



## **„Mensch, du hast Recht“: Ist Reha wirksam?**

„rehalitätsnah“ - ein Wissenschaftspodcast mit Dr. Marco Streibelt.

Dr. Marco Streibelt

Mensch, du hast Recht auf Rehabilitation.

Aber was bringt das eigentlich? Ist Reha wirksam? Erreicht sie die Ziele, die an sie gestellt werden? Und, wie kann das gemessen werden? Die Antworten gibt es in dieser Folge.

„rehalitätsnah“

Ein Wissenschaftspodcast mit Dr. Marco Streibelt.

Dr. Marco Streibelt

Wir wissen, die Rentenversicherung finanziert Rehabilitationsleistungen, um Menschen mit chronischen Erkrankungen in Arbeit zu halten oder wieder in Arbeit zu bringen.

Und wir haben gerechnet, die Menschen kehren tatsächlich häufiger wieder in die Arbeit zurück, häufiger, als wenn sie keine Reha machen würden.

Eine Investition von 1 Euro in die Rehabilitation schafft einen volkswirtschaftlichen Nutzen von 2 bis 3 Euro nach einem und etwa 5 Euro nach zwei Jahren.

So, rechnen wir das mal hoch und Achtung, jetzt kommen noch mehr Zahlen.

Im Jahr 2024 investierte die Deutsche Rentenversicherung 8,3 Milliarden Euro in die Rehabilitation. Nach unseren Analysen bedeutet das, eine solche Investition kann zu etwa 40 Milliarden Euro volkswirtschaftlicher Rendite für die Gesellschaft führen. Und das schon in den ersten beiden Jahren nach der Reha.

Wie wurde das gerechnet? Warum ist sowas wichtig?

Über den Nutzen und die Wirksamkeit in der Reha und deren Messbarkeit, darüber spreche ich heute mit Prof. Dr. Michael Schuler von der Hochschule Bochum.

Herzlich willkommen, lieber Michael.

Prof. Dr. Michael Schuler  
Hallo, ja, danke, dass ich hier sein darf.

Dr. Marco Streibelt  
Starten wir ganz persönlich. Micha, wie stellst du dich anderen Menschen vor?

Prof. Dr. Michael Schuler  
Ja, mein Name ist Michael Schuler.  
Ich bin von Haus aus Psychologe, habe lange Jahre, bald 20 Jahre in der Reha-Forschung gearbeitet, damals an der Universität Würzburg vor allem. Und seit 2020 habe ich die Professur für Forschungsmethoden an der Hochschule Bochum inne.

Dr. Marco Streibelt  
Ja, genau die richtige Professur, um dieses Thema heute zu bearbeiten.  
Aber noch vorher nochmal eine persönliche Nachfrage von mir. Was bedeutet für dich Menschlichkeit in der Reha?

Prof. Dr. Michael Schuler  
Ich glaube, Menschlichkeit in der Reha ist für mich am besten durch das Ziel der Reha symbolisiert. Also es geht ja um Teilhabe. Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, das ist für jeden anders. Wir sind da in der Lebenswelt der Personen an sich drin.  
Es geht nicht nur um ihre Krankheit, sondern wir wollen, dass die Leute in ihrem Leben, in ihrer Lebensrealität teilhaben könnten, so als wenn es diese Einschränkungen nicht gäbe.

Dr. Marco Streibelt  
Also Reha gestaltet...

Prof. Dr. Michael Schuler  
...oder hilft den Leuten wieder zur Selbstgestaltung. Ich glaube, so steht das auch im SGB 9, §1, Selbstbestimmung...

Dr. Marco Streibelt  
...Selbstbestimmung und Teilhabe Genau, das hatten wir ja auch schon mit Herrn Welti Anfang des Jahres. Und Herr Welti hat uns ja erzählt, Reha ist kein Privileg, sondern letztlich konkret ein Recht auf, und da zitiere ich mal das Sozialgesetzbuch,  
*„... die notwendigen Leistungen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit...“*  
So steht es im SGB 1 sogar drin, also im grundlegenden Sozialgesetzbuch. Jetzt ist die Frage für mich, wenn das klar ist, dass das ein Recht ist und dass das sozusagen auch ein klares Ziel hat, warum brauchen wir noch eine Idee davon, was Reha bringt, ob sie wirksam ist?

Prof. Dr. Michael Schuler

Naja, also nur, weil wir ein Recht auf etwas haben, auf eine Maßnahme, heißt es ja nicht, dass diese Maßnahme auch in der Lage ist, das zu erbringen. Das müssen wir ja nachweisen. Das gehört vielleicht in den großen Bereich der evidenzbasierten Medizin. Also wir können nicht einfach nur behandeln, ohne dass wir wissen, ob es tatsächlich wirksam ist. Hier haben die Menschen ein Recht auf eine wirksame Leistung in dem eben definierten Sinne.

Dr. Marco Streibelt

Also evidenzbasierte Medizin, was ist darunter so zu verstehen?

Prof. Dr. Michael Schuler

Ich mache es mal ganz einfach mit evidenzbasierter Medizin meinen wir einfach, dass medizinische Leistungen nachgewiesen haben müssen, dass sie wirksam sind, also tatsächlich zum Beispiel Symptome reduzieren, Krankheiten heilen und dass es auch nach wissenschaftlichen Kriterien nachgewiesen ist, möglichst hochwertig nachgewiesen.

Dr. Marco Streibelt

Das heißt, es reicht nicht einfach, jemandem eine Tablette zu geben und dann gehen die Kopfschmerzen weg und dann sagt man, super, die Tablette hilft gegen Kopfschmerzen.

Prof. Dr. Michael Schuler

Nein, ich muss nachgewiesen haben, dass die Wirksamkeit tatsächlich auf die Kopfschmerztablette zurückzuführen ist und Alternativmöglichkeiten oder Alternativerklärungen muss ich ausgeschlossen haben.

Dr. Marco Streibelt

Ich fand ganz interessant, wie deine Erläuterung ist von Notwendigkeit von Wirksamkeit, dass du das aus der Sicht der Versicherten der Menschen, die die Leistung in Anspruch nehmen, argumentiert hast. Denn die evidenzbasierte Medizin dient ja erstmal dazu, das Handeln der Professionals zu gestalten. Das heißt, die Ärztinnen und Ärzte müssen ihr eigenes Handeln ausrichten an Empfehlungen, die aus solchen Studien kommen.

