

Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation

→ Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit in der
medizinischen Rehabilitation





Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund und Ziele	4
2. Strukturelle Voraussetzungen.....	8
3. Zugangswege zur Sozialen Arbeit.....	11
4. Soziale Diagnostik.....	13
5. Bedarfslagen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.....	16
5.1 Berufliche Bedarfslagen	16
5.1.1 Längere Abwesenheit vom Arbeitsplatz	17
5.1.1.a Stufenweise Wiedereingliederung (STW)	17
5.1.1.b Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	18
5.1.2 Konflikte oder psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz	18
5.1.2.a Gruppentraining zu Konflikten am Arbeitsplatz	19
5.1.2.b Training sozialer Kompetenzen	19
5.1.3 Unklare berufliche Perspektive	19
5.1.4 Notwendige berufliche Veränderungen	20
5.1.5 Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung	22
5.2 Soziale und wirtschaftliche Bedarfslagen	23
5.2.1 Soziale Bedarfslagen.....	23
5.2.1.a Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit sozialen Problemen	23
5.2.1.b Angehörige	24
5.2.2 Wirtschaftliche und sozialrechtliche Bedarfslagen.....	25
5.2.3 Teilhabe von Menschen mit Behinderung.....	25
5.3 Bedarf an nachgehenden Leistungen.....	26
6. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Kommunikationsschwierigkeiten	29
6.1 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit eingeschränkten Deutschkenntnissen	29
6.2 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten	30
7. Links, Materialien, weiterführende Informationen	31
Literaturverzeichnis.....	38

Im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund (Geschäftsbereich Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin; Dezernat Reha-Wissenschaften) wurden die Praxisempfehlungen von der Universität Würzburg (Arbeitsbereich Medizinische Psychologie und Psychotherapie; Projektleitung: Prof. Dr. Heiner Vogel) unter Mitarbeit von Expertinnen und Experten aus Praxis, Forschung und Verwaltung erstellt.

1. Hintergrund und Ziele

Soziale Arbeit ist integraler Bestandteil des Behandlungsprozesses bei medizinischen Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Sie fördert und unterstützt umfassend die Teilhabe ihrer Klientinnen und Klienten am beruflichen und gesellschaftlichen Leben.

Sozialdienste in Reha-Einrichtungen erarbeiten mit der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden individuelle Perspektiven zur Bewältigung der Folgen von Krankheit und Behinderung sowie zur Teilhabe. Zentrale Aufgaben sind die Identifizierung und Klärung von Bedarfslagen und Kontextfaktoren beruflicher, sozialer, wirtschaftlicher und psychosozialer Art. Die Soziale Arbeit unterstützt und begleitet den Rehabilitationsprozess in vielfältiger Weise. Sie informiert, berät, motiviert und unterstützt die Entwicklung und Umsetzung von Bewältigungsstrategien. Zudem regt sie nachgelagerte Leistungen zur Teilhabe oder Nachsorge an und leitet diese in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger ein. Im gesamten Reha-Prozess ist sie gefordert, angemessen auf Bedarfslagen einzugehen und sollte sich dem Konzept der „Hilfe zur Selbsthilfe“ verpflichtet sehen. Dabei arbeitet sie eng zusammen mit allen am Reha-Prozess Beteiligten (zum Beispiel der behandelnden Ärztin und dem behandelnden Arzt sowie weiteren Mitgliedern des Reha-Teams, Rehabilitationsträgern, Leistungserbringern, Arbeitgebern, Selbsthilfegruppen und Angehörigen).

Grundlegend für die Soziale Arbeit ist hierbei das bio-psycho-soziale Modell der funktionalen Gesundheit im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, 2005). Die umfassende Berücksichtigung der Rehabilitandin und des Rehabilitanden in ihrer und seiner individuellen Lebens- und Krankheitssituation im Sinne der ICF ist Leitbild der Sozialen Arbeit. Wie die ICF in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen praktisch genutzt werden kann, lässt sich dem ICF-Praxisleitfaden 2 (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, BAR, 2016b) entnehmen.

Leistungen der Sozialen Arbeit können bei Versicherten in der medizinischen Rehabilitation in allen Indikationen und Altersstufen relevant sein. Anforderungen der Kostenträger sind u.a. in den Reha-Therapiestandards der DRV (RTS, DRV Bund, 2016) bzw. der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, DRV Bund, 2015) und dem Anforderungsprofil für die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR, DRV Bund, 2019a) formuliert.

Die Praxisempfehlungen Soziale Arbeit beziehen sich auf sämtliche Indikationsbereiche der medizinischen Rehabilitation der DRV mit Ausnahme von der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen sowie der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, da in diesen Bereichen besondere Rahmenbedingungen gegeben sind.

Die Auswahl der in der Broschüre aufgeführten Informationsquellen, Links sowie Literaturverweise stellen keine Wertung dar. Die Ausführungen der Broschüre umfassen ausschließlich Handlungsempfehlungen für die Praxis.

