplatztraining (Abbildung 1). Der Rehabilitationsprozess wird im interdisziplinären Team kontinuierlich reflektiert, um die berufliche Wiedereingliederung konsistent und gemeinsam zu unterstützen

- *Berufsbezogene Diagnostik:* Die diagnostische Phase soll klären, inwiefern bestimmte Arbeitsaktivitäten durchgeführt werden können, und Aussagen zu Therapieanforderungen, zur Rückkehr an den Arbeitsplatz oder zur Gestaltung eines neuen, dem erhobenen Fähigkeitsprofil entsprechenden Arbeitsplatzes ermöglichen. Die Bewertung der Leistungsfähigkeit erfolgt vor dem Hintergrund der beruflichen

Abbildung 1

Kernangebote medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation



Anforderungen. Dies setzt zunächst Einsicht in die Arbeitsumgebung und eine gute Beschreibung der beruflichen Anforderungen voraus. Betriebsärztliche Arbeitsplatzbeschreibungen und/oder Gefährdungsbeurteilungen stehen bislang allerdings nur selten zur Verfügung. Die individuellen Arbeitsplatzanforderungen werden daher in der Regel im Gespräch mit den Rehabilitanden rekonstruiert. Anschließend kann erhoben werden, inwiefern diese Arbeitsplatzanforderungen bewältigt werden können. Zur Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit haben sich bei Muskel-Skelett-Erkrankungen, kardiologischen Erkrankungen, aber auch onkologischen Erkrankungen Systeme zur Functional Capacity Evaluation, ggf. als arbeitsplatzspezifisch angepasste Kurztests, bewährt. Mit diesen Verfahren lassen sich Fähigkeiten wie Heben, Tragen oder Über-Kopf-Arbeiten bewerten. Die am häufigsten in Deutschland verwendeten Verfahren sind die Evaluation funktioneller Leistungsfähigkeit (EFL; Bieniek & Bethge, 2014) und die Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten (ELA; Bühne et al., 2018). Zur Beurteilung psychischer und kognitiver Arbeitsfähigkeit, insbesondere der Schlüsselqualifikationen, lässt sich das Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten nutzen (IDA; Föhres et al., 2018). Diese Sammlung verschiedener Tests umfasst standardisierte Arbeitsproben, mit denen sich u. a. Konzentration, Arbeitsplanung und Sorgfalt bewerten lassen. Der Abgleich von Anforderungen und Fähigkeiten sollte durch einen standardisierten Profilvergleich unterstützt werden. Das in Deutschland am häufigsten eingesetzte Verfahren IMBA (Integration von Menschen mit Behinderungen in Arbeit) ist sowohl als Papierversion als auch computergestützte Version verfügbar und nutzt 70 funktions-, aktivitäts- und kontextbezogene Hauptmerkmale, um Anforderungen und Fähigkeiten gegenüberzustellen (Mozdzanowski & Glatz, 2013). Neben dem Abgleich von Fähigkeiten und Anforderungen kann die Erfassung des individuellen Bewältigungsverhaltens, z.B. arbeitsbezogenes Verhalten und Erleben (Schaarschmidt & Fischer, 2008) oder Regenerations- und Resistenzorientierung (Otto & Linden, 2017), wichtige Informationen liefern, wie Personen auf Stressoren reagieren und Konflikte oder kritische Situationen zu lösen suchen.

- *Intensivierte Sozial- und Berufsberatung:* Die erweiterte und intensivierte Sozial- und Berufsberatung in der MBOR bemüht sich um Einbindung des Arbeitgebers, des sozialen Umfeldes und anderer Institutionen, die den Wiedereingliederungsprozess unterstützen können. Die stufenweise Wiedereingliederung – von der wir