Prof. Dr. Michael Schuler

Ja, aber das Ziel oder der Grund, weshalb dass die Ärzte oder alle in diesem Bereich tätigen, so handeln sollen, ist ja dann wiederum, dass der Patient den entsprechenden Nutzen hat, den er erwartet.

Dr. Marco Streibelt

Und ich kann sagen, aus der Perspektive der Rentenversicherung, wir finanzieren ja Reha mit 8 Milliarden Euro ungefähr im Jahr. Uns ist natürlich auch wichtig, dass die Mittel gut eingesetzt sind, und wir müssen das auch irgendwie rechtfertigen. Und es geht auch darum, auf der Versorgungsebene diese Leistung zu legitimieren.

Prof. Dr. Michael Schuler

Genau, es wäre die Legitimationsfunktion, die sind natürlich die Rehabilitation auch für die gesamte Gesellschaft, für die Rentenversicherung nachweisen muss.

Dr. Marco Streibelt

Genau. Wie würdest du denn den Begriff der Wirksamkeit vor diesem Hintergrund definieren?

Prof. Dr. Michael Schuler

Ich würde ihn jetzt auch wieder aus der Kundenperspektive sozusagen sehen, ob es der Rehabilitation gelingt, die Teilhabebedürfnisse der Rehabilitanten zu erfüllen.

Also ob sie mit den Einschränkungen, die sie haben, trotzdem wieder so weit das irgendwie möglich ist, am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Das ist, glaube ich, das übergeordnete Ziel und das muss eigentlich eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllen.

Dr. Marco Streibelt

Und das ist dann unter Wirksamkeit zu verstehen. Also eine Leistung ist dann wirksam, wenn sie die Teilhabeziele realisiert von einzelnen Menschen.

Prof. Dr. Michael Schuler

Und wenn diese Realisierung tatsächlich auf die Maßnahme zurückführbar ist.

Dr. Marco Streibelt

Ich glaube, das ist ein ganz wichtiger Punkt, dieser Nachsatz. Wir haben es ja immer mit Kausalität da zu tun. Und das ist nicht so einfach zu verstehen, denn Kausalität heißt ja nicht unbedingt Zusammenhang. Das hatten wir ja auch schon häufiger jetzt in der Vergangenheit in den einzelnen Folgen.

Wie kann man Wirksamkeit messen? Was muss man dafür tun? Was ist da schwierig?

Prof. Dr. Michael Schuler

Ich darf mal kurz mit einem einfachen Beispiel wieder anfangen. Ich gehe auf die Kopfschmerzen von gerade eben ein.

Also ich glaube, viele Menschen, oder wir denken häufig, wenn es um Wirksamkeit von medizinischen Maßnahmen geht, haben wir so einen Prototyp im Kopf, wie zum Beispiel, ich habe jetzt Kopfschmerzen, ich nehme eine Kopfschmerztablette und nach einer Weile

merken wir, die Kopfschmerzen verschwinden. Und oftmals denken wir dann, ja, das liegt jetzt an der Tablette. Aber wir kennen auch, dass wir alle irgendwie dann denken, lag es jetzt wirklich an der Tablette, wären die Kopfschmerzen nicht auch von alleine weggegangen?

Dr. Marco Streibelt

Da ist das Beispiel, die Kinder. Ich habe meinen Kindern durchaus schon mal ein Gummibärchen gegeben oder was ähnliches oder ein Smarties und die Schmerzen sind auch weggegangen.

Prof. Dr. Michael Schuler

Das wäre dann wahrscheinlich eine Variante des Placebo-Effekts, also des Erwartungseffektes. Das heißt, wir haben in diesem Beispiel jetzt mindestens zwei alternative Erklärungsweisen. Es könnte auf neue, uns noch nicht bekannte Wirkungsweisen des Gummibärchens zurückzuführen sein. Oder es war ein Erwartungseffekt.

Wir wollen jetzt genau wissen, woran liegt es tatsächlich? Und da reicht so ein Selbstversuch irgendwie nicht aus. Genau dafür haben wir etwas, was wir randomisierte, kontrollierte Studien irgendwie nennen.

Also wir untersuchen nicht nur eine Person, wir untersuchen viele Personen, wir untersuchen nicht nur Personen, die tatsächlich sozusagen ein Kopfschmerzmedikament oder das Gummibärchen irgendwie bekommen, sondern auch eine Kontrollgruppe, die eben dieses Medikament nicht bekommt und wir vergleichen dann, was in beiden passiert. Wir weisen die Person dann noch randomisiert zu, zu beiden Gruppen, damit die Personengruppen sich nicht voneinander unterscheiden. Und ganz idealerweise, um jetzt diesen Erwartungseffekt noch rauszubekommen, verblinden wir die Person. Verblinden bedeutet weder die Patienten noch die Behandler wissen, in welcher von den beiden Gruppen jetzt eine bestimmte Person ist.

Und mit diesem Konstrukt gelingt es uns praktisch, alle anderen Erklärungsmöglichkeiten auszuschließen, sodass wenn wir dann noch einen Unterschied sehen, jetzt in der Kopfschmerzproblematik zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe, können wir uns schon ziemlich, ziemlich sicher sein, dass das eigentlich auf das Medikament zurückzuführen ist. Dann haben wir den Nachweis gemacht.

Dr. Marco Streibelt

Und dann beginnen die Probleme, wenn wir uns eine Reha vorstellen.

Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass zwei Gruppen eine weiße Pille kriegen. In der einen weißen Pille ist eine Substanz drin, in der anderen ist Zucker drin.

Wie macht man sowas denn in der Reha?

Prof. Dr. Michael Schuler

Wenn wir dieses Beispiel vergleichen mit der Reha, sehen wir gleich Unterschiede in ganz vielen Bereichen. Sagen wir einfach, okay, es sind Personen mit Kopfschmerzen.

Wer kommt denn in die Reha?

Ja, es sind Personen irgendwie zum Beispiel mit chronischen Rückenschmerzen oder mit Depressionen. Diese Grunderkrankungen sind aber schon an sich deutlich komplexer als jetzt

Kopfschmerzen. Also sie unterscheiden sich extrem voneinander. Das heißt, sie haben ganz viele unterschiedliche Erkrankungen.