Entwicklung der Praxisempfehlungen

Die Praxisempfehlungen wurden in einem mehrstufigen, systematischen Verfahren entwickelt und konsentiert. Anhand einer systematischen Literaturrecherche wurden Publikationen zu Leistungen der Sozialen Arbeit gesichtet, und es wurde eine bundesweite Bestandserhebung über die Arbeit der Sozialdienste in den von der DRV federführend belegten Rehabilitationseinrichtungen (stationär, ambulant) durchgeführt. Die auf dieser Grundlage entwickelte Entwurfsfassung der Praxisempfehlungen wurde in zwei Expertenworkshops und zahlreichen Einzelgesprächen mit Fachleuten aus Praxis, Forschung und Verwaltung weiterbearbeitet und konsentiert.

Den Expertinnen und Experten sei an dieser Stelle für die Zusammenarbeit herzlich gedankt.

Gebrauchsanleitung

Die vorliegenden Praxisempfehlungen sollen sowohl Erfahrenen als auch Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern im Bereich der Sozialen Arbeit Anregung und Unterstützung für ihre Tätigkeit in medizinischen Reha-Einrichtungen bieten. Anderen Professionen bzw. Mitgliedern des Reha-Teams soll anhand der Praxisempfehlungen ein Überblick zu den Kompetenz- und Aufgabenbereichen der Sozialen Arbeit ermöglicht werden. Da es eine enorme Vielfalt an Umsetzungsvarianten für Leistungen der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation gibt, werden typische Bedarfslagen und dafür passende Interventionen der Sozialen Arbeit beispielhaft herausgegriffen und veranschaulicht. Häufige Einzelleistungen werden in Kapitel 5 überblicksartig dargestellt und jeweils kurz erläutert.

Soziale Arbeit in medizinischen Reha-Einrichtungen

Wesentliche Aufgabe der Sozialen Arbeit ist die Unterstützung, Förderung und Begleitung der Versicherten bei der Bewältigung berufsbezogener, wirtschaftlicher oder sozialer Problemlagen, die im Zusammenhang mit Erkrankung oder Behinderung stehen. Das Handeln der Sozialen Arbeit zielt daher auf die Analyse von individuellen Problemsituationen, die Entwicklung nachhaltiger Lösungsansätze und Umsetzungsstrategien sowie das Erschließen notwendiger Unterstützungsleistungen. So vielfältig wie die Problemlagen ist auch das Handlungsspektrum: Information, Beratung, Anregung oder organisatorische Vorbereitung weiterführender Leistungen. Mögliche Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit im Rahmen des Reha-Prozesses lassen sich in der Gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste (BAR, 2016a) sowie dem Grundsatzpapier Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, DVSG, 2008) einsehen.

Je nach Einrichtungskonzept können die Leistungen des Sozialdienstes unterschiedlich ausfallen. Sie können in einem oder mehreren der folgenden Formate umgesetzt werden:

- Vortrag/Informationsvermittlung zum Beispiel zu folgenden Themen
 - Grundlagen und Ablauf von Leistungen/Maßnahmen (Großgruppe)

 - Stufenweise Wiedereingliederung (STW) und betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

 - Erwerbsminderungsrente (EM-Rente), Altersrente und weitere Themen der wirtschaftlichen Sicherung (Übergangsgeld, Krankengeld, Arbeitslosengeld)

- Förderung der Auseinandersetzung mit dem eigenen beruflichen Leistungsbild, Unterstützung bzgl. Lösungsstrategien
 - Grad der Behinderung (GdB)
 - nachgehende Leistungen
- Seminar (Kleingruppe mit maximal 5 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, Gruppe mit maximal 15 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden) z.B. Einführung in das Sozialrecht, Teilhabebeeinträchtigungen im Erwerbsleben, Möglichkeiten durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Psychoedukative Gruppe zur Auseinandersetzung mit beruflichen Veränderungen, Bewältigung beruflicher Konflikte
- Einzelberatung: Ein zentrales Instrument der Sozialen Arbeit ist das persönliche Beratungsgespräch, das von der individuellen Situation der Ratsuchenden geprägt ist. In der Praxis sind die Beratungsanlässe und Problemlagen breit gefächert. Bedarfe können sich im Beratungsverlauf verändern und als einfach oder komplex erweisen. Eine gute Beratung benötigt Fach- und Sozialkompetenzen, die in Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung guter Beratung in der Rehabilitation zusammengefasst sind (BAR, 2015).
- Anregung, Vorbereitung, Organisation oder Begleitung: nachgehende Leistungen (STW, LTA, Übergangs-/Fallmanagement), erweiterte Leistungen der Arbeits- und Belastungserprobung oder beruflichen Perspektivbildung gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern (MBOR-Stufe C)