heute wissen, dass sie erwerbsminderungsbedingte Renten deutlich reduzieren und Teilhabe am Arbeitsleben sichern kann (Bethge, 2016; Streibelt et al., 2018) – wird geprüft und nach Möglichkeit eingeleitet, um eine möglichst baldige dem Gesundheitszustand angepasste Arbeitswiederaufnahme zu ermöglichen. Es wird zudem geklärt, welche anderen Handlungsmöglichkeiten (z.B. Eingliederungszuschüsse oder Qualifizierungsleistungen) genutzt werden können, um die Rückkehr in Arbeit zu unterstützen. Sind solche Leistungen denkbar, werden diese gemeinsam noch während der Rehabilitation beantragt, um eine möglichst nahtlose Versorgung zu gewährleisten. Insbesondere das Fallmanagement, das viele Rehabilitationsträger mittlerweile zur Verfügung stellen, um die Rückkehr in Arbeit zu unterstützen, bietet die Gelegenheit, dass der während der Rehabilitation gemeinsam erarbeitete Wiedereingliederungsplan begleitet, unterstützt und ggf. angepasst werden kann.

- *Berufsbezogene psychosoziale Gruppen:* Diese Angebote zielen auf eine realistische Einschätzung von Kompetenzen und Ressourcen, Verhaltens- und Einstellungsänderung, Strategien zur Bewältigung von Arbeitsängsten und belastenden Arbeitsplatzsituationen sowie eine möglichst konkrete Planung der Rückkehr (Wann? Wer ist einzubinden? Welche Barrieren sind aus dem Weg zu räumen? Welche Unterstützer lassen sich nutzen?). Für die Durchführung stehen verschiedene publizierte Manuale zur Verfügung. Eine Darstellung dieser Angebote findet sich an anderer Stelle (Bethge & Neuderth, 2016). Die häufigsten inhaltlichen Schwerpunkte berufsbezogener Gruppenangeboten in deutschen Rehabilitationseinrichtungen sind Arbeitslosigkeit/Bewerbung, Stress/Entspannung und soziale Kompetenz/Konflikte. Didaktisch stehen übende Elemente im Vordergrund (Driesel et al., 2014).
- *Arbeitsplatztraining:* Im Arbeitsplatztraining werden arbeitsplatzrelevante Fähigkeiten erprobt und geübt. Zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit werden in Ergänzung des zumeist eindimensionalen Gerätetrainings v. a. komplexe Bewegungsabläufe trainiert (z.B. Heben oder Tragen) (Hamel et al., 2009). Die Trainingselemente bilden tatsächliche Arbeitsaufgaben in Ausführung und Beanspruchung möglichst gut nach. Mit Modellarbeitsplätzen kann die Realitätsnähe noch erhöht werden. Durch Erhöhung von Wiederholungen, Gewichten oder Aufgabenkomplexität werden die Trainingsanforderungen im Arbeitsplatztraining schrittweise gesteigert und die Rehabilitanden erfahren, dass die Bewältigung der Anforderungen wieder möglich ist. Anpassungen

und Hilfsmittel können erprobt werden. Bei psychischen Erkrankungen sind kooperatives Arbeiten und die Interaktion mit anderen Personen oft herausfordernd (Köllner, 2016; Köllner & Stock Gissendanner, 2015). Für Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen kann daher ein psychotherapeutisch begleitetes produktorientiertes Arbeiten in Gruppen zu einem wichtigen Lern- und Erfahrungsraum werden. In zwei randomisierten kontrollierten Studien wurden im psychosomatischen Setting externe Praktikumsbetriebe für Arbeitsexposition und Belastungserprobung genutzt (Beutel et al., 2005; Hillert et al., 2003).

