



Deutsche  
Rentenversicherung

# Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

- Anforderungsprofil zur Durchführung der  
Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)  
im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung
- Aktualisierte Auflage: 30.10.2023



## Vorwort

Das Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung baut auf seinen Vorgängern, der Erstversion aus dem Jahr 2012 sowie der Aktualisierung aus dem Jahr 2015, auf. Es wurde überarbeitet, um wesentliche Neuentwicklungen der MBOR zu berücksichtigen.

Das Anforderungsprofil beschreibt die Rahmenbedingungen einer erfolgreichen Ausgestaltung der MBOR im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Die vorliegende Fassung berücksichtigt neben gesetzlichen Neuerungen insbesondere eine stärkere Orientierung an der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) sowie an Erkenntnissen aus Forschung und Wissenschaft.

Die MBOR-Kernangebote wurden geschärft und stärker indikationsübergreifend ausgerichtet. Die Angebote beziehen sich somit nicht mehr nur auf Besonderheiten einzelner Indikationen oder Erkrankungen, sondern auf Beeinträchtigungen in den Aktivitäten und der Teilhabe sowie auf umwelt- und personbezogene Faktoren. Die MBOR-Angebote sind nun passgenauer und unabhängiger von der zugrunde liegenden Erkrankung anwendbar. Die MBOR-Stufe C erfuhr vorwiegend durch die Erfahrungen aus dem gemeinsamen Modellprojekt der DRV Baden-Württemberg und der DRV Bund eine weitere Konkretisierung.

Die zeitnahe Rückkehr ins Erwerbsleben nach dem Reha-Aufenthalt ist das erklärte Ziel der MBOR. Aktuelle Forschungsergebnisse und Erfahrungen weisen darauf hin, dass MBOR nur dann effektiv durchgeführt werden kann, wenn die richtige Zielgruppe angesprochen sowie der gesamte Reha-Prozess für die Rehabilitanden erkennbar auf MBOR ausgerichtet wird. Das aktualisierte Anforderungsprofil wird dem noch besser gerecht, indem es die MBOR als festen, klar identifizierbaren und damit auch überprüfbaren Bestandteil der medizinischen Rehabilitation definiert.

Die Aktualisierung des MBOR-Anforderungsprofils stellt für die Rentenversicherung einen entscheidenden Schritt für die konzeptionelle Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation dar und schafft eine gemeinsame Grundlage für arbeitsbezogene Einrichtungskonzepte im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung.



Dr. med. Susanne Weinbrenner  
Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Konzept und Zielgruppen der MBOR</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Evidenzbasierte Grundlagen der MBOR</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Die MBOR und ihr Leistungsspektrum</b>	<b>10</b>
4.1	Ablauf und Rehabilitationsprozess in der MBOR	10
4.2	Motivationsförderung in der MBOR	11
4.3	Zusammenarbeit mit externen Institutionen in der MBOR	13
4.4	MBOR-Basisangebote (Stufe A)	14
4.4.1	Identifikation von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit BBPL	14
4.4.2	Sozialrechtliche Informationen	15
4.4.3	Weitere Basisangebote	16
4.5	MBOR-Kernangebote (Stufe B)	16
4.5.1	Berufsbezogene Diagnostik	17
4.5.2	Psychosoziale Beratung in der MBOR	19
4.5.3	Berufsbezogene Gruppen	20
4.5.4	Arbeitsplatztraining	22
4.6	Spezifische MBOR-Angebote (Stufe C)	24
4.6.1	Leistungen zur erweiterten Abklärung der Belastbarkeit	25
4.6.2	Leistungen zur beruflichen Perspektivenbildung	26
4.7	Übergangsmangement in der MBOR	28
	<b>Zusammenfassende Darstellung der Anforderungen an die MBOR-Angebote</b>	<b>30</b>
	<b>Weiterführende Literatur</b>	<b>31</b>

# 1 Einleitung

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Teilhabe, um den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten, ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

Das SGB IX hat durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) im Jahr 2018 den Anspruch behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen auf Selbstbestimmung und volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe neu formuliert und gestärkt (§ 1 SGB IX). Eine stärkere Ausrichtung auf personenzentrierte Leistungen, aber auch die Koordinierung der Leistungen (§§ 14ff. SGB IX), einschließlich des nahtlosen Übergangs zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) (§ 10 SGB IX), sind hierbei zentrale Vorgaben.

Parallel dazu konnte weltweit ein Paradigmenwechsel weg von der rein an Krankheiten orientierten Therapie hin zur Bearbeitung von Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit, insbesondere der (beruflichen) Aktivitäten und Teilhabe, beobachtet werden, der in der Veröffentlichung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) durch die WHO mündete. Hieraus ergibt sich für die Deutsche Rentenversicherung der Auftrag, den Versicherten effektive, besonders auf die Teilhabe am Erwerbsleben zentrierte und möglichst eng verknüpfte Leistungen anzubieten.

Eine dritte aktuelle Entwicklungslinie betrifft die zunehmende Forderung nach passgenau zugeschnittenen Reha-Strategien, die nicht nur die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe der Versicherten, sondern auch ihre Neigungen und Wünsche sowie ihre individuelle lebensweltliche Situation stärker berücksichtigen. Ein solches personenzentriertes Vorgehen stellt neue Anforderungen an die Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. Dazu gehören das Teilhabeplanverfahren nach §§ 19ff. SGB IX und die eigentliche Rehabilitation begleitende Angebote wie das Fallmanagement.

Aktive berufliche Integration ist sowohl aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als auch aus ökonomischen Gründen der Ansatz mit den größten Erfolgsaussichten, langfristig und effektiv die Auswirkungen von Krankheit und Behinderung auf die Teilhabe am Erwerbsleben und am Leben in der Gemeinschaft positiv zu beeinflussen. Oft kann dieses Ziel erreicht werden durch geringfügige Veränderungen am Arbeitsplatz, durch Modifikation von Arbeitsabläufen, durch Verwendung geeigneter Hilfsmittel oder durch Veränderung der persönlichen Einstellungen, insbesondere zu Arbeit und Beruf. Voraussetzung dafür ist allerdings eine Strategie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, die den hohen Stellenwert der Erwerbsfähigkeit berücksichtigt. Die bewusste Fokussierung auf Fragestellungen der Berufs- und Arbeitsrealität, die entsprechende Ausrichtung vorhandener Strategien sowie die zielgerichtete Weiterentwicklung erwerbsbezogener diagnostischer und therapeutischer Module müssen deshalb im Konzept jeder Einrichtung verankert sein, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für die gesetzliche Rentenversicherung durchführt.

Im Ergebnis muss jede Einrichtung der medizinischen Rehabilitation diagnostische und therapeutische Kompetenz auf dem Feld der beruflichen Integration entwickeln und vorhalten. Bei besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) legt die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) einen in der Intensität noch darüber hinausgehenden besonderen Schwerpunkt auf die spezifischen Problemlagen des – bisherigen oder angestrebten – Arbeitsplatzes.

Analog zur stationären medizinischen Rehabilitation haben grundsätzlich auch alle ambulanten medizinischen Reha-Einrichtungen diagnostische und therapeutische Kompetenz auf dem Feld der beruflichen Integration zu entwickeln und vorzuhalten. Die Nähe zum beruflichen Umfeld und die Möglichkeit einer direkten Vernetzung mit diesem bieten in der ambulanten Rehabilitation besonders geeignete Rahmenbedingungen zur Stärkung des Berufs- und Arbeitsplatzbezugs.

Die Anforderungen gelten – zum Teil an die spezifischen Bedarfe und Bedingungen von Verfahren und Rehabilitationsablauf angepasst – auch für die Anschlussrehabilitation (AHB), nicht jedoch für die Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Die Suchtrehabilitation erfolgt unter anderen Rahmenbedingungen (z. B. längere Behandlungsdauer, höherer Anteil arbeitsloser Rehabilitanden) und realisiert bereits eine weitgehende berufliche Orientierung (siehe die Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014).

## 2 Konzept und Zielgruppen der MBOR

Leitgedanke der MBOR ist die Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt und insbesondere dem aktuellen bzw. angestrebten Arbeitsplatz. Die MBOR stellt eine konzeptionelle Weiterentwicklung von Reha-Diagnostik und Reha-Therapie dar, die gezielt an den gesundheitlich bedingten beruflichen Problemlagen und der gefährdeten oder bereits geminderten Teilhabe am Erwerbsleben ansetzt. Damit erweitert die MBOR das potenzielle Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation um explizit arbeitsbezogene Leistungen.

Vor dem Hintergrund der ICF – in deren Mittelpunkt die Konzepte Aktivität und Teilhabe stehen – ist die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung „als Teil eines berufsorientierten Partizipationsmanagements“ zu verstehen.<sup>1</sup> In diesem Kontext ist die MBOR auch als durchgängige Philosophie im Denken und Handeln des gesamten Reha-Teams zu betrachten. Die Durchführung einer erfolgreichen MBOR erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit aktuellen Strukturen und Prozessen, insbesondere mit der Kommunikation und Zusammenarbeit, in einer Rehabilitationseinrichtung. Sie ist also nicht nur eine konzeptionelle Erweiterung des fachlich-therapeutischen Angebotes, sondern soll sich – für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erkennbar – als „roter Faden“ durch den gesamten Rehabilitationsprozess ziehen.

Die MBOR erweitert also die medizinische Rehabilitation um eine Sichtweise, die berufliche Aspekte in alle Phasen der Rehabilitation einbezieht. Das kann in der Praxis durch die Einführung zusätzlicher diagnostischer oder therapeutischer Leistungen oder auch durch eine substanzielle Veränderung vorhandener Angebote im Sinne von Umwandlung oder Substitution umgesetzt werden.

Es können zwei Grundfunktionen der MBOR definiert werden: Die primäre Zielstellung der MBOR besteht in der wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der erheblich gefährdeten oder bereits geminderten Erwerbsfähigkeit, um den Anforderungen am (alten oder angestrebten) Arbeitsplatz nachhaltig gerecht werden zu können. Dies geschieht durch die Verbesserung der personenbezogenen Ressourcen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bzw. den Abbau von Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben. Falls dies nicht gelingt, also frühzeitig absehbar wird, dass der Arbeitsplatz in der bisherigen Form trotzdem nicht wieder eingenommen werden kann, steht das Ziel des möglichst nahtlosen Übergangs in eventuell erforderliche nachfolgende Leistungen im Mittelpunkt, um die Bedingungen des Arbeitsplatzes und -verhältnisses an die dauerhaft geminderte Erwerbsfähigkeit anzupassen. Bei Bedarf sind durch die Reha-Einrichtungen LTA anzuregen, jedoch ohne diese bereits konkret zu benennen.

Gemäß dieser Zielstellungen können folgende Stufen der MBOR unterschieden werden:

**Stufe A:** Alle medizinischen Rehabilitationseinrichtungen richten ihre Rehabilitationsleistungen nach § 15 SGB VI am Ziel der dauerhaften beruflichen Wiedereingliederung aus und bieten **beruflich orientierte Basisangebote** an.

---

<sup>1</sup> Müller-Fahrnow W, Greitemann B, Radoschewski FM et al. Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Rehabilitation 2005; 44(05):287–296

Inhalte:

Diagnostikbausteine (Feststellung erwerbsbezogener Problemlagen); Therapiebausteine (Arbeitsplatzberatung, Ergonomieschulung, sozialrechtliche Informationen mit Berufsbezug).

