



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund

Übergangsmanagement aus der Medizinisch- beruflich orientierten Rehabilitation in aktive berufliche Tätigkeit

- MBOR-Übergangsmanagement
- Anlage zum Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation
- Stand: 30. Oktober 2023



Inhaltsverzeichnis

1. Geltungsbereich und Ziele des Konzepts	2
2. Vorüberlegungen	3
3. Zielgruppe	3
4. Aufgaben der Reha-Einrichtungen	4
5. Prototypische Fallgruppen	6
6. Besonderheiten/ spezielle Anforderungen einzelner Fallgruppen	8
7. Ausblick/ Mögliche Aspekte für die Weiterentwicklung des Konzepts	9

1. Geltungsbereich und Ziele des Konzepts

Zentrale Zielrichtung der Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ist die Sicherstellung der Erwerbsfähigkeit, mithin also die nachhaltige berufliche Teilhabe. Insbesondere an der Schnittstelle von Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation in den (Arbeits-)alltag entstehen Versorgungsbrüche, die dazu führen können, dass Empfehlungen, die in der Reha-Einrichtung erarbeitet wurden, nicht umgesetzt werden können. Dies gilt für alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der DRV. Personen, die aufgrund ihres besonderen beruflichen Problems eine MBOR der Stufe B benötigen, benötigen diese doch aufgrund ihrer spezifischen Problemkonstellation eine besonders intensive Auseinandersetzung mit der beruflichen Wiedereingliederung bereits während der medizinischen Rehabilitation. Damit kommt einer möglichst guten Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation in der MBOR Stufe B eine ganz besondere Bedeutung zu.

Ein MBOR-Übergangsmanagement soll einen solchen möglichst nahtlosen Übergang von der medizinischen Rehabilitation der MBOR-Stufe B (und ggf. der MBOR-Stufe C) in die aktive Beschäftigung der Rehabilitandin und des Rehabilitanden bzw. die unmittelbare und nahtlose Vermittlung in weitere Unterstützungsangebote gewährleisten. Versorgungslücken sollen vermieden werden.

Voraussetzung für ein effizientes MBOR-Übergangsmanagement durch die Reha-Einrichtungen ist, dass alle RV-Träger einen möglichst einheitlichen Prozess des Übergangs bzw. einheitliche Anforderungen an die Reha-Einrichtungen definieren und damit auch einheitlich gestaltete Instrumente und Materialien zur Verfügung stellen.

In dem hier vorliegenden Konzept „Übergangsmanagement aus einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in aktive berufliche Tätigkeit“ erfolgt deshalb primär eine Zusammenfassung und Beschreibung bereits in der Praxis etablierter Vorgehensweisen bzgl. der Gestaltung des Übergangs aus der medizinischen Rehabilitation. Das Konzept beabsichtigt daraus Aufgaben einer Reha-Einrichtung im Allgemeinen abzuleiten und Empfehlungen hinsichtlich der Anforderungen an die Reha-Einrichtungen zu definieren.

2. Vorüberlegungen

Die Bedarfslagen von MBOR-Rehabilitandinnen und MBOR-Rehabilitanden sind komplex und können über berufliche Belange hinausgehen. Das Konzept berücksichtigt diese komplexen Problemlagen, doch beziehen sich die folgenden Empfehlungen ausdrücklich, entsprechend dem Auftrag der DRV, auf das Ziel der beruflichen Teilhabe.

Im Sinne der „Hilfe zur Selbsthilfe“ soll die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand während des gesamten Reha-Aufenthalts motiviert und befähigt werden, sich mit ihrer/seiner aktuellen beruflichen Situation auseinander zu setzen und aktiv weiterführende Angebote, wenn erforderlich, anzustreben. Die Akzeptanz der (neuen) beruflichen Situation nach der Rehabilitation ist ein Prozess: Während der Rehabilitation sollten Diskrepanzen bzgl. der Ziele und Motive zwischen der Experten- und der Versichertenseite abgebaut und die Akzeptanz, weiterführende Leistungen in Anspruch zu nehmen, bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gefördert werden. Die Möglichkeiten in der medizinischen Rehabilitation sind jedoch begrenzt. Während der medizinischen Reha-Maßnahme kann bspw. lediglich die Anregung sowie ggf. die Einleitung konkreter weiterer Maßnahmen erfolgen. Die etablierten Verfahren der Rentenversicherungsträger im Anschluss werden deshalb explizit auch Bestandteil des vorliegenden Konzeptes sein.