Dann sind auch damit ableitbar, deren Ziele der Rehabilitation oftmals etwas sehr anderes. Wir haben vorhin schon gesagt, dass es Teilhabe ist, eigentlich das Ziel der Reha.

Die Menschen leben in ganz unterschiedlichen Lebenswelten und verfolgen damit schon ganz unterschiedliche Ziele. Das ist extrem schwierig zu messen. Teilehaber an sich haben wir eigentlich noch keine richtig gute Möglichkeit. Deswegen weichen wir häufig auf andere Skalen auf. Jetzt hier bei medizinischer Rehabilitation gehen wir davon aus, dass die Teilhabebeeinträchtigungen vor allem durch die zugrunde liegende Erkrankung oder Erkrankungen und zumindest durch die Symptome irgendwie mit verursacht sind, dann versuchen wir Symptomskalen zum Beispiel zu verwenden.

Dr. Marco Streibelt

Die Symptome sollen sich verbessern und wenn sie sich verbessern, gehen wir davon aus, dass mehr Teilhabe gelingt.

Prof. Dr. Michael Schuler

Genau, das ist sozusagen so ein Grundgedanke und dann erfassen wir zum Beispiel Schmerz oder Depressivität.

Aber wir haben es mit Personen mit chronischen Erkrankungen in der Regel zu tun, in der medizinischen Reha. Das heißt, es gelingt uns jetzt im Gegensatz zu dem Kopfschmerzbeispiel oftmals nicht, die Symptome tatsächlich komplett zu reduzieren.

Wenn das irgendwie möglich wäre, zumindest in vielen Fällen, dann hätten wir das im Akutbereich schon geschafft. In die Reha kommt man ja meistens erst, wenn man im Akutbereich schon viel ausprobiert hat und wir haben weiterhin das Ziel Teilhabe, dann müssen wir schauen, wie können die Personen Teilhabe realisieren, trotz der bestehenden Symptomatik. Und das ist das Endziel bei den Personen. Also das heißt, das müssen wir irgendwie erfassen. Das ist sozusagen irgendwie schwierig.

Und dann haben wir nochmal das Besondere in der Rehabilitation. Ich kann nicht in die Apotheke gehen und mir eine Rehabilitation kaufen, sondern ist ein Antragsverfahren. Ich muss einen Antrag stellen. Und wenn der Antrag genehmigt wurde, dann habe ich ein Recht auf Rehabilitation.

Dr. Marco Streibelt

Wo wir wieder beim Thema wären.

Prof. Dr. Michael Schuler

Genau, ein Recht auf Rehabilitation innerhalb von sechs Monaten zu bekommen.

Und dann kann ich nicht einfach eine Kontrollgruppe machen oder ist zumindest schwierig, irgendwie eine Kontrollgruppe zu realisieren, wo man sagen will, okay, die kriegen jetzt einfach keine Reha.

Dr. Marco Streibelt

Weil sie ein Recht drauf haben. Sie könnten dagegen klagen.

Prof. Dr. Michael Schuler

Genau. Sie haben ein Recht darauf.

Dr. Marco Streibelt

Das heißt, diese Vergleichsgruppe ist auch schwierig.

Prof. Dr. Michael Schuler

Die ist schwierig zu realisieren. Manchmal geht es.

Aber nicht nur das Recht macht es schwierig, sondern häufig haben wir es ja auch mit Erkrankungen zu tun. Die werden mit der Zeit schlechter. Wenn ich nichts tue, irgendwie gehe ich davon aus, wenn ich drei, vier Monate abwarte, dann könnte sich die Erkrankung nochmal deutlich verschlechtern. Wenn ich jetzt zum Beispiel, was man machen kann, eine Kontrollgruppe, die die Reha-Maßnahmen eher etwas später bekommt, das nennt man eine Wartekontrollgruppe. Aber damit sozusagen ist ein Grundprinzip, damit ich solche Studien überhaupt machen kann, ist, es darf einer Person, die an einer Studie teilnimmt, die darf keinen Nachteil an der Studienteilnahme haben.

Wenn die Person in der Kontrollgruppe ist, bekommt sie die Reha ja vielleicht später, also wenn sie überhaupt nicht an der Studie teilgenommen hätte.

Dr. Marco Streibelt

Okay. Ja, wenn sie nicht an der Studie teilnimmt, kriegt sie ihre Reha sofort.

Das ist also eher ein Vorteil, nicht an der Studie teilzunehmen.

Prof. Dr. Michael Schuler

Zumindest, wenn es keine Wartezeit gibt, gerade für die Reha.

Dr. Marco Streibelt

Und wenn ich so an Verblindungen denke, ist es, glaube ich, auch nicht so einfach, jemandem vorzuenthalten, dass er eine Reha kriegt.

Prof. Dr. Michael Schuler

Wenn die Maßnahme an sich unabhängig ist von der Person, die sie gibt.

Dr. Marco Streibelt

Aber heißt das jetzt, dass solche randomisierten kontrollierten Studien gar nicht gehen?

Prof. Dr. Michael Schuler

Es gibt Versuche, beziehungsweise es gibt Umsetzungen.

Ich durfte auch selber an einer mitwirken. Es geht und wir sollten es auch mehr tun, als wir es bisher getan haben. Aber es gibt eben viele Voraussetzungen.

Dr. Marco Streibelt

Dann erzähl doch einfach mal von deinen Erfahrungen. Also wie habt ihr es geschafft, trotzdem ein RCT, heißt das ja als Abkürzung, in der Reha zu implementieren.

Prof. Dr. Michael Schuler

In der Indikation Asthma. Es ging um Asthma-Rehabilitation. Und da haben wir eben eine Wartekontrollgruppe gehabt.

gutDas heißt, die Personen wurden, nachdem sie über die Studie informiert worden sind und die haben dann eingewilligt, an der Studie teilzunehmen, wurden die randomisiert. Das heißt, randomisiert bedeutet zufällig zugeteilt zur Intervention oder Kontrollgruppe.

Die Interventionsgruppe hat die Rehabilitation relativ schnell nach der Antragstellung erhalten, ungefähr vier Wochen irgendwie danach und die Kontrollgruppe erst fünf Monate später.