Zielgruppe:

Die MBOR-Stufe A ist ein Angebot für alle aktiv Versicherten der Deutschen Rentenversicherung, die die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine stationäre oder ganztägig-ambulante medizinische Rehabilitation erfüllen.

**Stufe B:** Medizinische Rehabilitationseinrichtungen mit einem entsprechenden Schwerpunkt bieten über die beruflich orientierten Basisangebote hinausgehende Rehabilitationselemente **(MBOR-Kernangebote)** an.

Inhalte:

Berufsbezogene Diagnostik, Psychosoziale Beratung in der MBOR, Berufsbezogene Gruppenangebote, Arbeitsplatztraining.

Zielgruppe:

MBOR-Kernangebote sind bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit BBPL, mithin einer deutlichen (auch subjektiv empfundenen) Diskrepanz zwischen beruflicher Leistungsfähigkeit und den Arbeitsanforderungen der aktuellen bzw. zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit angezeigt. Dabei handelt es sich um Personen, die besonderer Angebote bedürfen, um den bisherigen oder einen angestrebten Arbeitsplatz wieder einnehmen zu können. Versicherte mit BBPL können anhand folgender Merkmale identifiziert werden:

- problematische sozialmedizinische Verläufe mit langen oder häufigen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und/oder Arbeitslosigkeit
- negative subjektive berufliche Prognose, verbunden mit der Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes längerfristig nicht gerecht werden zu können (auch bei Vorliegen eines Rentenantrags)
- aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderung

**Stufe C:** Die spezifischen MBOR-Angebote zielen auf die Identifikation des weiterführenden Reha-Bedarfs von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die Erarbeitung einer neuen beruflichen Perspektive sowie die Unterstützung der Einleitung ggf. folgender LTA.

Inhalte:

z.B. Belastungserprobung MBOR, Potenzialanalyse.

Zielgruppe:

Spezifische MBOR-Angebote richten sich an eine Teilmenge der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der MBOR-Stufe B, bei denen absehbar oder fraglich ist, dass sie ihren alten oder einen entsprechenden Arbeitsplatz nicht wieder erfolgreich einnehmen können. Möglicherweise werden deshalb LTA erforderlich.

Leistungen der MBOR-Stufe A werden mit der bisherigen strukturellen und personellen Ausstattung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation bereits abgedeckt. In den Stufen B und C sind die personellen und strukturellen Voraussetzungen für die MBOR in den einrichtungsindividuellen Konzepten zu operationalisieren. Die MBOR-Stufe C ist als optionales Angebot der Reha-Einrichtungen zu verstehen, welche bereits die Stufe B anbieten. Sie kann in Verbindung mit Kooperationspartnern (z.B. Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation) erbracht werden.

Bisherige Schätzungen gehen davon aus, dass etwa ein Drittel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden BBPL aufweisen und damit für die MBOR-Stufe B in Frage kommen. Dieser Anteil variiert je nach Indikationsbereich. In der Neurologie und der Psychosomatik weist fast jede(r) Zweite BBPL auf. Geringer fällt die Quote in der Orthopädie mit ca. 30 % aus.<sup>2</sup> Noch etwas geringer wird der Bedarf bei internistischen Erkrankungen vermutet. Weitere Unterschiede existieren hinsichtlich der regionalen Arbeitsmarktlage und des Berufsbildes. Besonders hoch ist der Anteil an BBPL in Regionen mit schlechtem Arbeitsmarkt sowie in Berufen mit hoher körperlicher Beanspruchung. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass die Wahrscheinlichkeit einer BBPL mit sinkendem Bildungsniveau zunimmt.

Auch in der AHB können BBPL vorliegen. Bei der Bedarfsprüfung sind jedoch akute postoperative Beeinträchtigungen und mittelfristige Teilhabestörungen zu unterscheiden. Inwieweit für eine AHB-Rehabilitandin bzw. einen AHB-Rehabilitanden mit BBPL im Einzelfall eine MBOR-Stufe B geeignet ist, hängt von deren/dessen MBOR-Fähigkeit (z.B. postoperativ) ab. Grundsätzlich ist die individuelle MBOR-Fähigkeit bei Vorliegen einer BBPL klinisch zu beurteilen. Auch in der psychosomatischen Rehabilitation kann es im Einzelfall aufgrund mangelnder Belastbarkeit kontraindiziert sein, eine MBOR-Stufe B durchzuführen. Sollte dies trotz vorhandener BBPL festgestellt werden, ist eine entsprechende Begründung erforderlich.

---

<sup>2</sup> Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM. Gesundheitsbedingte berufliche Problemlagen. In: Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM (Hrsg.) Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2009:9-13

### 3 Evidenzbasierte Grundlagen der MBOR<sup>3</sup>

Das Kernangebot der MBOR – die MBOR-Stufe B – wurde in den letzten 15 Jahren intensiv wissenschaftlich begleitet. Ein Großteil der Studien widmete sich der Analyse der Effektivität der MBOR gegenüber einer „herkömmlich“ durchgeführten medizinischen Rehabilitation in verschiedenen Indikationsbereichen. Damit wurde versucht, die relative Wirksamkeit der MBOR, also den zusätzlichen Nutzen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, herauszuarbeiten. Weitere Studien existieren zur Durchführbarkeit und Machbarkeit einer MBOR. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Frage, wie realistisch aktuell definierte Anforderungen an Reha-Einrichtungen sind. Darüber hinaus ging es um die Eingrenzung der zentralen Erfolgsfaktoren einer „guten“ MBOR. Nähere Informationen zu den wissenschaftlichen Ergebnissen sind der Anlage „Weiterführende Literatur“ zu entnehmen.

Die bisherige Studienlage lässt zum aktuellen Zeitpunkt zusammenfassend folgende vorsichtige Schlussfolgerungen zu:

- Die MBOR-Stufe B kann für Personen mit einer BBPL die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation in Bezug auf die Chance der beruflichen Teilhabe erhöhen.
- Die MBOR ist nur dann effektiv, wenn die richtige Zielgruppe erreicht wird, wenn die MBOR ausreichend intensiv ist und seitens der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als „roter Faden“ in der Durchführung wahrgenommen wird.
- Bisherige Studien konnten die Effektivität der MBOR in der orthopädischen, mit Einschränkungen auch in der psychosomatischen und kardiologischen Rehabilitation belegen.
- Die wenigen Studien zur MBOR in der neurologischen und onkologischen Rehabilitation konnten deren Wirksamkeit bisher nicht belegen.
- Für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der AHB liegen bislang keine differenzierten Analysen zur Effektivität der MBOR vor.

---

<sup>3</sup> Die in diesem Abschnitt verwendete Literatur kann unter folgendem Link abgerufen werden: [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de)

## 4 Die MBOR und ihr Leistungsspektrum

Die nachfolgend dargestellten Behandlungsprozesse und Therapieangebote stellen eine nicht abschließende Liste möglicher Ansätze im Bereich der beruflichen Orientierung dar, über die hinaus weitere spezielle und hier nicht klassifizierbare Angebote bestehen können. In der Praxis hat sich gezeigt, dass der anzulegende MBOR-Leistungsumfang – je nach individueller Schwere der beruflichen Problematik – einen wesentlichen Anteil der Rehabilitation umfassen kann.

Der Großteil der in dem folgenden Abschnitt beschriebenen MBOR-Angebote basiert auf dem an der Universität Würzburg durchgeführten und durch die Deutsche Rentenversicherung sowie das Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Umsetzungsprojekt „Systematische Sammlung und wissenschaftliche Bewertung von Interventionsbausteinen zur gezielten Bearbeitung beruflicher Problemlagen während der medizinischen Rehabilitation“, aus dem ein Praxishandbuch „Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation“ sowie eine umfangreiche Webseite hervorgegangen sind.<sup>4</sup> Wertvolle Anregungen und Hinweise zur konzeptionellen Schärfung des Anforderungsprofils gingen auch aus dem Forschungsprojekt „MBOR-Management: Projekt zur formativen Evaluation einer Steuerung von PatientInnen mit besonderer beruflicher Problemlage in berufsbezogene Therapiekonzepte“ hervor.<sup>5</sup>

Die folgenden Ausführungen stellen die grundlegenden Mindestanforderungen der Deutschen Rentenversicherung für Reha-Einrichtungen dar. Eine konkretisierende Manualisierung des einrichtungsspezifischen MBOR-Konzeptes ist unerlässlich. Darüber hinaus sollten Reha-Einrichtungen belegen können, dass ihre MBOR-Angebote dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechen und entsprechende Konzepte als Bestandteil des Einrichtungskonzepts regelmäßig aktualisiert werden.<sup>6</sup>

### 4.1 Ablauf und Rehabilitationsprozess in der MBOR

Die arbeits- und berufsbezogene Orientierung ist konzeptioneller Bestandteil der medizinischen Rehabilitation und betrifft den gesamten Rehabilitationsprozess von der Antragstellung bis zur Nachsorge.

Bereits im Vorfeld der medizinischen Rehabilitation kann durch den Sozialmedizinischen Dienst der Rentenversicherung eine BBPL erkannt und die gezielte Zuweisung in eine Einrichtung, die ein entsprechendes Behandlungsangebot bereit hält, empfohlen werden. Das Erkennen einer BBPL (z.B. berufliche Belastungen, Arbeitsplatzprobleme) kann aufgrund der Aktenlage erfolgen, sollte jedoch durch den Einsatz eines Screenings unterstützt werden (vgl. Kapitel 4.4.1).

Unabhängig von einer gezielten Empfehlung durch den Sozialmedizinischen Dienst der Rentenversicherung ist es Aufgabe der Reha-Einrichtung, systematisch Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit BBPL zu identifizieren.

---

<sup>4</sup> Löffler S, Gerlich C, Lukasczik M et al. Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, 3. Auflage; 2012 und [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de)

<sup>5</sup> Bethge M, Brandes I, Kleine-Budde K et al. Abschlussbericht zum Projekt „MBOR-Management – Formative Evaluation der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)“ im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung; 2012

<sup>6</sup> Siehe unter: [www.deutsche-rentenversicherung.de/reha-anbieter](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/reha-anbieter)

Der Einsatz eines Screeninginstruments stellt hier eine wichtige Entscheidungsgrundlage dar. Die Zuweisungsentscheidung selbst sollte aber im Reha-Team getroffen werden (vgl. Kapitel 4.4.1).

Im Anschluss an die Feststellung einer BBPL muss im Rahmen der MBOR-Stufe B eine differenzierte und interdisziplinäre anforderungsorientierte Diagnostik erfolgen, um einen individuellen Behandlungsplan ableiten zu können. Diese Diagnostik erfordert neben der differenzierten klinischen Untersuchung und Exploration einen Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden. Ergänzend zu Arbeitsplatzbeschreibungen können auch Informationen aus dem „Berufenet“ der Bundesagentur für Arbeit oder anderen Quellen herangezogen werden. Die Erfassung des anforderungsbezogenen Fähigkeitsprofils erfolgt möglichst unter Verwendung anerkannter Verfahren zur Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (z.B. Functional Capacity Evaluation-Verfahren (FCE-Verfahren), vgl. Kapitel 4.5.1). Auch die arbeits- und berufsbezogenen Behandlungserwartungen und die Motivation, sich mit diesen Fragestellungen auseinander zu setzen, müssen zu Beginn der Rehabilitation erfasst werden. Die Förderung dieser Motivation während der gesamten Rehabilitation ist Aufgabe des Behandlungsteams (vgl. Kapitel 4.2).