Die Aufgaben im Rahmen des Übergangsmangements werden zwar v.a. im Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit (Anbahnung bzw. Beantragung von weiterführenden Leistungen, Schnittstellenfunktion, Vermittlung von Informationen, Netzwerkpflge, Motivation der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, Kontaktaufnahme mit externen Akteuren) gesehen, doch definiert das Konzept die Gestaltung und Anbahnung des Übergangs explizit als Aufgabe des gesamten Reha-Teams.

3. Zielgruppe

Im Rahmen der Zielsetzung der allgemeinen medizinischen Rehabilitation werden folgende Annahmen aufgestellt:

- a. Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen für den Übergang von der Reha zur aktiven Beschäftigung durch die Reha-Einrichtung befähigt werden.
- b. Ein Teil dieser Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus (a) benötigt strukturierte und individuelle Unterstützung bzw. Hilfestellungen.
- c. Ein Teil dieser Teilgruppe (b) braucht darüber hinaus weiterführende Leistungen nach dem Reha-Aufenthalt.

Es ist davon auszugehen, dass die beschriebenen Personengruppen von (b) und (c) eine hohe Schnittmenge zu den Personengruppen der MBOR (der Stufe B sowie weiterführend der Stufe C bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)) aufweisen. Sie sind als Zielgruppe des Konzeptes anzusehen.

4. Aufgaben der Reha-Einrichtungen

Für ein strukturiertes MBOR-Übergangsmanagement werden folgende zentrale Aufgaben der Reha-Einrichtungen definiert:

- a. die frühzeitige **Erkennung der relevanten Zielgruppe** im Reha-Prozess
- b. dem folgend die **Feststellung des individuellen Bedarfs** der Rehabilitandin und des Rehabilitanden an spezifischen Leistungen
- c. sowie die **Ableitung arbeitsbezogener Ziele** und **Anbahnung der** in Frage kommenden **weiteren Leistungen** bereits während der MBOR.

Frühzeitige Erkennung der relevanten Zielgruppe

So früh wie möglich, spätestens jedoch im Laufe der ersten Woche des Reha-Aufenthaltes, sollte grundsätzlich durch entsprechende valide Screening-Verfahren (vgl. Screenings im Rahmen der MBOR) die Zielgruppe mit besonderen beruflichen Problemlagen identifiziert werden.

Folgende Möglichkeiten für eine Identifikation werden aktuell im MBOR-Anforderungsprofil beschrieben:

- Zuweisung durch den Leistungsträger (RV-Träger); Identifikation nach Aktenlage/gemäß Antrag
- Versand von Fragebögen vor der Rehabilitation durch die Reha-Einrichtung an die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden
- Eingangsscreening zu Beginn der Rehabilitation im ärztlichen/therapeutischen Aufnahmegespräch; ggf. ist im Klinikkonzept ebenfalls ein Aufnahmegespräch beim Sozialdienst vorgesehen

Feststellung des individuellen Bedarfs

Der Bedarf ist so früh wie möglich festzustellen. Durch Rücksprachen im multiprofessionellen Team der Reha-Einrichtung kann der Bedarf in einzelnen Fällen auch im Verlauf der Rehabilitation festgestellt werden. Neue Erkenntnisse sollten in die Planung des weiteren Reha-Verlaufs mit einfließen.

Möglichst zu Beginn des Reha-Aufenthalts sind zur Feststellung des individuellen Bedarfs (standardisierte) Assessments zu verwenden. Wenn von der Rehabilitandin und den Rehabilitanden gewünscht bzw. wenn es die individuelle Situation erforderlich macht, können Angehörige oder Bezugspersonen in die Planung mit einbezogen werden.

Der „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ folgend, sollten die bio-psycho-sozialen Aspekte der vorliegenden Erkrankung eruiert werden, unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren: Ganzheitlich und individuell sind dabei fördernde und hemmende Einflüsse der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach der Rehabilitation zu identifizieren.