Und dann konnten wir später die Ergebnisse, also der Haupt-Outcome haben wir gemessen in der Interventionsgruppe, sozusagen drei Monate nach der Reha.

Das war dann gleichzeitig wie der Beginn der Reha in der Kontrollgruppe. Könnte das so, auf einem Diagramm, kann man das irgendwie gut zeigen.

Dr. Marco Streibelt

Also versetzt, man muss sich das genau versetzen.

Prof. Dr. Michael Schuler

Also ein bisschen versetzt, genau. Das heißt, wir haben hier fünf Monate. Die Personen in der Interventionsgruppe waren am Anfang auch noch zu Hause und haben dann eine Reha bekommen und danach waren sie drei Monate wieder zu Hause. Und die Kontrollgruppe war die ganzen fünf Monate zu Hause.

Das heißt, wir haben eine Rehabilitationsmaßnahme gegen treatment as usual oder sagt man da manchmal verglichen, dass die Personen, die zu Hause waren, die haben natürlich nicht nichts gemacht. Die haben ihre ganz normale ambulante Behandlung weitergemacht.

Die waren in Intensiv-Management-Programmen drin. Die waren bei ihrem Pneumologen.

Dr. Marco Streibelt

Also die kriegen nicht nichts, die kriegen das, was man sozusagen kriegen würde, wenn man keine Reha macht.

Prof. Dr. Michael Schuler

In der Versorgungsforschung, oftmals manchmal ein Missverständnis, in der gesamten

Versorgungsforschung, untersuchen wir in randomisierten, kontrollierten Studien immer Interventionen nicht gegen nichts, sondern wir untersuchen Interventionen im Vergleich zu die sonstige Standardversorgung.

Dr. Marco Streibelt

Was kam raus, genau.

Prof. Dr. Michael Schuler

Wenn das Ergebnis irgendwie auch interessiert. Also hier war der Haupt-Outcome, war die sogenannte Asthmakontrolle.

Das etwas vereinfacht gesagt ist das ein Indikator für die Asthmasymptomatik, also wie stark die Asthmasymptome irgendwie sind. Und hier haben wir tatsächlich sehr, sehr große Effekte zugunsten der Rehabilitation zeigen können.

Wir haben noch diverse andere Outcomes untersucht, auch zum Beispiel die subjektive Arbeitsfähigkeit. Auch da haben wir einen deutlichen Effekt zugunsten der Interventionsgruppe.

Dr. Marco Streibelt

Also bei Asthma scheint die Reha gut zu funktionieren und wirksam zu sein.

Prof. Dr. Michael Schuler

Wir haben alle Personen nach diesem Erhebungszeitraum nochmal bis insgesamt ein Jahr nach der Reha beobachtet. Also dann die Daten noch weiter erhoben. Und wir haben gesehen, die Effekte bleiben ungefähr auf diesem Niveau. Also die sacken wieder ein bisschen ab, aber nicht viel.

Die sind immer noch nach einem Jahr viel, viel. Also die Asthmakontrolle ist bei den Personen immer noch viel, viel, viel besser als zu Beginn der Reha. Also da haben wir auch einen langfristigen Effekt. Wir beobachten die Person eigentlich immer noch.

Aber wir haben ja die Erklärung, warum sind die Werte angestiegen, haben wir durch die vorgelagerte RCT erklären können. Das heißt, man bräuchte jetzt irgendwie eine andere Erklärung außer die Wirkung der Reha. Was erklärt mir denn, dass die Werte so weit oben bleiben? Das heißt, hier haben wir durch eine Kombination von einer randomisierten, kontrollierten Studie mit einem Studiendesign, das sonst eher wenig gut geeignet ist, eine Wirksamkeit nachzuweisen, nämlich ich beobachte einfach nur den Verlauf über die Zeit. Aber wenn man die beiden Sachen miteinander kombiniert, können wir schon sehr viele Aussagen darüber machen.

Dr. Marco Streibelt

Finde ich ganz interessant. Also kann man es jetzt nur für Asthma sagen, jetzt mal übergreifend betrachtet oder ist das auch in anderen Erkrankungsgruppen so gelaufen oder gibt es anderweitige RCTs in der Reha?

Prof. Dr. Michael Schuler

Ja, es gibt einen ganz anderen Designansatz noch.

Das war die berühmteste, die Merced-Studie. Da geht es um chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Die haben im Endeffekt ein bisschen sowas wie eine randomisierte, kontrollierte Studie. Sie haben simuliert. Personen sind über Krankenkassendaten waren es, glaube ich, identifiziert worden, bei denen ein Reha-Bedarf bestehen könnte. Und die wurden dann randomisiert in zwei unterschiedliche Beratungsleistungen. Und die eine Beratungsleistung hat stark empfohlen, eine Reha zu machen. Und die andere nicht so sehr. Und dann hat man nachher irgendwie geschaut, okay, wie viele von den Personen haben denn tatsächlich jeweils in beiden Gruppen eine Reha in Anspruch genommen? Und unter denen, die Reha in Anspruch genommen haben, auf der einen Seite und bei denen, die keine Reha in Anspruch genommen haben, auf der anderen Seite hat man geschaut, wie groß sind denn die Effekte? Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Und da fand sich auch ein Effekt zugunsten der Interventionsgruppe.

Dr. Marco Streibelt

Geht natürlich nur bei den Gruppen, wo man erstens mit anderen Kriterien Reha Bedarf gut nachbilden kann, also quasi vorher auch mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Gruppe trifft, die auch Reha Bedarf hat.

Und zum Zweiten muss man natürlich irgendwie hoffen, dass diese Beratungsleistung funktioniert.

Prof. Dr. Michael Schuler

Genau.

Dr. Marco Streibelt

Das heißt, da, wo man es mal versucht hat mittels RCT, da ist es in der Regel auch gelungen, kann man so sagen.

Prof. Dr. Michael Schuler

In der Regel, wobei die Regel jetzt einfach nicht ist. Es gab noch nicht so viel.

Dr. Marco Streibelt

Die Regel ja eine Ausnahme ist.

Prof. Dr. Michael Schuler

Genau. Die Regel ist eher die Ausnahme.