2 Wirksamkeit

Systematische Übersichten randomisierter kontrollierter Studien haben verbesserte Teilhabemöglichkeiten durch berufsorientierte rehabilitative Strategien bei chronischem Rückenschmerz (Kemper et al., 2014; Schaafsma et al., 2013), Depressionen (Nieuwenhuijsen et al., 2014), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Hegewald et al., 2019) und Krebs (de Boer et al., 2015) bestätigt. Setting und Ablauf der untersuchten Programme unterscheiden sich – abgesehen von einigen Studien bei chronischem Rückenschmerz – allerdings erheblich von dem in Deutschland meist stationären Setting und der üblicherweise drei- bis fünfwöchigen Durchführung. Zudem sind Art und Umfang der berufsorientierten Module in vielen Studien ungenau beschrieben. Direktere Nachweise für die Wirksamkeit der in Deutschland umgesetzten MBOR haben mehrere randomisierte kontrollierte Studien geliefert, die die Entwicklung des Ansatzes in den letzten 20 Jahren begleitet haben und die MBOR mit der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation verglichen haben. In diesen Studien wurden die Patienten innerhalb einer oder mehrerer Einrichtungen zufällig einer MBOR oder einer medizinischen Rehabilitation ohne zusätzliche berufsorientierte Module zugewiesen. In den Kontrollgruppen wurde eine Rehabilitation durchgeführt, die sich an dem gesetzlichen Auftrag orientierte, eine erheblich gefährdete bzw. geminderte Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Die stärksten Nachweise für den Nutzen der MBOR liegen derzeit aus Studien vor, die im orthopädischen Setting durchgeführt wurden. Für kardiovaskuläre und psychische Erkrankungen gibt es ebenfalls einzelne Wirksamkeitsnachweise, die verbesserte berufliche Teilhabe nach einer MBOR berichten. Für onkologische und neurologische Erkrankungen konnte in randomisierten kontrollierten Studien bislang keine verbesserte berufliche Teilhabe zugunsten der MBOR gezeigt werden.

- *Muskel-Skelett-Erkrankungen:* Die meta-analytische Zusammenfassung von vier randomi-

sierten kontrollierten Studien hat nach einem Jahr geringere Fehlzeiten und häufigere berufliche Eingliederung zugunsten der MBOR bestätigt (Bethge, 2017a). Diese Studien haben multimodale Programme untersucht, die die verschiedenen eingangs beschriebenen diagnostischen und therapeutischen Bausteine berücksichtigten und die darüber hinaus durch einen klaren Berufsbezug im gesamten Rehabilitationsprozess gekennzeichnet waren. Der absolute Vorteil zugunsten der MBOR betrug ungefähr 20 Prozentpunkte. Die Number-needed-to-treat entsprach fünf Personen (Bethge et al., 2011; Streibelt & Bethge, 2014).

- *Kardiovaskuläre Erkrankungen:* Eine Studie im kardiologischen Setting rekrutierte 300 arbeitsunfähig aufgenommene Rehabilitanden, bei denen Probleme bei der beruflichen Reintegration erwartet wurden, und wies diese entweder einem berufsorientierten Rehabilitationsprogramm oder einem herkömmlichen kardiologischen Rehabilitationsprogramm zu. Patienten mit kurzfristig zurückliegender Bypass- oder Herzklappenoperation, schwer limitierenden Begleiterkrankungen und geringer Belastbarkeit wurden ausgeschlossen. Rund 40% der Teilnehmer waren im Jahr vor der Rehabilitation mindestens drei Monate arbeitsunfähig. Neben einer zweitägigen Functional Capacity Evaluation wurden eine intensivisierte Sozialberatung und eine berufsbezogene psychologische Intervention umgesetzt. Der Anteil erwerbstätiger Personen war in der Interventionsgruppe – ähnlich wie im orthopädischen Setting – nach einem Jahre rund 20 Prozentpunkte höher. Das Risiko durchgängiger Arbeitsunfähigkeit nach der Rehabilitation war in der Interventionsgruppe halbiert (Kittel & Karoff, 2008).
- *Psychische Erkrankungen:* Bei psychischen Erkrankungen wurden in zwei Studien eine Belastungserprobung, während der die Studienteilnehmer in externen Praktikumsbetrieben arbeiteten, und eine begleitende psychotherapeutische Gruppe implementiert (Beutel et al., 2005; Hillert et al., 2003). Der Anteil der erwerbstätigen Personen war nach ein bzw. zwei Jahren rund 20 Prozentpunkte zugunsten der MBOR erhöht. Eine weitere randomisierte kontrollierte Studie startet im Oktober 2020 und soll in sechs psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen 1800 Personen rekrutieren, die entweder an einer MBOR oder einer herkömmlichen medizinischen Rehabilitation teilnehmen. Die Studienwebsite ist unter www.mbor-psychosomatik.de erreichbar. In Abgrenzung zu den bereits benannten Studien im psychosomatischen Setting, die eine externe Belastungserprobung und begleitende psychothe-

therapeutische Gruppen implementiert hatten, werden in dieser Studie Programme bewertet, die die Kernmodule umsetzen, die das Anforderungsprofil zur Durchführung der MBOR beschreibt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019).