Gemäß dem „Leitfaden zur Unterstützung der Fallidentifikation und Bedarfsermittlung“ aus dem Konzept zum „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ der Deutschen Rentenversicherung sollten insbesondere folgende Sachverhalte im Zentrum stehen:

- die berufliche Situation
- das arbeitsbezogene Verhalten und Erleben
- die gesundheitliche Situation
- sonstige Merkmale der Person

- die familiäre und soziale Situation
- die finanzielle Situation
- erschwerende Bedingungen (Barrieren)
- fördernde Faktoren

Bedarfslagen können gemeinsam auftreten, sich ggf. gegenseitig bedingen, überlagern sowie in wechselseitiger Abhängigkeit mit psychisch oder körperlich bedingten Aktivitäts- und/ oder Teilhabebeeinträchtigungen auftreten. Dies sollte in der Bedarfsermittlung in besonderem Maße berücksichtigt werden.

Die für eine berufliche Wiedereingliederung besonders relevanten Faktoren – seien es Barrieren oder förderliche Faktoren – sollten in einer strukturierten Dokumentation erfasst und mit der Rehabilitandin und den Rehabilitanden konsentiert werden.

Ableitung arbeitsbezogener Ziele und Steuerung in Fallgruppen

Auf Grundlage der individuellen Bedarfsermittlung erfolgt im nächsten Schritt möglichst frühzeitig die Festlegung des beruflichen Teilhabeziels. Im Zentrum steht die Definition eines übergeordneten vorläufigen „Entlassungsziels“ sowie individueller beruflicher Ziele. Dies sollte sich auch an der vorläufigen positiven bzw. negativen Leistungsbeurteilung orientieren.

Zur Erreichung der berufsbezogenen Ziele sind daraufhin individuell erforderliche, möglichst passgenaue Leistungen und Handlungsschritte in der, aber auch im Anschluss an die Reha-Leistung zu identifizieren, zu konsentieren und zu dokumentieren. Die Festlegung der konkreten weiteren Schritte sowie die spezifische Bedarfsermittlung für eventuell nachfolgende Leistungen erfolgt auf Basis dieser Dokumentation während des weiteren Reha-Aufenthaltes. Inhalte dieser Dokumentation sollten sein:

- individuelle Förderfaktoren und Barrieren einer beruflichen Wiedereingliederung
- Definition Teilhabeziel(e) und weiterer berufsspezifischer Ziele
- Ableitung notwendiger Schritte (inkl. beteiligter Institutionen)

Erste Maßnahmen können bereits während des Aufenthalts durch die Reha-Einrichtung eingeleitet werden. Bei Bedarf wird der Kontakt zu zuständigen Stellen (z.B. RV-Träger, Betrieb) hergestellt. Im Einzelfall besteht nach der Rehabilitation auch die Möglichkeit des Feedbacks.

Wichtig: Durch die Reha-Einrichtungen werden keine Entscheidungen mit Bescheidwirkung getroffen. Die Entscheidung und Bewilligung über konkrete Leistungen obliegen ausschließlich dem Reha-Träger.

Sollte sich die Zuständigkeit anderer Reha-Träger ergeben (z. B. Krankenversicherung, Agentur für Arbeit), wird, das Einverständnis der Versicherten und des Versicherten vorausgesetzt, die zeitnahe Überleitung zum zuständigen Reha-Träger durch den Sozialdienst sichergestellt.

Berufsbezogene Ziele sowie weiterführende Leistungen sollten im Reha-Entlassungsbericht an den RV-Träger weitergeleitet werden. Eine weitere Konkretisierung könnte, im Sinne des „Leitfadens zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“, auf dem Formblatt 2 des Reha-Entlassungsberichts („Freitext“: nicht-standardisierter Textteil des Reha-Entlassungsberichtes) erfolgen (G0812), in welchem u. a. Vorschläge für nachfolgende Leistungen zu begründen sind.

5. Prototypische Fallgruppen

Das oben genannte sozialmedizinische „Entlassungsziel“ bedingt die weiteren Aufgaben während der Rehabilitation. Das vorliegende Konzept zum Übergang in Arbeit und Beruf unterscheidet deshalb im Folgenden prototypische Fallgestaltungen, aus denen sich spezifische Aufgaben ableiten lassen. Hierbei wird der voraussichtliche Entlassungszustand der Rehabilitandin und des Rehabilitanden als Ausgangspunkt für die Ableitung der empfohlenen weiteren Aufgaben und Vorgehensweisen in der Reha-Einrichtung definiert. Folgende Fallgruppen (FG) können unterschieden werden:

FG 1: Arbeitsfähigkeit

In der Regel sind hier keine weiteren Aktivitäten nötig. In jedem Falle sind allgemeine Empfehlungen zur Gestaltung der Arbeit zu vermitteln.