Die Vereinbarung von Therapiezielen erfolgt gemeinsam mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden und dem Behandlungsteam. BBPL sind im Allgemeinen multifaktoriell bedingt und werden durch das Zusammenspiel verschiedenster biopsychosozialer Faktoren determiniert und aufrechterhalten. MBOR-Diagnostik- und Behandlungsansätze sind daher multimodal gestaltet und machen ein multiprofessionelles Reha-Team erforderlich. Das Team trägt zunächst die Ergebnisse der ganzheitlichen anforderungsorientierten Diagnostik zusammen, erarbeitet mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden arbeitsbezogene Teilhabeziele und entwickelt daraus einen gemeinsamen Therapieplan. Während der Behandlung werden arbeitsbezogene Ziele und Zielerreichung regelmäßig überprüft und die Ziele gegebenenfalls modifiziert.

In der MBOR ist über den gesamten Behandlungsprozess hinweg eine gute Verzahnung zwischen allen am Rehabilitationsprozess Beteiligten erforderlich: Rehabilitandin bzw. Rehabilitand, Reha-Einrichtung, Sozialleistungsträger (z.B. Rentenversicherung, Agentur für Arbeit), Arbeitgeber (z.B. bei stufenweiser Wiedereingliederung oder innerbetrieblicher Umsetzung) usw. Vor allem wenn zeitnahe LTA angeregt werden (ggf. über eine MBOR-Stufe C), ist der frühzeitige Einbezug der Reha-Fachberatung der DRV wichtig. Bei schwerbehinderten Menschen kann auch die Beteiligung der Integrationsämter oder Integrationsfachdienste hilfreich sein.

Am Ende einer MBOR wird unter Leitung des verantwortlichen Facharztes im Team eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben (die sog. sozialmedizinische Leistungsbeurteilung) vorgenommen (ggf. mit Hilfe standardisierter Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren). Diese wird mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden besprochen.

#### **4.2 Motivationsförderung in der MBOR**

Die berufsbezogene Motivationsförderung ist Bestandteil aller berufsorientierten Interventionen. Ziel ist es, die Bereitschaft zu fördern, berufsbezogene Fragestellungen aufzugreifen und sich mit den individuellen Bedingungen der eingeschränkten Gesundheit und deren Auswirkungen auf das Erwerbsleben auseinanderzusetzen. Vor diesem Hintergrund soll insbesondere das Interesse gefördert werden, an arbeits- und berufsbezogenen

Perspektiven zu arbeiten. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden können so auf geplante arbeits- und berufsbezogene Leistungen (z.B. auf eine Belastungserprobung) vorbereitet werden.

Die Motivation, sich während der medizinischen Rehabilitation mit dem Thema Beruf auseinanderzusetzen, kann nicht immer vorausgesetzt werden, sondern muss ggf. durch gezielte Motivationsförderung geschaffen werden. Die wichtigste Methode zur Motivationsförderung ist das persönliche Gespräch. Darüber hinaus können aber auch schriftliche Materialien (z.B. Informationen im Einladungsschreiben, Fragebogen zu Therapiezielen, Fragebogen zur berufsbezogenen Behandlungsmotivation, Informationsbroschüren), Vorträge, Psychoedukation und Gruppengespräche zum Einsatz kommen.

Möglichkeiten, die arbeits- und berufsbezogene Behandlungsmotivation zu fördern, sind beispielsweise die folgenden:

**Einladungsschreiben vor Beginn der Rehabilitation:** Das Einladungsschreiben für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vor Beginn der Rehabilitation ist so gestaltet, dass keine falschen Erwartungen an die Therapie in der MBOR generiert oder unterstützt werden.

**Informationen zum arbeits- und berufsbezogenen Angebot der Reha-Einrichtung:** Informationsbroschüren zum arbeits- und berufsbezogenen Angebot der Reha-Einrichtung bieten der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden die Möglichkeit, sich einen Überblick über die angebotenen Interventionen und deren Ziele zu verschaffen.

**Thematisierung berufsbezogener Inhalte im Aufnahmegespräch/Vortrag:** Im Rahmen des Aufnahmegesprächs oder eines Vortrags zu Beginn der Rehabilitation soll der Auftrag der medizinischen Rehabilitation erläutert werden, um „Kurerwartungen“ vorzubeugen.

**Konkrete arbeits- und berufsbezogene Zielformulierungen:** Die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand soll frühzeitig dazu angeregt werden, sich mit der individuellen Erwerbsperspektive auseinanderzusetzen, Rehabilitationsziele für arbeits- und berufsbezogene Problemlagen zu definieren und dafür konkrete Zielformulierungen zu erarbeiten („Was möchte ich in der Reha bezogen auf mein Erwerbsleben erreichen?“). Eine solche Zielklärung erfolgt – unterstützt ggf. mit Hilfe von bereits vorab versendeten Fragebögen – im Gespräch mit den Ärzten oder Therapeuten. Auch im Rahmen von Vorstellungsrunden können arbeits- und berufsbezogene Ziele thematisiert werden. Des Weiteren ist im Rahmen der Gespräche mit dem Sozialdienst oder dem Psychologischen Dienst eine arbeitsbezogene Motivationsförderung möglich.

**Thematisierung von Motivation im Rahmen von psychotherapeutischen Gruppen:** Auch im gruppentherapeutischen Setting wird, vor allem in der Psychosomatik, die Motivation (auch arbeits- und berufsbezogen) thematisiert.

**Partizipative Entscheidungsfindung:** Alle Entscheidungen, auch zu berufsbezogenen Angeboten werden gemeinsam getroffen. Im Gespräch sollen die Vorstellungen und Erwartungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden soweit wie irgend möglich mit dem Rehabilitationsauftrag der Reha-Einrichtungen in Einklang gebracht werden.

**Thematisierung berufsbezogener Inhalte im Rahmen von nicht speziell berufsbezogenen Trainings/Schulungen und in allen therapeutischen Disziplinen:** Eine Motivationsförderung kann auch über Angebote erfolgen, die nicht ausdrücklich als MBOR-Angebote gekennzeichnet sind. So erlauben beispielsweise Trainings zur Stressbewältigung, Kommunikation und sozialen Kompetenz eine inhaltliche Ausgestaltung mit Berufsbezug (bspw. anhand von Beispielen aus dem beruflichen Umfeld); zum anderen ist ein Transfer der erworbenen Fertigkeiten auf den beruflichen Kontext zu erwarten.

In allen therapeutischen Disziplinen sollen Kompetenzen und Ressourcen der Rehabilitandin und des Rehabilitanden immer auch mit Blick auf den beruflichen Kontext betrachtet werden, um die Auseinandersetzung mit berufsbezogenen Fragestellungen zu fördern.

#### **4.3 Zusammenarbeit mit externen Institutionen in der MBOR**

Die Zusammenarbeit mit externen Institutionen hat zum Ziel die beruflichen Hintergründe der Rehabilitandin und des Rehabilitanden zu klären, Anpassungen am (bisherigen oder zukünftigen) Arbeitsplatz anzustoßen, die Entwicklung neuer beruflicher Perspektiven zu unterstützen sowie Informationen über den Rehabilitationsverlauf und das -ergebnis zeitnah an relevante Akteure weiterzugeben.

Solche Institutionen oder Akteure können sein: Arbeitgeber, behandelnde Ärzte, Betriebsärzte, Rehabilitationsfachberater, Einrichtungen beruflicher Rehabilitation, Integrationsfachdienste oder auch Leistungsträger. Insbesondere die Rehabilitationsfachberater können eine zentrale Rolle für die erfolgreiche Durchführung der MBOR spielen.

Die Inhalte externer Zusammenarbeit variieren je nach konkreter Zielstellung. Dazu können folgende Elemente gehören:

- Abgleich der betrieblichen Arbeitsplatzanforderungen mit dem Leistungsbild der Rehabilitandin und des Rehabilitanden (einschließlich Einholung oder Erstellung einer detaillierten Arbeitsplatz- oder Tätigkeitsbeschreibung)
- praktische Erprobungen (z.B. in Berufsförderungswerken und externen Betrieben), ggf. auch berufsbezogene Diagnostik
- Abklärung zu beruflicher Um- oder Neuorientierung
- Planung und Einleitung der berufsbezogenen Nachsorge und Eingliederung einschließlich der stufenweisen Wiedereingliederung (STW)

Externe Zusammenarbeit erfordert die Herstellung und Pflege von geeigneten Kontakten und eine angemessen intensive Kooperation mit diesen Stellen und Personen sowie gute Kommunikationsstrukturen mit kurzen Informationswegen zu der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden und innerhalb des Reha-Teams. Die Kontaktaufnahme zu externen Personen und Institutionen setzt das Einverständnis der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden voraus. Eine erfolgreiche Durchführung gelingt nur bei ausreichender Motivation und Kooperation.

Bei regelmäßiger Zusammenarbeit sollten für die wesentlichen Inhalte der Zusammenarbeit zwischen der Einrichtung und den externen Partnern Kooperationsvereinbarungen getroffen werden. Aus diesen sollte hervorgehen, in welchen Fällen und auf welche Art und Weise ein Kontakt zu welchen Einrichtungen oder Akteuren innerhalb welcher Zeitfenster stattfindet und welche Daten dabei ausgetauscht werden.

Der Informations- und Datenaustausch zwischen Reha-Einrichtungen und externen Partnern erfolgt unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

Der zuständige Leistungsträger ist bei sämtlichen Aktivitäten vor, während und nach einer Leistung außerhalb der Rehabilitationseinrichtung ausreichend zu informieren. Seine Vorgaben insbesondere zur Mitteilung der MBOR-Einstufung und zur Einleitung weiterführender Verwaltungsverfahren (z.B. Fallmanagement) sind zu beachten.

Ein entsprechendes System der Qualitätssicherung sollte sicherstellen, dass die Durchführung der Zusammenarbeit auch tatsächlich den getroffenen Vereinbarungen entsprechend abläuft.

#### **4.4 MBOR-Basisangebote (Stufe A)**

MBOR-Basisangebote werden von allen Rehabilitationseinrichtungen vorgehalten, die im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen. Dementsprechend wird die Zielgruppe dieser MBOR-Basisangebote nicht durch das Vorliegen einer BBPL definiert; vielmehr werden diese niedrigschwelligen Leistungen allen aktiv Versicherten angeboten, die eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI durch die Deutsche Rentenversicherung erhalten.

##### **4.4.1 Identifikation von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit BBPL**

Im Rahmen jeder medizinischen Rehabilitation erfolgt eine allgemeine berufsbezogene Diagnostik. Ihr primäres Ziel ist das Erkennen einer BBPL und damit der Notwendigkeit, berufliche Fragestellungen innerhalb der folgenden Rehabilitationsleistung zu thematisieren und in den Fokus der Therapie zu rücken.

BBPL lassen sich – wie bereits im Kapitel 2 „Konzept und Zielgruppen der MBOR“ ausgeführt – anhand der negativen (subjektiven) Erwerbsprognose, eines problematischen sozialmedizinischen Verlaufs oder einer aus sozialmedizinischer Sicht eventuell erforderlichen beruflichen Veränderung bestimmen. Arbeitsplatzprobleme können sowohl im funktionalen als auch im psychosozialen Bereich auftreten.