- *Onkologische Erkrankungen:* Drei aktuelle Publikationen berichten über Ergebnisse einer clusterrandomisierten Studie im onkologischen Setting. Die Studie rekrutierte knapp 500 Personen. Die Implementierung der berufsorientierten Module gelang in den beteiligten Studienzentren sehr gut (Wienert & Bethge, 2019). Die im Studienprotokoll beschriebene Dosis der berufsorientierten Module wurde für nahezu alle Teilnehmer erreicht. Die Gesamttherapiedosis war bei gleicher Behandlungsdauer 16 Stunden erhöht. Die Teilnehmer der MBOR beschrieben mehr berufsorientierte Inhalte, eine stärkere Konsistenz der berufsorientierten Strategie und eine häufigere und bessere Erreichung berufsorientierter Ziele. Am Rehabilitationsende wurden durchgehend Vorteile zugunsten der MBOR beobachtet, u. a. berichteten Teilnehmer der MBOR eine bessere subjektive Arbeitsfähigkeit (Wienert & Bethge, 2019). Drei Monate nach der Rehabilitation wurden für Fatigue, körperliche Funktionsfähigkeit und Krankheitsbewältigung weiterhin leichte Vorteile zugunsten der MBOR gezeigt (Fauser et al., 2019a). Für das primäre Zielkriterium, die Rollenfunktion in Arbeit und Freizeit, identifizierte die Studie allerdings – trotz gut und aufwändig implementierter Programme – weder nach drei noch nach zwölf Monaten einen Vorteil zugunsten der MBOR. In beiden Behandlungsarmen lagen die Rollenfunktionswerte sowohl nach drei als auch nach zwölf Monaten gut 20 Punkte über den Werten, die bei Rehabilitationsbeginn beobachtet wurden. Der Vorteil von vier Punkten auf der Rollenfunktionsskala, der nach drei und zwölf Monaten zugunsten der MBOR zu beobachten war, war weder klinisch relevant noch statistisch signifikant. Auch die Wahrscheinlichkeit für die Rückkehr in Arbeit unterschied sich in beiden Untersuchungsgruppen nicht. Nach drei bis vier Monaten war etwa jede zweite Person zurück in Arbeit. Nach einem Jahr hatten in beiden Armen etwas über 70% der Teilnehmer ihre Arbeit wieder aufgenommen (Fauser et al., 2019b).
- *Neurologische Erkrankungen:* Eine gepoolte Auswertung zweier randomisierter kontrollierter Studien hat Daten von 442 Rehabilitanden analysiert (Streibelt & Menzel-Begemann, 2015). Die Teilnehmer waren mit durchschnittlich 48 Jahren relativ jung und überwiegend durch einen Schlaganfall beeinträchtigt. Das Krankheitsereignis lag mehrheitlich höchstens

sechs Monate zurück. In beiden Studien wurden berufsorientierte Inhalte v. a. in Schulungen vermittelt. In einer Studie wurde dies durch therapeutische Arbeitserprobungen ergänzt. Die Analysen konnten 15 Monate nach der Rehabilitation weder geringere Fehlzeiten noch günstigere körperliche und psychische Lebensqualitätswerte zugunsten der in den medizinisch-beruflich orientierten Programmen behandelten Personen zeigen. Moderatoranalysen legten allerdings nahe, dass Teilnehmer mit einer am Rehabilitationsbeginn geringen Wiedereingliederungsprognose nach 15 Monaten günstigere psychische Lebensqualität und Krankheitsbewältigung berichteten als vergleichbare Teilnehmer, die in der Kontrollgruppe rehabilitativ versorgt wurden. Diese Rehabilitanden bewerteten auch ihre Arbeitssituation besser als vergleichbare Kontrollgruppenteilnehmer.