Dr. Marco Streibelt

Gibt es Alternativen dazu? Ich meine, wir haben Reha-Forschung seit 25 Jahren. Wir haben extrem viele Studien, die empirisch auch jetzt sich angeschaut haben, wie sich die Menschen

nach einer Reha entwickeln, kann man auf der Basis nicht auch was zur Wirksamkeit sagen. Ich glaube, da kannst du auch was zu erzählen.

Prof. Dr. Michael Schuler

Genau. Ich würde sagen, ja und nein.

Also es geht eigentlich immer darum, was ich vorhin gemeint habe, dass wir versuchen müssen, Alternativerklärungen zu reduzieren.

Das Ideale davon ist die randomisierte, kontrollierte Studie, aber wenn man die nicht einsetzen kann, muss man versuchen, andere Studiendesigns einzusetzen.

Ich fange mal ganz kurz an mit einem Design, das eigentlich nicht gut dafür geeignet ist.

Immer, wenn Daten einfach nur über einen Verlauf vorliegen.

Dr. Marco Streibelt

Also das heißt, die Leute füllen vorher einen Fragebogen aus und nach der Reha und den Unterschied misst man dann und sagt, das hat die Rea gemacht.

Prof. Dr. Michael Schuler

Genau, das wäre sozusagen die einfachste Variante irgendwie dieses Designs. Also ich messe vor der Intervention, nach der Intervention und dann sehe ich irgendwie einen Unterschied und sage, das war die Reha.

Das hatten wir schon bei den Kopfschmerzen irgendwie gesehen oder bei den Gummibärchen. Das muss nicht unbedingt die Reha sein.

Das heißt, das ist eigentlich ein Design, das ist fast gar nicht geeignet, um wirklich Wirksamkeit nachzuweisen, weil wir immer noch ganz viele Alternativerklärungen für das Zustande-Kommen dieses Unterschiedes irgendwie haben.

Dr. Marco Streibelt

Aber es ist nicht so, jetzt mal ganz blöd gefragt, wenn ich etwas hundertmal mache und es kommt hundertmal dasselbe raus, ist die Wahrscheinlichkeit nicht höher, dass es tatsächlich dadurch bedingt ist?

Prof. Dr. Michael Schuler

Wenn ich hundertmal dem Kind irgendwie oder 100 verschiedenen Kindern irgendwie ein Gummibärchen gebe und sage, die Kopfschmerzen gehen weg. Und bei all diesen 100 Kindern irgendwie werden die Kopfschmerzen irgendwie weniger durch das Gummibärchen, habe ich immer noch nicht nachgewiesen, dass es an dem Gummibärchen liegt. Es ist einfach immer überall der gleiche Fehler drin. Und den kriege ich nicht weg, wenn ich ganz viele irgendwie davon mache.

Aber was trotzdem für die Diskussion in der Reha finde ich wichtig wäre, was wir in diesen Studien gefunden haben, ist eben, dass sie nicht alle zu den gleichen Ergebnissen kommen. Im Gegenteil, die unterscheiden sich extrem die verschiedenen Studien.

Dr. Marco Streibelt  
Womit hat das zu tun?

Prof. Dr. Michael Schuler

Also da wurde bisher auch wenig drauf geschaut. Also meine Hypothese ist die, dass der tatsächliche Reha-Effekt vielleicht deutlich stärker, als wir bisher irgendwie angenommen haben, von der konkreten Realisierung einer Rehabilitation in einer bestimmten Klinik und von der Klientel, die in dieser Klinik ist, abhängt. Also von diesen zwei Faktoren.

Dr. Marco Streibelt

Das heißt, wie eine Einrichtung eine Reha realisiert, spielt eine ganz entscheidende Rolle.

Prof. Dr. Michael Schuler

Scheint so zu sein.

Dr. Marco Streibelt

Und wir wissen aber noch nicht so richtig, woran es liegt. Wir wissen nur, dass es so ist.

Prof. Dr. Michael Schuler

Genau, ein Aspekt, den wir, wenn wir darüber nachdenken, was bedeutet Wirksamkeit der Reha überhaupt?

Also reden wir so wie bei einer Kopfschmerztablette irgendwie davon, wo es eigentlich um die Wirksamkeit von einem bestimmten definierten Wirkstoff irgendwie geht?

Oder ist es nicht so, Wirksamkeit der Reha ist eigentlich eher so eine Abstraktion oder so ein zusammenfassender Begriff. Eigentlich müssten wir davon sprechen, unter welchen Bedingungen, vielleicht für welche Personen ist Reha besonders wirksam und wann vielleicht eher nicht.

Dr. Marco Streibelt

Das heißt umgekehrt auch, und da will ich nochmal ein anderes Thema ansprechen wollen, eure Asthma-Studie. Ihr habt Glück gehabt, dass ihr die richtige Einrichtung mit den richtigen Leuten erwischt habt.

Prof. Dr. Michael Schuler

Wissen wir nicht. Könnte ja theoretisch sein, dass es in einer anderen Einrichtung die Effekte sogar noch größer sind.

Dr. Marco Streibelt

Du hast jetzt viel über die direkten, auch gesundheitsbezogenen Effekte in den Kliniken gesprochen, auch über die Rolle der Kliniken.

Wenn wir Reha so eher als System betrachten und Reha als Leistungsart betrachten, interessiert uns als Rentenversicherung und das will die Politik auch wissen, inwiefern wir mit dieser Leistungsart das erreichen, was im Sozialgesetzbuch drinsteht. Das heißt, letztlich geht es natürlich auch um eine Schmerzreduzierung, um eine Symptomverringering, weil man annehmen könnte, dass die Leute dann mehr teilhaben. Aber letztlich geht es um Teilhabe und bei uns um Teilhabe am Arbeitsleben.

Und da komme ich wieder auf unsere Studie zurück, die wir als Rentenversicherung gemacht haben. Und wir haben uns tatsächlich die Beschäftigungseffekte ja auch angeschaut. Für alle, die das interessiert, dazu gibt es auch einen Bericht, den können die Zuhörenden auch nachlesen, ist bei uns im Internet runterzuladen unter [www.deutsche-rentenversicherung.de/reha-wirkt](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/reha-wirkt).

Wenn Sie das nicht lesen, sondern vielleicht hören, sehen und mitdiskutieren wollen, dann vielleicht in dem Zusammenhang noch ein ganz kleiner Disclaimer noch.