Studien haben nachgewiesen, dass der Erfolg einer MBOR u. a. von einer genauen Auswahl der richtigen Zielgruppe abhängt. Deshalb steht die Erkennung einer BBPL und – im Falle ihres Vorliegens – die Steuerung der Person in eine intensiviertere MBOR-Stufe B zu Beginn im Zentrum. Eine solche Vorauswahl sollte durch ein valides Screening-Instrument<sup>7</sup> unterstützt werden (SIBAR, SIMBO oder Würzburger Screening). Die aktuell verfügbaren MBOR-Screening-Instrumente weisen gute bis sehr gute Testeigenschaften auf. Ihre besondere Stärke ist die Vorhersage späterer Probleme bei der beruflichen Wiedereingliederung. Damit sind sie für die Erkennung von BBPL gut geeignet.

---

<sup>7</sup> Bürger W, Deck R. SIBAR – Ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2009; 48(04):211–221

Löffler S, Wolf HD, Vogel H. Das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen – Entwicklung und Validierung. *Gesundheitswesen* 2008, 70:461–462 und [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de)

Streibelt M. Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen mittels des Screening-Instrumentes SIMBO. Eine Synopse von vier Kohortenstudien. *Phys Med Rehab Kuror* 2018, 28(05):264–274 und [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de)

Um entsprechende Befunde für die therapeutische Ausgestaltung der Rehabilitation nutzen zu können, sollte die Identifikation von BBPL zu einem möglichst frühen Zeitpunkt stattfinden: Bereits vor Reha-Beginn kann dies z.B. durch die Vorauswahl des zuweisenden Rentenversicherungsträgers oder auch die Erfassung einer BBPL mittels vorab durch die Rehabilitationseinrichtung versandtem Screening-Bogen stattfinden. So können Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit BBPL gezielt an bestimmten Aufnahme-tagen oder auch Kalenderwochen geplant und separat eingeladen werden. Dies erleichtert die adäquate und auch ökonomische Zusammenstellung der MBOR-Gruppen insbesondere in kleineren Einrichtungen. Zudem kann die Reha-Einrichtung auch im Vorfeld der Rehabilitation über die besondere berufsbezogene Ausgestaltung einer MBOR-Stufe B informieren.

Die Erkennung von BBPL und die abschließende Steuerung in die entsprechende Behandlungsform sollten in den ersten Tagen des Aufenthaltes erfolgen. Es ist deshalb empfehlenswert, das MBOR-Screening in die Erhebungsbögen zu integrieren, die zu Beginn des Aufenthaltes üblicherweise durch die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ausgefüllt werden (falls dies nicht schon vor der Aufnahme geschehen ist).

Dem Erkennen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit BBPL muss eine multiprofessionelle berufsbezogene Diagnostik folgen, um die Art und das Ausmaß der BBPL beschreiben zu können. Die endgültige Zuweisung zu einer MBOR kann jedoch erst nach Zusammentragen aller Eingangsbefunde inkl. der klinischen Aufnahmeuntersuchung und Exploration der Rehabilitandin und des Rehabilitanden unter Leitung des verantwortlichen Facharztes im Reha-Team getroffen werden. Die einzuleitenden Therapiemodule sind dann individuell auf die gewonnenen Erkenntnisse abzustimmen (vgl. Kapitel 4.5.1).

#### 4.4.2 Sozialrechtliche Informationen

Aufgrund ihrer Erkrankung und der möglichen Veränderung ihrer beruflichen, sozialen und finanziellen Lage besteht bei den meisten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Informationsbedarf zu den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen. Mit der Vermittlung von allgemeinen sozialrechtlichen Informationen soll die sozialrechtliche Orientierung und die Motivation zur Auseinandersetzung mit sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und Angeboten verbessert werden. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen in die Lage versetzt werden, weiterführenden Informations- und Beratungsbedarf einzuschätzen. Inhalte allgemeiner sozialrechtlicher Informationen können sein:

- rechtliche Grundlagen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- weiterführende Angebote und Hilfen (z.B. STW)
- Erhalt des Arbeitsplatzes (z.B. Kündigungsschutz)
- wirtschaftliche Sicherung und Rentenfragen
- Schwerbehinderung und Pflege
- LTA

Die Vermittlung grundlegender sozialrechtlicher Themen erfolgt meist im Rahmen von Vorträgen. Die Informationsvermittlung kann auch mit psychoedukativen oder sozialen Gruppenangeboten kombiniert werden. Sie sollte im Hinblick auf die Motivation der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und den weiterführenden Beratungsbedarf schon frühzeitig im Verlauf der medizinischen Rehabilitation erfolgen.

Das Angebot der sozialrechtlichen Information richtet sich ohne indikationspezifische Einschränkung an alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Empfohlen wird ein 45-minütiger Vortrag, der vom Sozialdienst oder anderen geeigneten Berufsgruppen mit fundierten Kenntnissen des Sozialrechts mindestens einmal pro Rehabilitation angeboten wird.

#### 4.4.3 Weitere Basisangebote

Neben der Identifikation von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit BBPL und den sozialrechtlichen Informationen halten die Rehabilitationseinrichtungen als Basisangebote für alle Versicherten die berufsorientierten therapeutischen Leistungen vor, die auch ohne Vorliegen einer BBPL für die Erreichung des Reha-Ziels der Rentenversicherung erforderlich sind. Dies geschieht z.B. dadurch, dass Gruppenangebote zur Stressbewältigung und Entspannungstrainings ebenso wie die Ergotherapie auf die Anwendbarkeit des Gelernten im Arbeitsalltag achten.

#### 4.5 MBOR-Kernangebote (Stufe B)

Die MBOR-Kernangebote stellen den eigentlichen „Kern“ der MBOR im Verständnis der Deutschen Rentenversicherung dar. Sie wirken erheblichen Einschränkungen der beruflichen Teilhabe entgegen, die durch funktionale Beeinträchtigungen einerseits und/oder problematische berufsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster andererseits hervorgerufen werden.

Zum einen steht das Trainieren komplexer, am aktuellen oder angestrebten Arbeitsplatz geforderter Bewegungsmuster bzw. Aktivitäten im Vordergrund, die zum Zeitpunkt der Rehabilitation nicht in der erforderlichen Dauer, Intensität oder im erforderlichen Schweregrad ausgeführt werden können und damit die zukünftige erfolgreiche Ausübung der Arbeit behindern.

Zum anderen sind die psychosozialen berufsbezogenen Beeinträchtigungen sehr vielfältig und durch Probleme im Verhalten und Erleben am Arbeitsplatz gekennzeichnet. Zu den Faktoren, die die (subjektive) Leistungsfähigkeit teilweise erheblich beeinträchtigen, zählen beispielsweise:

- eine unrealistische subjektive Beurteilung der eigenen Belastbarkeit
- erhöhtes bzw. maladaptives Stresserleben
- Konflikte am Arbeitsplatz (auch: Mobbing)
- arbeitsplatzbezogene Ängste

Die therapeutischen Konzepte sind aus diesem Grund auf die positive Veränderung von Kognition und Verhalten sowie die Stärkung von Selbstmanagement und Selbstwirksamkeit im Kontext von Arbeitsausführung und -bedingungen ausgerichtet.

Die im Folgenden aufgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen richten sich nicht mehr an alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung, sondern sind begrenzt auf die Gruppe mit BBPL.

Die Darstellung der diagnostischen und therapeutischen Kernangebote und im Weiteren der spezifischen MBOR-Angebote orientiert sich an folgender Struktur:

1. Ziele, Inhalte, Durchführung
2. Formale Charakterisierung
  - Hinweise zur Indikation und zum geschätzten BBPL-Anteil mit Bedarf
  - Dauer und Häufigkeit der Module pro Rehabilitationsaufenthalt
  - Personelle und sonstige strukturelle Voraussetzungen
  - Abbildung in der KTL (Version: 2015 – mit der Einschränkung, dass die Abbildung der MBOR-Angebote durch KTL-Codes nicht immer eindeutig und vollständig möglich ist)

Die Angaben enthalten jeweils grundsätzliche Vorgehensweisen, die je nach Indikation und spezifischer Fragestellung variieren können. Allerdings werden prinzipielle Standards explizit in den Beschreibungen aufgeführt. So erfolgt die Definition personeller und sonstiger struktureller Voraussetzungen genauso wie die Angabe von Mindestdauer und -häufigkeit der Module. Des Weiteren ist zur Orientierung der Anteil von BBPL-Rehabilitanden angegeben, bei dem ein Bedarf in Bezug auf das jeweilige Angebot vermutet wird. Es handelt sich hierbei nicht um den Anteil mindestens zu behandelnder Rehabilitanden im Sinne der Reha-Therapiestandards, sondern um eine Schätzung des Bedarfs.

#### 4.5.1 Berufsbezogene Diagnostik

##### → Detaillierte Beschreibung

**Ziele:** Die berufsbezogene, anforderungsorientierte Diagnostik dient dazu, die physische und psychische (einschl. kognitive) Belastungsfähigkeit von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einzuschätzen, d.h. zu klären, inwieweit das Fähigkeitsprofil dem Anforderungsprofil der Tätigkeit bzw. einem konkret in Aussicht stehenden Arbeitsplatz entspricht. Anforderungsorientiert heißt in diesem Zusammenhang, dass die individuelle Belastungssituation anhand eines Fähigkeits- und Anforderungsprofils sichtbar gemacht und analysiert wird. Die identifizierten Überforderungen oder Defizite sind dann Grundlage für die Festlegung der konkreten Rehabilitationsziele und damit für die Ausgestaltung der Rehabilitation. Die auf die beruflichen Anforderungen ausgerichtete Diagnostik wird durchgeführt, um:

- die therapeutischen Leistungen individuell anforderungsorientiert planen und gestalten zu können und
- Grundlagen für die Beurteilung notwendiger Konsequenzen in Bezug auf das weitere Arbeitsleben der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden zu schaffen

Für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in psychosomatischen Abteilungen gilt zu berücksichtigen, dass Einschränkungen der physischen und psychischen (einschl. kognitiven) Leistungsfähigkeit sich z.T. gegenseitig bedingen, verstärken und bei entsprechender Therapie positiv beeinflussen lassen. Dies unterstreicht die Bedeutung der berufsbezogenen Diagnostik psychischer (einschl. kognitiver), aber auch physischer Belastungsfähigkeit in der Psychosomatik.

**Inhalte:** Im Kern steht die Ermittlung der beruflich-anforderungsbezogenen physischen und psychischen (einschl. kognitiven) Leistungsfähigkeit. Diese wird möglichst mit standardisierten Assessments sowie Instrumenten der FCE erfasst. Hierbei ist die Auswahl der zu testenden Aktivitäten der individuellen Beanspruchungssituation anzupassen. Standardisierte Beurteilungsmodule, z.B. die Profilvergleichsverfahren IMBA oder MELBA sowie selbst erarbeitete, in der Qualität vergleichbare, valide Instrumente sollten dabei zur Anwendung kommen.

Hinweis: Standardisierte Testverfahren geben zwar gute Anhaltspunkte zur Charakterisierung einer BBPL, sind jedoch in erster Linie als ergänzende Instrumente zur individuellen Untersuchung und Exploration anzusehen.