3 Implementierung

Um die Implementierung der MBOR zu unterstützen, hat die Deutsche Rentenversicherung ein Anforderungsprofil entwickelt. Neben Empfehlungen zur Zielgruppe sowie Dauer und Häufigkeit der berufsorientierten Kernangebote wurden Ziele, Durchführungshinweise sowie materielle und personelle Voraussetzungen formuliert (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019). Um die Qualitätssicherung zu unterstützen, wurde die Kodierung der Angebote standardisiert. Nimmt ein Rehabilitand an allen vier Kernangeboten mit der minimalen empfohlenen Behandlungsdosis teil, sind bei einer dreiwöchigen Rehabilitation mindestens elf Stunden berufsorientierte diagnostische und therapeutische Leistungen durchzuführen (Tabelle 1). Dies entspricht bei Muskel-Skelett-Erkrankungen etwa einem Sechstel der in den Entlassungsberichten dokumentierten Gesamtdosis diagnostischer und therapeutischer Leistungen. Damit die Leistungen zusätzlich erbracht werden können, haben einige Rentenversicherungsträger die Verweildauerkorridore für die MBOR verlängert. Bei längerer Rehabilitationsdauer, z.B. bei psychischen Erkrankungen, ist eine höhere Gesamtdosis sinnvoll.

Um in der realen Versorgung Ergebnisse zu erreichen, die mit denen vergleichbar sind, die in den randomisierten kontrollierten Studien beobachtet wurden, sollten die implementierten Programme in Zielgruppe und Behandlungsdosis den Programmen entsprechen, für die ein Nachweis der Wirksamkeit erbracht wurde. In den vergangenen Jahren wurden daher – insbesondere im orthopädischen Setting – einige Studien durchgeführt, die geprüft haben, wie die Implementierung der Empfehlungen des Anforderungsprofils in der Regelversorgung gelungen ist und welche Effekte mit der Implementierung einhergehen.

Eine die Erprobung des Anforderungsprofils begleitende Machbarkeitsstudie in sieben Rehabilitationseinrichtungen bestätigte, dass die Empfehlungen des Anforderungsprofils umgesetzt werden können, offenbarte aber auch eine erhebliche Heterogenität der erreichten Dosis. Insbesondere die Umsetzung des Arbeitsplatztrainings variierte (Bethge et al., 2014b). Die im Anforderungsprofil beschriebene Zielgruppe wurde nur eingeschränkt erreicht. Nur jede zweite in der MBOR behandelte Person erfüllte die Kriterien, die im Anforderungsprofil für die Zielgruppe benannt werden. Der Einsatz eines Screening-Instruments verdoppelte die Chance, dass in den beteiligten Einrichtungen eine der Zielgruppenbeschreibung entsprechende Zuweisung in die MBOR erfolgte (Bethge et al., 2014a). In den vergangenen Jahren hat sich der Implementierungsgrad, insbesondere in der Rehabilitation bei Muskel-Skelett-Erkrankungen, verbessert (Bethge et al., 2018; Bethge et al., 2019; Bethge et al., 2016; Fauser et al., 2020).