Sollte sich ein individueller Bedarf auf Unterstützung bei der Arbeitsaufnahme andeuten, sollte die Nutzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) geprüft werden

→ siehe „FG 2: Arbeitsunfähigkeit“

FG 2: Arbeitsunfähigkeit

Bei Fehlzeiten von in Summe mehr als 6 Wochen in den letzten 12 Monaten sollte regelhaft die Nutzung des BEM geprüft und ggf. vorbereitet werden.

Die Aufgaben in der Reha-Einrichtung sind hier:

- wenn möglich: Vermittlung von Informationen und Beratung der Rehabilitandin und des Rehabilitanden
- wenn möglich: Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber während der Rehabilitation
- Individuelle Vorbereitung der Rehabilitandin und des Rehabilitanden auf das Gespräch mit dem Arbeitgeber, v. a. bei negativ besetzten Erwartungen
- Erarbeitung möglicher Schritte im BEM

Hinweis: Teile des BEM könnten u.a. die Stufenweise Wiedereingliederung sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sein

Insbesondere bei längerfristiger Arbeitsunfähigkeit im Jahr vor der Rehabilitation (> 3 Monate) sollte regelhaft die Einleitung einer Stufenweisen Wiedereingliederung (STW) geprüft werden.

Die Aufgaben in der Reha-Einrichtung sind hier:

- Beratung der Rehabilitandin und des Rehabilitanden bzgl. Inhalt und Verlauf der Maßnahme sowie finanzieller Konsequenzen bei der Inanspruchnahme
- Erarbeitung des Beginns, der Dauer eines Stufenplans sowie begleitender Maßnahmen (Anpassung Arbeitsaufgaben etc.) in Abstimmung mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden, der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt und dem Arbeitgeber
- Dokumentation und Weiterleitung an den zuständigen Träger
- Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber

Hinweis: Zuständigkeit DRV, wenn die STW innerhalb von 4 Wochen nach der Reha-Maßnahme angetreten wird, ansonsten ist die Krankenversicherung einzubeziehen

FG 3: (drohende) Arbeitslosigkeit und nicht FG 4 oder FG 5

Die Aufgaben in der Reha-Einrichtung sind hier:

- Berufliche Perspektiven diskutieren bzw. individuelle Möglichkeiten aufzeigen
- bei Bedarf: Ermittlung von Adressen der zuständigen Agentur für Arbeit/ des Jobcenters
- bei Bedarf: Sicherstellung einer (telefonischen) Kontaktaufnahme während der Rehabilitation (ggf. Terminvereinbarung)

FG 4: Eingeschränkte Leistungsfähigkeit in der letzten Tätigkeit

Vordergründiges Ziel ist die Nahtlosigkeit der Leistungen der Rentenversicherung bei einem erkannten Bedarf von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) im Anschluss. LTA sollten bereits in der Reha-Einrichtung angebahnt, beantragt und ggf. durch den RV-Träger eingeleitet werden.

Aktuell verfolgen die RV-Träger unterschiedliche Strategien (ggf. unter Einbindung der Reha-Beratung). Daraus können sich unterschiedliche Aufgaben in der Reha-Einrichtung ergeben. Folgende Möglichkeiten sind denkbar:

- **Bedarf an LTA wird im Reha-Entlassungsbericht vermerkt**
 - Weiterleitung an die zuständige Stelle des RV-Trägers, die regelhaft über die Leistung entscheidet
 - Reha-Beratung setzt sich mit der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden in Verbindung und erstellt mit ihr/ihm einen Plan bzgl. der folgenden Leistungen
- **Antragstellung auf LTA mit Unterstützung durch den Sozialdienst**
 - Weiterleitung an den RV-Träger
 - Reha-Beratung nimmt Kontakt zu der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden auf und erstellt mit ihr/ihm einen Plan bzgl. der folgenden Leistungen
- **Bedarfserkennung und Vermittlung an die Reha-Beratung direkt aus der Einrichtung**
 - Reha-Beratung berät die Rehabilitandin und den Rehabilitanden persönlich bzgl. weiterer möglicher Schritte
 - abhängig vom zuständigen RV-Träger können mit der Reha-Beratung konkrete LTA-Maßnahmen vereinbart und ggf. direkt bewilligt werden

FG 5: Eingeschränkte Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

In dieser Fallgruppe steht der potenzielle Zugang in die (teilweise) Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) im Fokus. Deshalb sollte zwingend eine genaue sozialmedizinische Prüfung der persönlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer EM-Rente erfolgen.