**Durchführung:** Im Allgemeinen wird die anforderungsorientierte multiprofessionelle Diagnostik in Form von Einzelleistungen zu Beginn der Rehabilitation erbracht. Das Eingangs-Assessment beginnt mit der beschäftigungsspezifischen Anforderungsanalyse (z.B. in Form eines strukturierten Patienten-Interviews). Hierbei wird eine genaue Beschreibung der beruflichen Tätigkeiten vorgenommen und daraufhin ein komplettes Anforderungsprofil erstellt. Hilfreich sind an dieser Stelle von der Rehabilitandin bzw. von dem Rehabilitanden mitgebrachte Dokumente über den letzten Arbeitsplatz. Mit Einverständnis der Rehabilitandin und des Rehabilitanden kann der direkte Kontakt zum Arbeitgeber oder dem zuständigen Werks- oder Betriebsarzt an dieser Stelle die Anforderungsanalyse präzisieren, da eventuelle Unklarheiten über die tatsächliche Arbeitsbelastung ausgeräumt werden können.

Anschließend wird ein jeweils partielles Fähigkeitsprofil aus medizinischer, (neuro-) psychologischer, bewegungstherapeutischer und sozialpädagogischer Sicht erstellt. Die medizinischen Informationen werden im Aufnahmegespräch und anhand der Untersuchungsergebnisse erhoben. Im bewegungstherapeutischen Bereich kann eine Erhebung der Fähigkeiten z.B. durch ausgewählte Testsituationen auf der Basis von FCE-Systemen durchgeführt werden.

Durch die Psychologie und Sozialarbeit erfolgt eine an den Bedarfen und Bedürfnissen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden angepasste Analyse auf der Basis von strukturierten Gesprächen/Explorationen/Selbstexplorationen sowie strukturierten, validen Assessments (z.B. psychometrischen Tests). Ergänzende kurze Explorationen und Untersuchungen dienen der Ermittlung der notwendigen Informationen im bewegungs- bzw. ergotherapeutischen Bereich.

Die Befunde aus den verschiedenen Disziplinen werden in interdisziplinären Teamkonferenzen im Sinne eines Profilvergleichs (Diskrepanz zwischen Anforderungen und Fähigkeiten) zusammengetragen. Bei diesem Profilvergleich geht es darum, sowohl Überforderungen als auch Unterforderungen zu identifizieren. Mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden die Therapieziele sowie individuelle Therapiepläne vereinbart. Diese bestehen jedoch nicht aus einem Automatismus der Leistungssteigerung im Sinne von „höher-schneller-weiter“, sondern können auch das Ziel der Selbstachtsamkeit im Sinne von „Arbeitseinsatz sinnvoll bemessen – Grenzen und Pausen einhalten“ fördern.

Während der Behandlung werden die Ziele bzw. die Zielerreichung regelmäßig überprüft und ggf. modifiziert. Im Gespräch mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden müssen die objektivierten Ergebnisse besprochen werden.

#### → Formale Charakterisierung

**Hinweise zur Indikation:** alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit BBPL jeder Indikation

**Dauer:** mind. 90 min (ohne Teamsitzungen)

**Häufigkeit:** mind. zu Beginn, bei Bedarf auch erneut im Verlauf und/oder am Ende des Rehabilitationsaufenthalts bei indizierter Verlaufskontrolle

**Teilnehmerzahl:** 1 bzw. max. 5 in der Kleingruppe (s. KTL 2015)

#### **Strukturelle Voraussetzungen**

**Personelle Voraussetzungen:** Ergotherapeut, Sporttherapeut oder Physiotherapeut mit entsprechender Qualifikation, (Neuro-) Psychologe, Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, Arzt, weitere qualifizierte Berufsgruppen lt. KTL 2015

**Sonstige Voraussetzungen:** Raum mit entsprechenden Arbeitsmaterialien zur Testung tätigkeitsspezifischer Arbeitsabläufe/Bewegungsmuster (z.B. Heben, Schieben/Ziehen, Tragen, Schrauben, langes Sitzen) oder für psychosoziale Diagnostik (auch Ausstattung mit PC bzw. entsprechenden Programmen)

#### **Abbildung in der KTL 2015**

C580 Gespräche mit Rehabilitand und Betriebsangehörigen  
E60 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung einzeln  
E61 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung in der Kleingruppe

#### **4.5.2 Psychosoziale Beratung in der MBOR**

##### **→ Detaillierte Beschreibung**

**Ziele:** Ziele sind die Information über die verschiedenen Möglichkeiten für die Unterstützung der beruflichen (Wieder-) Eingliederung und die Erarbeitung von Lösungsansätzen für die individuelle berufsbezogene und sozialrechtliche Problemsituation. Dazu gehört auch die Motivierung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und ggf. die Einleitung von weiteren Leistungen (z.B. STW) sowie Anregung von LTA.

**Inhalte:** Wesentliche Merkmale der erwerbsorientierten psychosozialen Beratung sind:

- arbeits- und sozialrechtliche Beratung
- psychologische Beratung bei berufsbezogenen Problemlagen
- Beratung zu STW bzw. LTA
- Vorbereitung und Anbahnung weiterführender Leistungen zur Eingliederung in den Beruf (bspw. STW) und das soziale Umfeld
- Beratung zur Verstetigung berufsbezogener Ziele und der Ergebnisse der Rehabilitation

**Durchführung:** Die berufsbezogene Beratung durch die klinische Sozialarbeit erfolgt meist im Rahmen von mehreren Beratungsgesprächen im Rehabilitationsverlauf. Die Beratungsleistungen können zum Teil auch in Gruppen durchgeführt werden. Ihre Inhalte können mit denen der berufsbezogenen Gruppen sinnvoll verzahnt werden. Informationen aus der Anamnese und Diagnostik (u.a. zur psychosozialen und beruflichen Situation) sowie aus anderen berufsbezogenen Angeboten (z.B. der berufsorientierten Diagnostik oder einer Belastungserprobung MBOR) werden im Team zusammengeführt und hinsichtlich möglicher Konsequenzen für die berufliche Zukunft der MBOR-Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bewertet. Im Zuge der Anregung oder Einleitung von nachgehenden Leistungen kooperiert die klinische Sozialarbeit eng mit Personen und Institutionen innerhalb und außerhalb der Reha-Einrichtung.

### → Formale Charakterisierung

**Hinweise zur Indikation:** alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit BBPL jeder Indikation

**Dauer:** mind. 15–30 min/Einzelmodul, mind. 45 min/Modul in der Kleingruppe oder Gruppe (s. KTL 2015) oder im Rahmen einer Berufsbezogenen Gruppe

**Häufigkeit:** mind. 2 Termine, einzelfallabhängig bis zu 5 Termine/Rehabilitationsaufenthalt

**Teilnehmerzahl:** 1 bzw. max. 5 in der Kleingruppe, max. 15 in der Gruppe (s. KTL 2015)

### Strukturelle Voraussetzungen

**Personelle Voraussetzungen:** Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, Psychologe, Arzt, Ergotherapeut und weitere qualifizierte Berufsgruppen (lt. KTL 2015)

**Sonstige Voraussetzungen:** ggf. Informationsmaterialien; bei Durchführung in einer Gruppe müssen entsprechende Räumlichkeiten und Präsentationsmöglichkeiten vorgehalten werden.

### Abbildung in der KTL 2015

#### Einzel:

- C580 Gespräche mit Rehabilitand und Betriebsangehörigen
- D561 Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einzeln
- D562 Beratung zur stufenweise Wiedereingliederung einzeln
- D563 Beratung zu beruflichen Perspektiven und Berufsklä rung einzeln
- D569 Sonstige Beratung zur beruflichen Integration einzeln
- E672 Arbeitsplatzbesuch einzeln
- F552 Psychologische Beratung bei berufsbezogenen Problemlagen einzeln

#### Gruppe:

- D583 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Berufliche Orientierung und berufliche Teilhabe
- D585 Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Sozialrechtliche Fragen
- D593 Soziale Arbeit in der Gruppe: Berufliche Orientierung und berufliche Integration
- D595 Soziale Arbeit in der Gruppe: Sozialrechtliche Fragen

### 4.5.3 Berufsbezogene Gruppen

#### → Detaillierte Beschreibung

**Ziele:** Arbeits- und berufsbezogene Gruppen sind Therapiegruppen und/oder edukative Gruppen, die auf die Bewältigung belastender Situationen im Erwerbsleben ausgerichtet sind, welche Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Teilnehmenden haben. Sie thematisieren umgekehrt auch die Auswirkungen der chronischen Erkrankung oder Behinderung auf das Erwerbsleben. Damit werden folgende Therapieziele verfolgt:

- die realistische Einschätzung und Entwicklung der eigenen Kompetenzen und Ressourcen
- eine zielgerichtete und nachhaltige Verhaltens- und Einstellungsänderung sowie
- die Vermittlung von Strategien zur Verarbeitung belastender Situationen am Arbeitsplatz

**Inhalte:** Wesentliche Inhalte können auf theoretische Konzepte zu Motivierung, Wissensvermittlung und Erarbeitung von Kompetenz zurückgeführt werden. Damit sollen die Teilnehmenden zur Hilfe durch Selbsthilfe befähigt werden. Ausgangspunkt der gruppentherapeutischen Arbeit ist die Reflektion der individuellen Arbeitssituation der Rehabilitandin und des Rehabilitanden. Die therapeutischen Einheiten basieren auf bewährten Verhaltens- und Problemanalysen. Es können verschiedene berufliche Themen wie Arbeitsmotivation, Stressbewältigung im Erwerbsleben, soziale Konflikte am Arbeitsplatz, Probleme bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit oder Möglichkeit eines Arbeitsplatzwechsels bearbeitet werden.

**Durchführung:** Berufsbezogene Gruppen werden – je nach Thema – in Kleingruppen mit bis zu 5 Teilnehmenden oder in Gruppen mit bis zu 15 Teilnehmenden durchgeführt. Dabei ist ein breites Spektrum themenspezifischer Gruppenangebote je nach individuellen Problemstellungen möglich. Sinnvoll erscheint eine Differenzierung in ein Motivationsmodul, ein Modul zur Erlangung spezifischen Wissens bezüglich der Zusammenhänge und Erklärungsmuster von Arbeit und Gesundheit und ein Bearbeitungsmodul zum Erlernen neuer Bewertungs- und Verarbeitungsmuster. Wichtig sind die aktive Beteiligung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie die Verwendung verschiedener Methoden und Medien. Die Erwartungen der Teilnehmenden sollen ebenso Bestandteil der Gruppenarbeit sein wie Zielvereinbarungen und die kontinuierliche Überprüfung der gestellten Ziele und des Zielerreichungsgrades.

Die Ziele, Inhalte und Durchführung berufsbezogener Gruppen sollten in einem entsprechenden Manual standardisiert dargestellt werden. Dazu gehören jeweils strukturierte Angaben zu Zielgruppe, Zielsetzung, Inhalten, Einsatz von Curricula, didaktischen Methoden, Häufigkeit und Dauer sowie Teilnehmerzahl der Therapiemodule, ferner den einbezogenen therapeutischen Berufsgruppen.

#### → Formale Charakterisierung

**Hinweise zur Indikation:** je nach Indikation 50–80 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit BBPL; geeignet für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit selbst geäußerten Problemen am Arbeitsplatz wie Konflikten mit Kollegen/Vorgesetzten, Über-/Unterforderung, erhöhtem Stresserleben, beruflichen Ängsten, erheblichen Veränderungen der Arbeitssituation, insgesamt bestehender Arbeitsunzufriedenheit.