Zwei aktuell publizierte Studien, die im orthopädischen Setting durchgeführt wurden, haben über den Implementierungsgrad hinaus geprüft, welche Effekte mit medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsprogrammen in der realen Versorgung erreicht werden. In einer multizentrischen Studie wurden 641 in der MBOR behandelte Personen und 641 ähnliche in der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation behandelte Personen verglichen. Die Vergleichbarkeit beider Stichproben wurde durch ein Propensity-Score-Matching gewährleistet (Bethge et al., 2019). Nur 46,6% der Studienteilnehmer hatten einen Wert von mindestens 30 Punkten auf dem SIMBO und gehörten zur eigentlich intendierten Zielgruppe. Die im Anforderungsprofil beschriebene Mindestdosis berufsorientierter Leistungen wurde im Mittel erreicht, allerdings war der Implementierungsgrad auch in dieser Studie sehr heterogen. Die mittlere Dosis berufsorientierter Leistungen, die in den 64 Einrichtungen, die eine MBOR durchführten, erbracht wurde, reichte von 2,8 Stunden bis über 20 Stunden. Trotz der offensichtlichen Abweichungen vom Anforderungsprofil waren die Teilnehmer der MBOR nach zehn Monaten häufiger und schneller wieder in Arbeit und berichteten eine günstigere selbst eingeschätzte Arbeitsfähigkeit. Der absolute Effekt zugunsten der MBOR war mit sechs Prozentpunk-

ten allerdings deutlich geringer als in den randomisierten kontrollierten Studien. Die Ergebnisse der Per-Protocol-Analyse, die ausschließlich Personen mit Werten auf dem SIMBO von mindestens 30 Punkten und einer dem Anforderungsprofil entsprechenden Minimaldosis berufsorientierter Leistungen einschloss, zeigte deutlichere Vorteile zugunsten der MBOR. Eine vergleichbare Studie verwendete administrative Daten zu versicherungspflichtiger Beschäftigung und Transferleistungen, um die Wirksamkeit einer regulär implementierten MBOR zu prüfen (Fauser et al., 2020). Auch diese Studie nutzte ein Propensity-Score-Matching, um Stichproben mit vergleichbaren Ausgangsbedingungen zu generieren. Ein Jahr nach Rehabilitationsende waren 64% der Personen, die eine MBOR erhalten hatten, sozialversicherungspflichtig beschäftigt, aber nur 53% der Personen, die eine herkömmliche medizinische Rehabilitation erhalten hatten. Das Risiko, eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen, halbierte sich für Teilnehmer der MBOR.

In einer gerade abgeschlossenen Implementierungsstudie wurde neben der Implementierung im orthopädischen Setting auch die Implementierung im psychosomatischen Setting untersucht. In dieser Studie wurde in 15 orthopädischen und sechs psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen, die von der Deutschen Rentenversicherung Nord belegt wurden, geprüft, wie das Anforderungsprofil in den Jahren 2016 bis 2018 umgesetzt wurde. In neun von 15 orthopädischen Abteilungen wurden im Mittel mindestens elf berufsorientierte Stunden realisiert. Im psychosomatischen Setting wurden trotz der längeren, i. d. R. fünföchigen Rehabilitation weniger berufsorientierte Leistungen als im orthopädischen Setting durchgeführt. Insbesondere die anforderungsorientierte Diagnostik und das Arbeitsplatztraining wurden in den psychosomatischen Abteilungen kaum dokumentiert. Berufsbezogene Gruppen wurden zwar häufiger als im orthopädischen Setting angegeben, aber wenn die längere Rehabilitationsdauer in Rechnung gestellt wird, war es nur etwa die Hälfte der Rehabilitanden, die im psychosomatischen Setting ein ausreichend dosiertes berufsbezogenes Gruppenangebot erhalten hat.

Jenseits des orthopädischen Settings bleibt die Implementierung des Anforderungsprofils eine He-

Tabelle 1:

Empfehlungen des Anforderungsprofils zum Umfang der Kernangebote medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation

Komponente	Minimale Dauer	Mindestanteil der Rehabilitanden
Berufsbezogene Diagnostik	90 min	100%
Sozialberatung	30 min	100%
Berufsbezogene Gruppen	180 min	50%
Arbeitsplatztraining	360 min	50%

Anmerkung: Berufsbezogene Gruppen und das Arbeitsplatztraining müssen nach Anforderungsprofil nicht in jedem Fall erbracht werden. Der Mindestanteil der Rehabilitanden bezieht sich auf alle Teilnehmer einer Einrichtung, die eine MBOR erhalten.