Eine Einladung an alle Zuhörenden von mir in unserer digitalen Ring-Vorlesungsreihe rehalitätsnah Open Mic werde ich die Analysen am 13. Mai 2026 um 16 Uhr vorstellen.

Wer dabei sein möchte, schickt uns einfach eine Mail. Die Mail-Adresse, die finden Sie überall, wo wir im Internet verortet sind. Ich kann es nochmal ansagen:

[forschung-berufliche-reha@drv-bund.de](mailto:forschung-berufliche-reha@drv-bund.de).

Aber zurück zur Analyse. Wir haben ja auf Basis der Analyse den Schluss gezogen, Reha ist wirksam und Reha lohnt sich. Wir haben sogar eine Zahl, 1 Euro steckst du rein, nach zwei Jahren kriegst du 5 Euro raus. Du als Experte, du hast den Bericht ja auch gelesen, wie ist deine Einschätzung?

Prof. Dr. Michael Schuler

Generelle Einschätzung irgendwie von dem Ansatz ist erstmal positiv. Ich will es mal kurz vergleichen beziehen auf die Probleme, die wir vorhin irgendwie genannt haben.

Also was ihr da erfasst habt, ist ja schon mal etwas, wo wir sagen, okay, das ist relevant. Das ist ein Teil von Teilhabe.

Dr. Marco Streibelt

Die Teilhabe, für die wir zuständig sind laut SGB. Arbeit.

Prof. Dr. Michael Schuler

Also betrachtet man sozusagen Reha als Gesamtleistung, Gesamtsystem.

Die statistischen Ansätze, die ihr verwendet habt, die reichen nicht aus, um wirklich alle Alternativerklärungen auszuschließen, aber doch eine ganze Menge.

Dr. Marco Streibelt

Also man muss sagen, wir haben eine gesamte Jahreshkohorte betrachtet, nämlich in dem einen Fall alle Menschen, die im Jahr 2017 eine Reha absolviert haben, in der zweiten Analyse -Strategie alle Leute, die 2016 einen Antrag gestellt haben. Also wir haben sozusagen eine Vollerhebung und da ist es schwerlich möglich, im Nachgang bestimmten Leuten keine Reha zugeben.

Prof. Dr. Michael Schuler

Genau, es ist sozusagen, man versucht sozusagen einen komplett anderen Ansatz und versucht sozusagen, okay, wie kann man sich damit sozusagen der Kausalität zumindest sozusagen annähern irgendwie.

Also dieser Goldstandard, der sich ja dadurch auszeichnet, dass er alle anderen Alternativerklärungen sozusagen ausschließen kann, wenn man den nicht erreicht oder sozusagen heißt es ja nicht, dass man zurückfallen muss und dann ein Gruppen-Post-Design irgendwie macht, sondern man braucht eben die Ansätze, die dafür geeignet sind, zumindest einige wichtige Alternativerklärungen irgendwie auszuschließen.

Und ihr habt relativ komplexe statistische Modelle und komplizierte statistische Modelle da angewandt. Die erklären wir jetzt sozusagen irgendwie nicht im Einzelnen.

Dr. Marco Streibelt

Nee, aber vielleicht kann man sagen, eine Sache, die enorm wichtig ist, du brauchst halt irgendeine Form von Vergleichsbedingungen. Also du brauchst irgendwie einen Vergleich, um die Relation abzuschätzen.

Das eine ist die Vergleichsbedingung, der Verlauf vor einer Reha versus Verlauf nach der Reha und dann eben über die Kontrolle von Zeiteffekten, wie du gesagt hast, versucht, Alternativerklärungen auszuschließen. Und bei dem anderen sind wir so vorgegangen, dass wir gesagt haben, wer einen Antrag auf Reha stellt, der ist sozusagen relativ nah am Reha Bedarf dran. Und wir haben dann eine natürliche Gruppe, die vielleicht auch trotz bewilligtem Antrag, die Reha nicht in Anspruch nimmt. Und die haben wir sozusagen als natürliche Vergleichsgruppe genommen.

Wir haben monatliche, in der einen Analyse sogar wöchentliche Daten zum Erwerbsstatus gehabt und konnten sozusagen Verläufe modellieren.

Das ist die große Stärke dieser Analyse. Wir haben ja rausgekriegt, und das fand ich auch interessant, beide Analysestrategien sind ja zu ungefähr ähnlichen Ergebnissen auch gekommen. Das muss man ja auch sagen. Die Effekte sind sehr homogen in beiden. Wir wären sehr vorsichtig gewesen mit der Veröffentlichung, wenn die komplett sich unterschieden hätten.

Aber dem ist nicht so. Wir können einen Reha-Effekt von ungefähr 15 Prozentpunkten auf die Erwerbswahrscheinlichkeit auf Basis dieser beiden Analysestrategien annehmen, was nicht schlecht ist. Also heißt auf Deutsch, wenn ich die Reha nicht mache, habe ich eine Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent später zu arbeiten. Mache ich die Reha, habe ich eine Wahrscheinlichkeit für 65 Prozent.

Immerhin.

Prof. Dr. Michael Schuler

Und immerhin.

Dr. Marco Streibelt

Immerhin. Und das kann man eben auch monetär bewerten und kann sagen, wer arbeitet, der schafft Produktivität, der kriegt einen Lohn, den er wiederum konsumiert.

Damit wird die Bruttowertschöpfung gesteigert in Deutschland. Und gleichzeitig fallen die

Leute aus der Transferzahlung raus. Heißt, sie kriegen kein Arbeitslosengeld, sie kriegen kein Krankengeld von den Krankenkassen oder Übergangsgeld von uns. Das kann man dann gegenrechnen. Und so kommt man dann zu den 1 zu 5, 1 Euro rein, 5 Euro raus.

Gut, also wir können, glaube ich, festhalten und ich bin froh, dass du das so positiv siehst, weil wir hatten natürlich auch ein bisschen Angst damit, in die Community zu gehen, denn der oder die RCT ist eben der Goldstandard, gerade wenn man aus einem Forschungsbereich kommt, der stark über Psychologie, Medizin sich rekrutiert.

Aber ich glaube, wir kommen gerade für unsere Komplexintervention Reha immer stärker dazu, über Alternativen zum RCT nachzudenken, weil es einfach nötig ist.