**Dauer:** mind. 45 min/Modul bei Leistungen des Kap. D/H, mind. 50 min/Modul bei Leistungen des Kap. F, mind. 60 min/Modul bei Leistungen des Kap. G (s. KTL 2015)

**Häufigkeit:** 4–10 Termine/Rehabilitationsaufenthalt

**Teilnehmerzahl:** max. 5 in der Kleingruppe, max. 12 in der Gruppe bei Leistungen der Kap. F, G und H, max. 15 bei Leistungen des Kap. D (s. KTL 2015)

#### **Strukturelle Voraussetzungen**

**Personelle Voraussetzungen:** Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, Psychologe, Arzt, weitere qualifizierte Berufsgruppen (lt. KTL 2015)

**Sonstige Voraussetzungen:** übliche Ausstattung für Gruppenarbeit und Moderation

### Abbildung in der KTL 2015

D581	Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz
D586	Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Training der sozialen Kompetenz
D591	Soziale Arbeit in der Gruppe: Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz
D596	Soziale Arbeit in der Gruppe: Training der sozialen Kompetenz
F571	Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Stressbewältigung
F579	Sonstige Gruppenarbeit problemorientiert
G576	Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe: Arbeitsweltbezogene Gruppe
G602	Psychotherapie verhaltenstherapeutisch in der Gruppe: Training sozialer Kompetenzen und Fertigkeiten
G605	Psychotherapie verhaltenstherapeutisch in der Gruppe: Arbeitsweltbezogene Gruppe
H84	Förderung zur beruflichen Reintegration in der Gruppe

#### 4.5.4 Arbeitsplatztraining

##### → Detaillierte Beschreibung

**Ziele:** Das Arbeitsplatztraining war mit Etablierung der MBOR in der orthopädischen Rehabilitation zunächst nur auf Bewegungsabläufe ausgerichtet. Mit der Ausweitung der MBOR auf weitere Fachgebiete hat sich eine ganzheitliche Herangehensweise auch an das Arbeitsplatztraining mit differenzierteren Ansätzen anderer fachgebiets- und indikationspezifischer Ausrichtung entwickelt. Das Arbeitsplatztraining umfasst fachgebiets- und indikationsübergreifend das Training tätigkeitstypischer Arbeitsabläufe und Aktivitäten, die für die Bewältigung der Arbeitsanforderungen notwendig sind. Übergeordnetes Ziel ist eine Steigerung der Leistungsfähigkeit hinsichtlich der physischen und psychischen (einschl. kognitiven) Anforderungen am Arbeitsplatz. Ziele sind:

- Neubewertung der eigenen physischen und psychischen (einschl. kognitiven) Leistungsfähigkeit
- Verbesserung der Sicherheit in den Arbeitsabläufen (je nach Problemstellung hinsichtlich Bewegungs- und/oder Verhaltensmustern und/oder kognitiven Prozessen)
- Automatisierung zielgerichteter Arbeitsabläufe unter Beachtung förderlicher Verhaltensweisen und ergonomischer Gesichtspunkte
- Stärkung der für die berufliche Tätigkeit relevanten physischen und psychischen (einschl. kognitiven) Kompetenzen

Beim Arbeitsplatztraining handelt es sich um ein auf die initiale berufsbezogene Diagnostik aufbauendes Training, das dazu dient, die persönliche physische und psychische (einschl. kognitive) Belastungsfähigkeit von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit zunehmender Intensität zu stärken und im Verlauf einzuschätzen. Dafür sollen möglichst realitätsnahe Arbeitsbedingungen bereitgestellt werden. Das Training beruflicher und psychosozialer Kernkompetenzen kann je nach beruflicher Ausgangssituation in verschiedenen Arbeitsbereichen erfolgen. Abhängig von der Fragestellung können die Dauerbelastbarkeit, das Verhalten bei Mehrfachanforderungen, Arbeitsverhalten und Arbeitsleistung, Sozialverhalten sowie die physische und psychische (einschl. kognitive) Belastbarkeit trainiert und beobachtet werden. Es geht auch um die Förderung sozialer Kompetenzen im Beruf, das Bearbeiten berufsrelevanter problematischer Verhaltensmuster, insgesamt um das Üben typischer Arbeitsabläufe unter möglichst alltagsnahen Bedingungen.

**Inhalte:** Im Arbeitsplatztraining werden arbeitsplatzrelevante, komplexe Arbeitsabläufe trainiert, z.B. Training von Bewegungsabläufen mit Heben, Tragen, Schieben, vorgeneigtem Stehen, Training kognitiver Beanspruchung durch entsprechende Aufgabenstellungen, Training interaktioneller Verhaltensweisen in der Gruppe mittels Projektarbeit. Die einzelnen Trainingselemente bilden tatsächliche Arbeitsaufgaben in Ausführung und physischer und psychischer (einschl. kognitiver) Beanspruchung möglichst realitätsnah ab. Trainiert werden Arbeitsaufgaben, für die Diskrepanzen zwischen Arbeitsanforderungen und aktueller Leistungsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bestehen. Die Grundlage für die Auswahl der zu trainierenden Arbeits- und Bewegungsabläufe bildet daher die anforderungsorientierte Diagnostik (vgl. Kapitel 4.5.1).

Das Arbeitsplatztraining wird mittels standardisierter Materialien, etablierter Verfahren zur Evaluation funktioneller Leistungsfähigkeit und/oder realistisch nachgestellter projektorientierter Arbeitsabläufe in der Gruppe und/oder mittels pencil-to-paper-/PC-Arbeit zur Bewältigung realistischer psychomentaler Aufgaben durchgeführt. Durch den Einsatz zusätzlicher Arbeitsmaterialien und Modellarbeitsplätzen kann die Realitätsnähe noch erhöht werden.

**Durchführung:** Das Arbeitsplatztraining basiert in der Regel auf der eingangs durchgeführten Diagnostik. Eingangsbelastung und Trainingsplan werden auf Grundlage der aktuellen physischen und psychischen (einschl. kognitiven) Leistungsfähigkeit und der kritischen Arbeitsanforderungen festgelegt. Die Eingangsbelastung orientiert sich an den Anforderungen, die ergonomisch bzw. psychisch noch adäquat bewältigt werden können.

Das Training wird grundsätzlich in Kleingruppen durchgeführt, kann jedoch auch als Einzeltherapie konzipiert sein. Innerhalb des Trainings werden der Schwierigkeitsgrad, die Intensität und die Belastung sukzessive angepasst. Eine Ausrichtung des Trainings an individuellen Zielen bzw. Trainingsquoten („working-to-quota plan“) soll vermeiden, dass die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihre Belastung weiter durch Vermeidung oder andere inadäquate Verhaltensmuster (z.B. sozialen Rückzug oder Abbruch) steuern („working-to-tolerance plan“). Während des Arbeitsplatztrainings sollen regelmäßige Gespräche mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden geführt werden, in denen die individuellen Trainingspläne abgestimmt und die Ziele bzw. die Zielerreichung überprüft und ggf. modifiziert werden.

#### → Formale Charakterisierung

**Hinweise zur Indikation:** je nach Indikation 50–80 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit BBPL; besonders geeignet für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit berufs- oder tätigkeitsspezifischen physischen und/oder psychischen (einschl. kognitiven) Leistungs- und Funktionseinschränkungen bei gleichzeitig positiver Erwerbsprognose. Entscheidend ist eine gezielte individuelle und indikationsspezifische Ausgestaltung.

**Dauer:** mind. 60–90 min/Modul

**Häufigkeit:** mind. 6 Termine/Rehabilitationsaufenthalt

**Teilnehmerzahl:** 1 bzw. max. 5 in der Kleingruppe, max. 12 bzw. 15 in der Gruppe (s. KTL 2015)

#### Strukturelle Voraussetzungen

**Personelle Voraussetzungen:** Physiotherapeut, Ergotherapeut, Arbeits-erzieher, Berufspädagoge, (Neuro-)/Psychologe/Psychotherapeut, Sport-

lehrer, Sportwissenschaftler, weitere qualifizierte Berufsgruppen lt. KTL 2015. Für die Durchführung des Arbeitsplatztrainings kann eine entsprechende Fortbildung erforderlich sein (z.B. Evaluation funktioneller Leistungsfähigkeit nach Isernhagen); für das kognitive Arbeitsplatztraining (Neuro-)Psychologen, Ergotherapeuten mit entsprechenden Kenntnissen; für das Arbeitsplatztraining bei psychosomatischer Indikation sind verhaltensmedizinische/-psychologische Kenntnisse der beteiligten Berufsgruppen notwendig.

**Sonstige Voraussetzungen:** Raum mit entsprechender Ausstattung/Arbeitsmaterialien zur Testung und zum Training tätigkeitsspezifischer Arbeitsabläufe, für typische Bewegungsmuster wie Heben, Schieben/Ziehen, Tragen, Schrauben, langes Sitzen bzw. geeignet ausgestattete Modellarbeitsplätze, zudem PC-Arbeitsplätze und kognitive Trainingsprogramme sowie insgesamt geeignetes Setting für Gruppenprozesse und Projektarbeit.

#### Abbildung in der KTL 2015

- A570 Arbeitsplatzbezogenes Muskelkrafttraining in der Kleingruppe
- A602 Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an den Anforderungen des Arbeitsplatzes in der Gruppe
- A654 Arbeitsplatzorientierte Sport- und Bewegungstherapie einzeln
- E55 Arbeitstherapie einzeln
- E56 Arbeitstherapie in der Kleingruppe
- E57 Arbeitstherapie in der Gruppe
- E58 Arbeitsplatztraining einzeln
- E59 Arbeitsplatztraining in der Kleingruppe

#### 4.6 Spezifische MBOR-Angebote (Stufe C)

Wie im Kapitel 2 ausgeführt richten sich spezifische MBOR-Angebote an die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, bei denen trotz einer intensivierten berufsbezogenen medizinischen Rehabilitation mit den MBOR-Kernangeboten nicht absehbar ist, dass sie ihren alten oder einen entsprechenden Arbeitsplatz wieder erfolgreich einnehmen können und ggf. LTA erforderlich werden.<sup>8</sup>

Die spezifischen MBOR-Angebote zielen auf die Identifikation des weitergehenden konkreten Reha-Bedarfs dieser Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die Erarbeitung einer neuen beruflichen Perspektive sowie die Unterstützung der Einleitung ggf. folgender LTA ab. Dabei ist vorrangig zu prüfen, ob die Erhaltung des bisherigen Beschäftigungsverhältnisses möglich ist. Zu diesem Zweck können alternativ bzw. ergänzend auch Leistungen des Fallmanagements – siehe Kapitel „4.7 Übergangmanagement in der MBOR“ – in Betracht kommen. Die klinikspezifische Implementierung von Leistungen der MBOR-Stufe C ist in enger Abstimmung mit dem jeweiligen Federführer, unter Berücksichtigung der regionalen Angebotsstruktur, vorzunehmen. Damit ist die Zielgruppe für spezifische MBOR-Angebote begrenzt auf eine kleine Teilmenge innerhalb der Gruppe der Personen mit BBPL.

<sup>8</sup> In Baden-Württemberg wurden im Jahr 2017 spezifische MBOR-Angebote der Stufe C im Rahmen eines gemeinsamen Modellprojektes der DRV Baden-Württemberg und der DRV Bund erprobt. Die dortigen Erkenntnisse sind in die weitere Ausgestaltung der Spezifischen MBOR-Angebote eingeflossen. Der vollständige Abschlussbericht des Modellprojekts kann unter [www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Traeger/Bund/experten/konzepte/modellprojekt\\_mbor\\_c.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Traeger/Bund/experten/konzepte/modellprojekt_mbor_c.html) abgerufen werden.