Die Aufgaben in der Reha-Einrichtung sind hier:

- Ausführliche Beratung zu den sozialrechtlichen und den individuellen (z. B. finanziellen) Konsequenzen
- Aufklärung/Informationen zu im Einzelfall relevanten Rentenarten (v.a. Altersrente wegen Schwerbehinderung, Rente wegen Erwerbsminderung) und ihrer Anspruchsvoraussetzungen
- Verweis auf wohnortnahe Auskunft- und Beratungsstellen der DRV, wohnortnahe ehrenamtliche Versichertenberaterinnen und Versichertenberater der DRV, Internetauftritt des zuständigen RV-Trägers, Servicetelefon des zuständigen RV-Trägers und Sicherstellung der Kontaktaufnahme
- Ausführliche sozialmedizinische Stellungnahme im Entlassungsbericht

6. Besonderheiten/ spezielle Anforderungen einzelner Fallgruppen

In allen oben genannten Fallkonstellationen können in unterschiedlicher Häufigkeit Besonderheiten auftreten bzw. spezielle Versorgungsmodelle angebracht sein. Im Folgenden sind die wichtigsten aufgeführt.

Begleitung und Bedarfsfeststellung durch ein Fallmanagement

Ein Fallmanagement begleitet und berät die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Im Rahmen dieser „Regie- oder Koordinierungsleistung“ werden die Eigeninitiative sowie Selbsthilfe nach der Reha-Maßnahme gefördert und die weiteren Reha- und Integrationsprozesse geplant und koordiniert (z. B. durch Reha-Beratung, externe Anbieter, Integrationsfachdienste). Ein solches Fallmanagement könnte v. a. bei den Fallgruppen 2 bis 4 notwendig werden.

Die Aufgaben in der Reha-Einrichtung sind hier:

- Feststellung des individuellen Bedarfs für ein Fallmanagement
- Weiterleitung an den RV-Träger bzw. Kontaktaufnahme zum vom RV-Träger zugelassenen Anbieter des Fallmanagements

Die konkreten Arbeitsschritte und Anforderungen sind von der Angebotsstruktur des zuständigen RV-Trägers abhängig.

Hinweis: Eine detaillierte Beschreibung der Leistungen kann dem „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe der Deutschen Rentenversicherung“ entnommen werden.

Leistungen der MBOR-Stufe C

Leistungen der MBOR-Stufe C sind dann angezeigt, wenn nicht absehbar ist, ob der bisherige oder ein entsprechender Arbeitsplatz wieder eingenommen werden kann. Damit steht insbesondere die Fallgruppe 4 hier im Fokus.

Ziel der Leistungen der MBOR-Stufe C sind die Identifikation des weitergehenden Reha-Bedarfs, die Erarbeitung beruflicher Perspektiven und ggf. die Unterstützung bei der Einleitung von nachfolgender LTA. Ein Fallmanagement kann in komplexen Fällen ergänzend zielführend sein.

Die Aufgaben in der Reha-Einrichtung sind hier:

- Feststellung des individuellen Bedarfs an dem Angebot der MBOR-Stufe C
- Einleitung der MBOR-Stufe C-Maßnahme

Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen der MBOR-Stufe C ist von der Angebotsstruktur des zuständigen RV-Trägers abhängig.

Hinweis: Eine detaillierte Beschreibung der Leistungen kann dem „Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, Stand: 30. Oktober 2019“ entnommen werden.

Umfassende Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung gem. § 13 SGB IX

Aufgrund komplexer Bedarfslagen kann in wenigen Fällen in der medizinischen Rehabilitation deutlich werden, dass eine umfassende Bedarfsermittlung mit Erarbeitung eines rechtskreisübergreifenden Teilhabeplans gem. § 19 SGB IX erforderlich sein könnte. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation kann diese Aufgabe zwar nicht geleistet, aber vorbereitet werden.