Prof. Dr. Michael Schuler

Hier ging es ja nicht um die Entscheidung, mache ich eine randomisierte kontrollierte Studie oder mache ich etwas anderes. Randomisierte, kontrollierte Studie war einfach nicht möglich, also muss ich irgendwas anderes machen.

Da finde ich euren Ansatz irgendwie schon sehr vielversprechend, also weil er eben versucht, auch sozusagen neuere Entwicklungen sozusagen in der Forschungsmethodik mit aufzunehmen. Ich glaube, in die Richtung müssen wir auch noch mehr weitergehen.

Dr. Marco Streibelt

Und man muss ehrlich sagen, ist auch ein technologischer Fortschritt. Dadurch, dass die Rechnerkapazitäten so sind, wie sie sind, können wir mit diesen Datenmengen überhaupt so hantieren. Das hätten wir vor 10, 15 Jahren gar nicht gekonnt. Muss man auch nochmal der Ehrlichkeit halber sagen.

Prof. Dr. Michael Schuler

Diese Verfahren, die ihr da verwendet habt, braucht man ja aber auch viele Beobachtungen, um das überhaupt rechnen und schätzen zu können. Also wir können das nicht mit den Daten, die wir normalerweise in Reha-Kliniken irgendwie erheben, mit ein paar hundert Leuten, irgendwie können wir diese Modelle nicht rechnen.

Dr. Marco Streibelt

Nee, das stimmt. Ja, eine Frage zum Abschluss vielleicht mit Blick in die Zukunft. Wie geht es weiter?

Was müsste sich denn deiner Meinung nach ändern, damit die Wirksamkeit von Reha künftig besser nachgewiesen werden kann?

Prof. Dr. Michael Schuler

Wir brauchen vielleicht Einsicht, Demut, Mut und Kreativität.

Dr. Marco Streibelt

Hervorragend.

Prof. Dr. Michael Schuler

Also wir brauchen sozusagen eine Einsicht irgendwie darin, erstmal, dass wir uns nochmal klarmachen, wie komplex einfach diese Fragestellung nach der Wirksamkeit der Rehabilitation ist.

Dr. Marco Streibelt

Es ist keine Tablette.

Prof. Dr. Michael Schuler

Es ist keine Tablette und dann reicht es eben nicht, dass ich eine Studie mache und dann einfach mal schaue, Person vor der Reha, nach der Reha. Ah, ich sehe, es geht ihnen besser und dann dieses Design als Wirksamkeitsnachweis zu interpretieren.

Also so viel Einsicht irgendwie sollten wir ja irgendwie mitbringen. Beziehungsweise auch dann die Demut irgendwie dazu haben, zu sagen, na, okay, die Studien können wir so nicht interpretieren.

Und dann eben den Mut. Mut heißt irgendwie, dass wir uns auch sozusagen trauen, kreative, neue Designs auszuprobieren und auch wirklich den Mut, aber auch zu haben, an diese Fragestellung ranzugehen. Das kann über solche Ansätze sein, wie die, die du gerade eben beschrieben hast.

Vielleicht gibt es noch deutlich mehr Kombinationen oder deutlich mehr Ansätze, die man ausprobieren könnte. Und man muss sich aber auch trauen, die Frage tatsächlich zu stellen. Angenommen bei der Asthma, bei unserer Studie Epra wäre rausgekommen, der Interventionsgruppe geht es nachher nicht besser als der Kontrollgruppe.

Dr. Marco Streibelt

Die Angst vorm schlechten Ergebnis?

Prof. Dr. Michael Schuler

Angst vor schlechten Ergebnissen irgendwie, müssen wir uns, das dürfen wir jetzt nicht verschweigen. Also da müssen wir uns irgendwie schon stellen.

Dr. Marco Streibelt

Ich glaube, wir brauchen diese Angst gar nicht so sehr zu haben.

Denn das ist eine substanzielle Intervention, auch in anderen Ländern sehen wir, dass das die Intervention ist, um quasi Menschen, die Probleme haben, Lösungsmöglichkeiten anzubieten für Teilhabe. Also ich glaube, die Art und Weise, wie wir Reha machen, das ist schon gut so.

Ich glaube, wir müssen einfach einen Schritt weitergehen und überlegen, wie können wir sie so ausgestalten, dass wir wirklich die großen Effekte erzielen und nicht eben kleinere Effekte, wie du sie ja auch genannt hast.

Also wir müssen uns, glaube ich, mit den Rahmenbedingungen noch stärker beschäftigen.

Wie muss Reha aussehen, damit sie effektiv ist oder wirksam ist? Das sollte im Vordergrund

stehen.

..... *rehalitäts-Check*.

Dr. Marco Streibelt

Was sind die wichtigsten drei Fakten, die wir jetzt mitgenommen haben? Man kann nicht einfach vorher und nachher messen und den Unterschied, wenn er schön und positiv ist, zu 100% auf die Intervention zurückführen, die man testen möchte.

Das ist sozusagen eine ganz wichtige Message, die ich mal loswerden möchte und die du auch wieder bestätigt hast.

Zweitens, es ist trotzdem nicht so einfach wie gedacht. Ich mache eine randomisierte Studie und ermittle die Effektivität.

Es ist weitaus komplexer, das Feld und wir haben nur einige wenige Punkte auf den Plan gerufen und diskutiert, die einen Einfluss haben könnten, warum wir vielleicht doch nicht durch ein RCT Wirksamkeit bestimmen können oder wie ein RCT aussehen muss oder wie eine Alternative aussehen kann.

Und drittens, dass heißt nicht, dass wir sozusagen handlungsunfähig sind, sondern wir müssen über den Tellerrand schauen. Wir müssen uns vielleicht von dem Goldstandard lösen. Wir müssen vielleicht über gute Alternativen nachdenken und die diskutieren.

Und darauf bin ich schon ganz gespannt.

Ich danke dir erstmal, Micha.

Prof. Dr. Michael Schuler

Gerne.

Dr. Marco Streibelt

Und ich wollte dich fragen, hast du Lust auf ein Spielchen?

Prof. Dr. Michael Schuler

Ja, warum nicht?

Dr. Marco Streibelt

Gut! Micha, Erinnerst du dich an deine letzte gute Tat? Große oder kleine?

Prof. Dr. Michael Schuler

Wir machen demnächst einen neuen Studiengang bei uns, einen Studiengang Gesundheitspsychologie, bei dem ich auch die Studiengangsleitung habe.