Die spezifischen MBOR-Angebote der Stufe C können entweder durch die medizinische Rehabilitationseinrichtung selbst oder durch externe Kooperationspartner (z.B. berufliche Reha-Einrichtungen oder Betriebe) erbracht werden. Es ist dabei zu beachten, dass Leistungen der Stufe C die Kernangebote der MBOR nicht ersetzen, sondern ergänzen. Insbesondere bei einer klinikinternen Leistungserbringung der Stufe C ist darauf zu achten, dass auch die Module der Stufe B im individuell erforderlichen Umfang durchgeführt werden. Beispielsweise darf die Durchführung von Leistungen zur erweiterten Abklärung der Belastbarkeit nicht zu Kürzungen beim erforderlichen Arbeitsplatztraining oder die Durchführung von Leistungen zur beruflichen Perspektivenbildung nicht zu Einsparungen bei der Psychosozialen Beratung in der MBOR führen. Leistungen der Stufe C sind damit immer Zusatzleistungen über die MBOR-Kernleistungen hinaus.

Die Notwendigkeit von Leistungen der Stufe C geht immer mit einem weitergehenden rehabilitativen Bedarf einher, der mit den Kernleistungen der MBOR nicht gedeckt werden kann. Dieser weitergehende Bedarf ist von der Reha-Einrichtung in eine konkrete Fragestellung zu formulieren. Diese Fragestellung ist leitend für Durchführung und Ergebnispräsentation der MBOR-Stufe C.

#### 4.6.1 Leistungen zur erweiterten Abklärung der Belastbarkeit

Bei Leistungen zur erweiterten Abklärung der Belastbarkeit (z.B. Belastungserprobung MBOR oder 2-tägiger EFL-Test) handelt es sich primär um diagnostische Leistungen, die dazu dienen, die persönliche psychische, kognitive und physische Belastungsfähigkeit von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einzuschätzen. Dafür sollten möglichst realitätsnahe Arbeitsbedingungen bereitgestellt oder simuliert werden. Dies kann sowohl innerhalb der Reha-Einrichtung als auch in Zusammenarbeit mit externen Partnern (z.B. Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation oder Phase II-Einrichtungen) geschehen. Bei den Leistungen zur erweiterten Abklärung der Belastbarkeit werden die Anforderungen eines vorhandenen oder zu erwartenden Arbeitsplatzes möglichst realitätsnah abgebildet und mit dem individuellen Leistungsprofil abgeglichen. Dadurch wird unter anderem eine Grundlage für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung geschaffen. Weitere Ziele können sein:

##### **Diagnostische Ziele**

- Möglichkeit einer beruflichen Wiedereingliederung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden prüfen
- Ausgangspunkt für die Einleitung von LTA

##### **Therapeutische Ziele**

- Förderung einer realitätsgerechten Selbsteinschätzung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden
- Erprobung der in der Therapie erarbeiteten adäquaten Verhaltensmuster (z.B. Umgang mit Leistungsanforderungen und interaktionellen Konflikten)

Die Überprüfung beruflicher und sozialer Kernkompetenzen kann je nach beruflicher Ausgangssituation in verschiedenen Arbeitsbereichen erfolgen. In Abhängigkeit der Fragestellung werden die Dauerbelastbarkeit, das Verhalten bei Mehrfachanforderungen, Arbeitsverhalten und Arbeitsleistung, Sozialverhalten sowie die psychische, kognitive und körperliche Belastbarkeit getestet. Es geht auch um die Förderung sozialer Kompetenzen im Beruf, das Bearbeiten berufsrelevanter problematischer Verhaltensmuster, das Üben eines Arbeitstages unter Alltagsbedingungen, das Knüpfen beruflich förderlicher Kontakte sowie die Steigerung der Motivation zu einer

Bewerbung. Bei der abschließenden Beurteilung sollten standardisierte Bewertungsmodule, z.B. IMBA/MELBA oder selbsterarbeitete, in der Qualität vergleichbare, valide Instrumente eingesetzt werden.

Die Leistungen zur erweiterten Abklärung der Belastbarkeit werden von der Reha-Einrichtung organisiert, gesteuert und supervidiert. Sie können in einer Kleingruppe (z.B. projektorientierte Gruppe) oder im Einzelfall auch als Einzeltherapie durchgeführt werden. Dauer und Häufigkeit der Leistungen sind variabel auf den Einzelfall abzustimmen. Die Vorbereitung auf die Leistungen erfolgt je nach Konzeption und Aufgabenverteilung in der Einrichtung im Rahmen der Ergotherapie, der Psychotherapie oder im Arbeitsplatztraining. Eine externe Leistung zur erweiterten Abklärung der Belastbarkeit kann auch in Form eines Praktikums oder einer Hospitation in einem Betrieb durchgeführt werden. Hierbei kann zunächst mit reduzierter Arbeitszeit und einer systematischen Steigerung des Stundenumfangs bis hin zu einem 8-Stunden-Arbeitstag begonnen werden. Ebenso ist die Erprobung auch tageweise möglich. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen im Erprobungsfeld durch geeignete Therapeuten begleitet und ihre Leistungsfähigkeit beobachtet werden. Gegebenenfalls werden begleitend Gruppen zum Thema Arbeitsleben und Sozialmedizin sowie Einzelberatungsgespräche angeboten.

#### → Formale Charakterisierung

**Hinweise zur Indikation:** abhängig von Indikation und Berufsbild; einbezogen werden sollten insbesondere

- Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, bei denen trotz durchgeführter MBOR-Stufe B Unklarheiten bezüglich der sozialmedizinischen Beurteilung bestehen und diese hinsichtlich einer arbeitsplatzbezogenen Eignung weiter aufgeklärt werden sollen
- Versicherte mit (auch abgelehntem) Rentenanspruch und Zeitrentenbezieher mit dem Potenzial einer beruflichen Perspektivbildung

#### Strukturelle Voraussetzungen

**Personelle Voraussetzungen:** Ergotherapeut, Psychologe, Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge, Arzt, weitere qualifizierte Berufsgruppen lt. KTL 2015

#### Abbildung in der KTL 2015

- E60 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung einzeln
- E61 Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung in der Kleingruppe
- E62 Belastungserprobung einzeln
- E63 Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum einzeln

#### 4.6.2 Leistungen zur beruflichen Perspektivenbildung

Die Leistungen zur beruflichen Perspektivenbildung (z.B. Potenzialanalyse) haben das Ziel, das bestehende berufliche Potenzial auf Basis der beruflichen Biografie, einer Stärken-Schwächen-Analyse sowie individueller Interessen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden abzuklären. Mit den gewonnenen Erkenntnissen wird eine weitere Berufswegeplanung ermöglicht und eine Beschleunigung der Eingliederung in den Arbeitsmarkt oder ggf. der Aufnahme von LTA angestrebt. Die Leistungen zur beruflichen Perspektivenbildung werden in der Regel in Kooperation mit Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation durchgeführt.

### **Diagnostische Ziele**

- berufliches Potenzial der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden ermitteln
- Interessenlage der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden feststellen
- berufliche Perspektiven entwickeln

### **Therapeutische Ziele**

- Formulierung der eigenen beruflichen Interessen
- Förderung einer realitätsgerechten Selbsteinschätzung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden mit ihrem/seinem beruflichen Potenzial und einer proaktiven Einstellung zur Lösung beruflicher Problemlagen
- Reflektion der beruflichen Möglichkeiten im bisherigen oder potenziellen anderen Betrieben
- Beschleunigung der Eingliederung in den Arbeitsmarkt

Abzugrenzen sind die Leistungen zur beruflichen Perspektivenbildung von Leistungen des Verfahrens im Rahmen von LTA. Während im Verwaltungsverfahren LTA in der Regel bereits möglichst konkrete Maßnahmen für den beruflichen Eingliederungsprozess erarbeitet werden sollen, fokussieren sich die Leistungen zur beruflichen Perspektivenbildung auf den Weg zur Entscheidungsfindung. Bereits in der frühen Phase der medizinischen Rehabilitation soll sich die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand mit ihren/seinen Stärken und Schwächen, beruflichen Potenzialen und Interessen auseinandersetzen, um die folgende Phase der Entscheidungsfindung optimal vorzubereiten. Im Einzelfall können Leistungen zur beruflichen Perspektivenbildung dazu beitragen, dass sonst erforderliche LTA entbehrlich werden.

Die Leistungen zur beruflichen Perspektivenbildung werden von der Reha-Einrichtung organisiert, gesteuert und supervidiert. Sie können in einer Kleingruppe (z.B. projektorientierte Gruppe) oder im Einzelfall auch als Einzeltherapie durchgeführt werden. Dauer und Häufigkeit der Leistungen sind variabel auf den Einzelfall abzustimmen. Die Vorbereitung auf die Leistungen erfolgt je nach Konzeption und Aufgabenverteilung in der Einrichtung im Rahmen der Psychosozialen Beratung in der MBOR oder der Berufsbezogenen Gruppen.

### **→ Formale Charakterisierung**

**Hinweise zur Indikation:** abhängig von Indikation und Berufsbild; einbezogen werden sollten insbesondere

- Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, bei denen bereits in der ersten Phase der medizinischen Rehabilitation erkennbar ist, dass sie in ihrem bisherigen Berufsfeld nicht mehr einsetzbar sind
- Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die eine berufsorientierte Unterstützung für ihre berufliche Wiedereingliederung benötigen

### **Strukturelle Voraussetzungen**

**Personelle Voraussetzungen:** Ergotherapeut, Psychologe, Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge, Arzt, weitere qualifizierte Berufsgruppen lt. KTL 2015

### **Abbildung in der KTL 2015**

E62 Belastungserprobung einzeln

E63 Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum einzeln<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Da das Angebot der Leistungen zur beruflichen Perspektivenbildung aktuell nicht in der KTL abbildbar ist, orientieren sich die Mindestanforderungen vorläufig an den KTL-Codes E62 sowie E63.

#### 4.7 Übergangsmanagement in der MBOR

Das definierte Ziel einer MBOR ist die Sicherstellung einer möglichst nahtlosen Rückkehr der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in aktive berufliche Tätigkeit. Dabei kann es sich um den bisherigen Arbeitsplatz, einen neuen Arbeitsplatz im bisherigen Berufsfeld oder auch eine neue berufliche Tätigkeit handeln. Der Übergang aus der medizinischen Rehabilitationseinrichtung in die jeweils angestrebte berufliche Tätigkeit ist hierbei von besonderer Bedeutung für eine erfolgreiche Zielerreichung. Ausführliche und weiterführende Informationen kann der Anlage Übergangsmanagement aus der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in aktive berufliche Tätigkeit<sup>10</sup> entnommen werden.

Aufgabe einer MBOR ist es deshalb, die konkrete berufliche Perspektive inklusive der damit einhergehenden weiteren Schritte nach der Rehabilitation möglichst frühzeitig zu erarbeiten. Hierzu sollen die mittels standardisierter Diagnostikinstrumente festgehaltenen Ergebnisse sowie die Beobachtungen in den verschiedenen Kernmodulen bzw. in den Leistungen der MBOR-Stufe C systematisch und kontinuierlich im Team zusammengeführt, bewertet und aktiv mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden besprochen werden. Das Ergebnis sollte ein individueller und mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden abgestimmter schriftlicher Plan zur beruflichen Rückkehr (RTW-Plan) sein, in dem festgehalten wird, welches das jeweilige konkrete Integrationsziel ist und – auch hier möglichst konkret – welche weiteren Schritte hierfür im Anschluss an die MBOR notwendig bzw. welche weiteren Akteure wann einzubinden sind. Sollten aus Sicht der Rehabilitationseinrichtung LTA erforderlich werden, ist als Teil des RTW-Planes der Kontakt zum zuständigen Rentenversicherungsträger anzubahnen. Die Entscheidung über die konkreten LTA verbleibt beim Rentenversicherungsträger und ist nicht Inhalt des RTW-Plans.