Die Aufgaben in der Reha-Einrichtung sind hier:

- Identifikation von Fällen für ein Teilhabeplanverfahren nach § 19 SGB IX
- Information des RV-Trägers über Notwendigkeit umfassender Bedarfsermittlung sowie Teilhabeplanung
- zeitnahe Vermittlung zur Reha-Beratung oder – falls vorhanden – zum Fallmanagement bzw. beauftragten Diensten für die Teilhabeplanung (z. B. Integrationsfachdienste)

7. Ausblick/ Mögliche Aspekte für die Weiterentwicklung des Konzepts

Das Übergangsmanagement nach einer MBOR-Leistung der Stufe B und ggf. der Stufe C definiert die Aufgaben und Notwendigkeiten in der medizinischen Rehabilitation auf der Basis der aktuell verfügbaren Versorgungsstrukturen und aktuell definierter Vorgaben der Rentenversicherungsträger. Beides ist momentan von Region zu Region und teilweise auch von RV-Träger zu RV-Träger unterschiedlich geregelt. Um die hieraus erwachsenen Schwierigkeiten für Reha-Einrichtungen zu minimieren, sollte das Konzept zum Übergang in Beruf und Arbeit weiterentwickelt werden. Folgende Punkte sind hierbei besonders zu beachten:

Zur Förderung der Nahtlosigkeit von Leistungen sollten den Reha-Einrichtungen zentrale Ansprechpartner bei den RV-Trägern bekannt sein bzw. sollten diese eventuell gemeinsam durch die RV-Träger in einer Region eingerichtet werden. So könnten bereits in der Reha-Einrichtung konkrete Fallkonstellationen erkannt, dem RV-Träger kommuniziert und ggf. geplant bzw. eingeleitet werden, sodass die Rehabilitandin und der Rehabilitand die Rehabilitationsmaßnahme mit einer konkreten weiterführenden Maßnahme oder zumindest einer Perspektive beenden. Zudem schaffen zentrale Kontaktadressen der RV-Träger Transparenz und Verbindlichkeit gegenüber den Rehabilitandinnen/ den Rehabilitanden und den Reha-Einrichtungen (Außenwirkung). Eine passgenaue Vorbereitung und Anbahnung von Leistungen durch die Reha-Einrichtung wären vor diesem Hintergrund möglich.

Möglichkeiten von Feedbackschleifen könnten eingerichtet werden: Durch Rückmeldungen der RV-Träger bzw. der Rehabilitandin und des Rehabilitanden selbst, ob die geplanten weiteren Leistungen zielführend waren, könnten sich konkrete interne Arbeitsabläufe etablieren und Unsicherheiten abgebaut werden. Zudem findet auf diese Weise eine Qualitätsverbesserung bei der Bedarfsfeststellung in Reha-Einrichtungen statt.

Perspektivisch sollten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialen Dienstes durch die RV-Träger zentral für relevante Themengebiete geschult werden. So wären z. B. regelmäßige Unterweisungen in den Reha-Einrichtungen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der DRV zu Themen wie der Beantragung von LTA, Rentenverfahren und weiteren Entwicklungen

vor dem Hintergrund des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) denkbar. Neben der weiteren Professionalisierung der Sozialen Arbeit können auf diesem Wege Verfahren zwischen Reha-Einrichtung und RV-Träger gemeinsam gestaltet, eine verbindliche Zusammenarbeit aufgebaut sowie eine qualitativ gute Beratung und Begleitung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erreicht werden. Hier könnte das bereits bestehende umfangreiche Fortbildungsangebot der DRV Bund genutzt werden. Dieses umfasst neben Angeboten für das gesamte Reha-Team auch spezielle Module für einzelne Berufsgruppen, so auch Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen/Diplom-Sozialarbeiterinnen und Diplom-Sozialarbeiter.

Insgesamt würde eine stärkere einheitliche Vorgehensweise der RV-Träger bzgl. der Gestaltung des Übergangs aus der Rehabilitation die Arbeit der Reha-Einrichtungen maßgeblich erleichtern. Neben einheitlicher Arbeitsabläufe umfasst diese Entwicklung auch die gleiche Angebotsstruktur für alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Rahmen des Fallmanagements sowie den Einsatz von einheitlichen Dokumentationen und Formvordrucken für die Beantragung weiterer Leistungen.