Das heißt, ich habe ein Interesse daran, dass Personen in diesen Studiengang kommen.

Ich hatte aber eine Studentin irgendwie zur Beratung, die in den Studiengang wollte oder sich dafür interessiert hat. Ich habe so ein bisschen komisches Gefühl, dass es wirklich irgendwie bei ihr passt. Und dann haben wir länger darüber gesprochen und im Endeffekt habe ich ihr abgeraten davon.

Aber wir haben gemeinsam sozusagen eine Alternative, der für sie und für ihre Lebensrealität deutlich besser passt, als jetzt in diesen neuen Studiengang nochmal reinzugehen. Ich hoffe, das war so für die Person tatsächlich sozusagen eine gute Tat.

Dr. Marco Streibelt

Das muss man in einem RCT erst überprüfen.

Nächste Frage.

Gibt es einen Satz oder einen Spruch, der dich immer wieder ermutigt, der dich trägt, so ein Leitmotiv?

Prof. Dr. Michael Schuler

Ich will mal hier versuchen, ein wörtliches Zitat zu bringen, nämlich dass Missverständnisse und Trägheit vielleicht mehr Irrungen in der Welt machen, als List und Bosheit. Wenigstens sind die beiden Letzteren gewiss seltener. Das ist eine Variante von Hanlon's Razor. Irgendwie vereinfacht gesagt, versuche nicht Bosheit als Erklärung irgendwie zu nennen, wenn Dummheit ausreicht. Aber das gefällt mir jetzt sozusagen mit der Dummheit irgendwie nicht so, mir gefällt sozusagen diese Variante irgendwie besser. Die stammt aus den Leiden des jungen Werther. Also ich habe häufig danach gelebt, ohne dieses Zitat zu kennen.

Dr. Marco Streibelt

Das heißt, wenn irgendwas nicht gut gelaufen ist, was schiefgegangen ist oder so, dann hast du nicht gleich an böse Absicht gedacht, sondern hast erstmal überlegt, was könnte vielleicht in der Kommunikation schiefgelaufen sein, missverständlich gewesen sein.

Prof. Dr. Michael Schuler

Einfach Missverständnis. Oder einfach sozusagen unterschiedliche Vorstellungen. Aber ich glaube, wenn man da nicht hinguckt, dann können sehr schnell Irrungen in der Welt irgendwie entstehen.

Dr. Marco Streibelt

Ja, ja. Welcher Moment hat dir zuletzt das Gefühl gegeben, das war jetzt richtig gut?

Prof. Dr. Michael Schuler

Ich habe früher sehr viel Tischtennis irgendwie gespielt und konnte das dann eine Weile lang aus beruflichen und anderen Gründen irgendwie kaum noch irgendwie tun. Und dann habe ich irgendwann mal wieder angefangen Und es war am Anfang furchtbar.

Dr. Marco Streibelt

Ball zu klein.

Prof. Dr. Michael Schuler

Es war so als sprechen der Schläger und der Ball eine vollkommen unterschiedliche Sprache. Und dann nach ein paar Wochen, tatsächlich auch in einem Spiel gegen einen richtig guten Gegner, Plötzlich hatte es Klick gemacht und plötzlich funktionierte irgendwie wieder alles, wie ich das von früher kannte. Ich hatte das Gefühl, der Ball gehorcht mir und das hatte er vorher irgendwie nicht. Und danach hatte ich das Gefühl, ich habe das Spiel zwar verloren, aber es war egal, aber es hat einfach wieder richtig funktioniert. Ich war so im richtigen Flow in diesem Spiel irgendwie drin. Und danach dachte ich. Ja, so muss es sein.

Dr. Marco Streibelt

Und das Schöne ist, Tischtennis kann man ja bis ins hohe Alter spielen. Ja, ich habe nur einen Freund, der auch Tischtennis spielt, auch in so einem Verein auf regionaler Ebene und der erzählt immer, wie unterschiedlich die Mannschaften aussehen. Das da wirklich so ein 15-Jähriger mit so einem 60-Jährigen dann da ankommen und das ist ein Team.

Prof. Dr. Michael Schuler

Das, ist was sehr schönes am Tisch, du hast nicht nur eine Altersgruppe da.

Dr. Marco Streibelt

Im Sinne einer Lernkultur schätzen wir ja neue Erfahrungen sehr. Gab es in der jüngsten Vergangenheit eine Situation aus der du jetzt Neues mitnehmen konntest? So ein Aha-Effekt.

Prof. Dr. Michael Schuler

Erstmal würde der Psychologe in mir jetzt sagen, naja, wir lernen ja dauernd. Allein schon irgendwie die Welt verändert sich ständig um uns herum und wir passen uns eher an und sozusagen. Und von daher lernen wir immer, wenn wir was Neues gelernt haben, heißt ja nicht, dass es damit aufhört. Meistens ergibt sich aus was Gelerntem dann nochmal was anderes. Irgendwas ganz Neues passiert plötzlich in meinem ganz normalen Alltag und wenn wir auf sowas irgendwie aufmerksam sind, lernen wir, glaube ich, viele Dinge auch.

Dr. Marco Streibelt

Sehr schön.

Ja, vielen Dank für deine Offenheit.

Vielen Dank für die tollen Antworten, sowohl im fachlichen als auch im spielerischen Teil und für das Gespräch. Danke, Micha.

Prof. Dr. Michael Schuler  
Nochmal danke für die Einladung.

Dr. Marco Streibelt

Mensch, du hast recht. Freuen Sie sich auch auf die nächsten Folgen, in denen es um Sie und um Ihr Recht auf Rehabilitation geht.

Am 13. Mai 2026 um 16 Uhr spreche ich in unserer digitalen Ringvorlesungsreihe rehalitätsnahe Open Mic über den volkswirtschaftlichen Nutzen und über die Wirksamkeit der Rehabilitation der Rentenversicherung und diskutiere gern mit Ihnen, inwiefern das wirklich Nachweis von Wirksamkeit oder auch nicht ist.

Sie haben jetzt in dieser Folge das Rüstzeug für diese Diskussion mitbekommen.

Ich freue mich drauf, auf die Diskussion, auf folgende Folgen.

Vielen Dank fürs Zuhören. Bis dann.