Bei Versicherten mit bestehendem Arbeitsplatz und länger andauernder Arbeitsunfähigkeit im Vorfeld der MBOR hat sich das Instrument der STW als besonders effektives Instrument erwiesen.<sup>11</sup> Sollte der Bedarf hierfür festgestellt werden, so sind Beginn der STW sowie das individuelle Stufenmodell mit der Rehabilitandin und dem Rehabilitand festzulegen und die STW entsprechend einzuleiten.

Ist absehbar, dass die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand im Anschluss an die MBOR nicht ohne professionelle Begleitung bzw. nachfolgende Leistungen in das Arbeitsleben zurückkehren kann, sollten die angezeigten Aktivitäten konkret im Plan benannt und darüber hinaus vereinbart werden, wie und zu welchem Zeitpunkt notwendige Akteure (z.B. Anbieter beruflicher Rehabilitation, Integrationsfachdienste o.ä.) einzubinden sind.

In diesem Kontext sind die Vorgaben der jeweiligen Leistungsträger zur Einleitung weiterführender Schritte zu beachten. Um die Rehabilitandin und den Rehabilitanden möglichst zeitnah wieder in das Erwerbsleben zu integrieren, haben die Rentenversicherungsträger spezifische Strategien zu ihrer Unterstützung entwickelt. Diese reichen von der Vorstellung von Rehabilitandinnen bzw. Rehabilitanden mit BBPL bzw. zu erwartenden

<sup>10</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund). Übergangsmanagement aus der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in aktive berufliche Tätigkeit. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2023

siehe auch: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/konzepte\\_systemfragen/konzepte/MBOR\\_AP\\_2019.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/MBOR_AP_2019.html)

<sup>11</sup> Vgl. auch: Bürger W, Streibelt M. Wer profitiert von Stufenweisen Wiedereingliederungen zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung? – Ergebnisse einer Kohortenstudie. Rehabilitation 2019; 58(3):163–171

Schwierigkeiten bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz beim Reha-Fachberatungsdienst des Rentenversicherungsträgers, über die konkrete Beantragung von LTA (z.B. über die Durchführung spezieller MBOR-Leistungen der Stufe C) bis zu besonderen Vorgaben zur Einleitung eines nachfolgenden Fallmanagements. Der Rentenversicherungsträger kann über ein solches Fallmanagement die Versicherten zeitnah beim Erhalt des bisherigen oder auch der Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes unterstützen. Zudem wird er in die Lage versetzt, auch hier bei Bedarf kurzfristig erforderliche LTA einzuleiten.

## Zusammenfassende Darstellung der Anforderungen an die MBOR-Angebote

**Achtung:** Die Anforderungen gelten nur für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit besonderer beruflicher Problemlage

MBOR-Angebote	Dauer/ Häufigkeit	Anzahl Teilnehmer	Sonstige Voraussetzungen	Rehabilitanden- anteil	Abbildung in der KTL
1) Berufsbezogene Diagnostik	90 min 1-3 x	1 oder Kleingruppe bis 5	Raum zur Testung und Diagnostik	100 %	C580, E60, E61
2) Psychosoziale Beratung in der MBOR	15-45 min 2-5 x	1 oder Kleingruppe bis 5, Gruppe bis 15	-	100 %	C580, D561, D562, D563, D569, D583, D585, D593, D595, E672, F552
3) Berufsbezogene Gruppen	45/50/60 min 4-10 x	Kleingruppe bis 5, Gruppe bis 12/15	-	50-80 %	D581, D586, D591, D596, F571, F579, G576 <sup>2</sup> , G602 <sup>2</sup> , G605 <sup>2</sup> , H84
4) Arbeitsplatztraining	60-90 min 6x	1 oder Kleingruppe bis 5, Gruppe bis 12/15	Vorliegen einer detaillierten Arbeits- platz- oder Tätigkeitsbeschreibung, Raum zur Testung/zum Training tätigkeitsspezifischer Aktivitäten bzw. Modellarbeitsplätze	50-80 %	A570, A602, A654, E55, E56, E57, E58, E59
5) Spezifische Leistungen der MBOR	variabel	1 oder Kleingruppe bis 5	je nach Leistungsangebot und Ausgestaltung	Abhängig von Indikation und Berufsgruppe	E60, E61, E62, E63

**Summe (ohne 5)** 11-27 h 15 min pro Reha<sup>1</sup>

**Anmerkungen:** Dauer und Häufigkeit stellen Mindestangaben dar;

<sup>1</sup> Angabe gilt für eine i.d.R. 3- (Somatik) bzw. 5-wöchige (Psycho somatik) Rehabilitation; Berechnung auf Basis von Dauer und Häufigkeit.

<sup>2</sup> Die Spannweite ist bedingt durch die individuellen Problemlagen.  
nur Psycho somatik/Psychotherapie

# Weiterführende Literatur

## Literatur zur Wirksamkeit der MBOR (Stand: 2019)

### Kardiologie

**Kittel J, Karoff M.** Lässt sich die Teilhabe am Arbeitsleben durch eine berufsorientierte kardiologische Rehabilitation verbessern? Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie. *Rehabilitation* 2008;47(1):14–22

### Neurologie

**Menzel-Begemann A.** Berufliche Orientierung in der medizinischen Neurorehabilitation. Problemstellung – Intervention – Ergebnisse. Weinheim: Beltz; 2012

**Menzel-Begemann A.** Beruflich orientiertes Reha-Modul für die Neurologie (BoReM-N) – Ergebnisse zum Katamnesezeitpunkt 12 Monate nach Reha. *DRV-Schriften* 2014;103:45–47

**Streibelt M, Menzel-Begemann, A.** Hängt der Erfolg arbeitsbezogener Leistungen in der Rehabilitation neurologischer Erkrankungen von der Wiedereingliederungsprognose ab? Eine Re-Analyse von 2 kontrolliert randomisierten Studien. *Rehabilitation* 2015;54(4):252–258

### Onkologie

**Böttcher HM, Steimann M, Ullrich, A et al.** Evaluation eines berufsbezogenen Konzepts im Rahmen der stationären onkologischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2013;52(5):329–336

**Fauser D, Wienert J, Beinert T et al.** Work-related medical rehabilitation in patients with cancer – postrehabilitation results from a cluster-randomized multicenter trial. *Cancer* 2019;125(15):2666–2674

**Fauser D, Wienert J, Zomorodbakhsch B et al.** Work-related medical rehabilitation in cancer – a cluster-randomized multicenter study. *Dtsch Arztebl Int* 2019;116:592–599

**Wienert J, Bethge M.** Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation für onkologische Rehabilitanden – kurzfristige Ergebnisse einer clusterrandomisierten Multicenterstudie. *Rehabilitation* 2019;58(3):181–190

### Orthopädie

**Bethge M, Herbold D, Trowitzsch L et al.** Berufliche Wiedereingliederung nach einer medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation: Eine clusterrandomisierte Studie. *Rehabilitation* 2010;49(1):2–12

**Bethge M, Markus M, Streibelt M, Gerlich C, Schuler M.** Effects of nationwide implementation of work-related medical rehabilitation in Germany: propensity score matched analysis. *Occup Environ Med* 2019;76(12):913–919

**Kleist B, Alliger K, Winter S et al.** Work Hardening bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen in der stationären Rehabilitation. *Praxis Klin Verhaltensmed Rehab* 2001;14:145–150

**Streibelt M, Bethge M.** Effects of intensified work-related multidisciplinary rehabilitation on occupational participation: a randomized-controlled trial in patients with chronic musculoskeletal disorders. *Int J Rehabil Res.* 2014;37(1):61–66

Zusammenfassend in:

**Bethge, M.** Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. *Rehabilitation* 2017;56(1):14–21

#### Psychosomatik

**Beutel ME, Zwerenz R, Bleichner F et al.** Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation – short and long-term results from a controlled study. *Disabil Rehabil.* 2005;27(15):891–900

**Hillert A, Staedtke D, Heldwein C et al.** Randomisierte Evaluation der beruflichen Belastungserprobung (BE) bei psychosomatischen Patienten im Rahmen eines stationären verhaltenstherapeutischen Settings: 12-Monatskatamnese. *DRV-Schriften* 2003;40:287–290

#### Weitere Literatur zur MBOR

##### Prozessqualität/Behandlungstreue

**Bethge M.** Erfolgsfaktoren medizinisch-beruflich orientierter orthopädischer Rehabilitation. *Rehabilitation* 2011;50(3):145–151

**Bethge M, Löffler S, Schwarz B et al.** Gelingt die Umsetzung des Anforderungsprofils zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation? *Rehabilitation* 2014;53(3):184–190

**Bethge M, Markus M, Streibelt M et al.** Implementing the german model of work-related medical rehabilitation: did the delivered dose of work-related treatment components increase? *Arch Phys Med Rehabil.* 2018;99(12):2465–2471

**Bethge M, Vogel M, Specht T et al.** Implementierung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation: Ein Propensity Score gematchter Vergleich zweier Kohorten aus 2012 und 2014. *Rehabilitation* 2016;55(1):48–53

**Schwarz B, Neuderth S, Gutenbrunner C et al.** Multiprofessional teamwork in work-related medical rehabilitation for patients with chronic musculoskeletal disorders. *J Rehabil Med.* 2015;47(1):58–65

##### Zielgruppen/MBOR-Screenings

**Bethge M, Löffler S, Schwarz B et al.** Besondere berufliche Problemlagen: Spielen sie eine Rolle beim Zugang in die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation? *Rehabilitation* 2014;53(1):49–55

**Streibelt M.** Steuerung besonderer beruflicher Problemlagen als Voraussetzung effektiv durchgeführter medizinischer Rehabilitationsleistungen. *Praxis Klin Verhaltensmed Rehab* 2010;23:5–14

Würzburger Screening:

**Löffler S, Wolf HD, Neuderth S et al.** Screening-Verfahren in der medizinischen Rehabilitation. In: Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM. (Hrsg.) Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2009:133–140

SIBAR:

**Bürger W, Deck R.** SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2009;48:211–221

SIMBO:

**Streibelt M.** Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). *Rehabilitation* 2009;48(3):135–144

**Streibelt M.** Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen mittels des Screening-Instrumentes SIMBO. Eine Synopse von vier Kohortenstudien. *Phys Med Rehab Kuror* 2018;28(5):264–274

**Streibelt M, Bethge M.** Prospective cohort analysis of the predictive validity of a screening instrument for severe restrictions of work ability in patients with musculoskeletal disorders. *Am J Phys Med Rehabil.* 2015;94(8):617–626

**Streibelt M, Bethge M.** Prognostic accuracy of the SIMBO regarding future return-to-work problems in patients with mental and musculoskeletal disorders. *Disabil Rehabil.* 2019;41(13):1571–1577

**Streibelt M, Bethge M, Gross T et al.** Predictive validity of a screening instrument for the risk of non-return to work in patients with internal diseases. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(5):989–996

#### Übergangsmanagement

**Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund).**

Übergangsmanagement aus der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in aktive berufliche Tätigkeit. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2023

# Notizen