Zielvereinbarung und Motivation

Die Soziale Arbeit soll im gesamten Rehabilitationsprozess in ihren Leistungen Versicherte dazu motivieren, sich mit ihrer individuellen Erwerbs- und Lebensperspektive auseinanderzusetzen. In den unterschiedlichen Interventionen soll mit der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden beraten werden, welche arbeits- und berufsbezogenen und weiteren teilhaberelevanten Bedarfslagen bearbeitet, welche Ziele angestrebt (partizipative Zielvereinbarung), wie diese konkret umgesetzt werden und welche Hilfen sie dabei erhalten können. Ein Beispiel wäre die gemeinsame Erarbeitung von konkreten und realistischen Zielformulierungen zur Frage „Was möchte ich in der Reha bezogen auf mein Erwerbsleben erreichen?“. Motivierende und umsetzbare Ziele können zum Beispiel anhand der so genannten SMART-Regel formuliert werden: spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und terminiert (Glattacker et al., 2015). Für die Analyse der Zielerreichung in der psychosozialen Fallarbeit steht eine Arbeitshilfe von Pauls und Reicherts (2012) zur Verfügung. Prozessbegleitend kann auch die PRO-ZIEL-Basisdiagnostik (Heiner, 2004) zur Problemerkennung, Zielsetzung und Maßnahmenplanung angewendet werden.

Als Gesprächstechnik insbesondere bei Versicherten mit unklarer oder ambivalenter Motivation kann die Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing; Miller & Rollnick, 2015) verwendet werden. Die arbeits- und berufsbezogene Motivation von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird vor allem in psychoedukativen Gruppenangeboten thematisiert (zum Beispiel Berufliche Zukunft, Bönisch & Dorn, 2014; MBOR soG I – IV, DVSG, 2014a; Curricula Soziale Arbeit, DRV Bund, 2018a; ZAZO-Training, Fiedler et al., 2011).

Bei allen diagnostischen und therapeutischen Interventionen ist darauf zu achten, eine Sprache zu verwenden, die für die Rehabilitandin und den Rehabilitanden gut verständlich ist. Vorwissen und Erfahrungen müssen berücksichtigt werden. Den besonderen Bedarfen von Versicherten mit verschiedenen kulturellen Hintergründen oder mit Sprachbarrieren ist Rechnung zu tragen (siehe hierzu auch Kapitel 6).

Handlungs- und Bewältigungsplanung

Handlungs- und Bewältigungsplanung hilft dabei, Absichten (z.B. zum Gesundheitsverhalten oder der Aufnahme weiterer beruflicher Schritte) in tatsächliches Verhalten umzusetzen. Die nachhaltige Umsetzung von gesundheitsdienlichem Verhalten kann gefördert werden, indem konkrete Pläne formuliert (wann, wo, wie), mögliche Umsetzungshindernisse vorweggenommen und Bewältigungsstrategien erarbeitet werden.

Handlungs- und Bewältigungspläne, die für die Anwendung in Reha-Einrichtungen genutzt oder angepasst werden können, sind im SelMa-Manual (Seekatz et al., 2015) aufgeführt. Auch das Trainingsmanual für Selbstmanagement von Storch und Krause (2017), das auf dem Zürcher Ressourcen-Modell (ZRM) basiert, kann herangezogen werden.

Förderung der Nachhaltigkeit von Rehabilitationserfolgen

Die Anregung, Planung und Organisation von Leistungen der Reha-Nachsorge oder anderer nachgelagerter Leistungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Reha-Erfolgs ist ein integraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation und gehört zu den wesentlichen Aufgaben der Sozialen Arbeit (siehe Kapitel 5.3).

2. Strukturelle Voraussetzungen

Die Umsetzung der Praxisempfehlungen setzt geeignete Rahmenbedingungen voraus.

Personelle Ausstattung

Um den quantitativen und qualitativen Anforderungen an die Soziale Arbeit gerecht zu werden, müssen sich diese im Personalschlüssel widerspiegeln. Die DRV hat für die stationären und ambulanten medizinischen Reha-Einrichtungen personelle Anforderungen formuliert (1 Sozialarbeiterin/ Sozialarbeiter bzw. -pädagogin/-pädagogin pro 100 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden [somatische Indikationen, stationär]; 1,2 Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeiter bzw. -pädagoginnen/pädagogen pro 100 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden [Psychosomatik, stationär]; 0,5 Sozialarbeiterin/ Sozialarbeiter bzw. -pädagogin/ -pädagogin pro 40 Behandlungsplätze [ambulant]) (DRV Bund, 2014).

Gleichzeitig muss die personelle Ausstattung der Sozialen Arbeit den Anforderungen einer interprofessionellen Teamarbeit bzw. der MBOR gerecht werden können. In der MBOR übernimmt die Soziale Arbeit bei Vorliegen besonderer beruflicher Problemlagen teilweise Leistungen des Kernangebots der Stufe B (berufsbezogene Diagnostik, psychosoziale Beratung, berufsbezogene Gruppen) sowie spezifische Angebote der Stufe C. Hierbei ist sie maßgeblich an dem Aufbau und der Pflege von Kooperationen mit externen Institutionen (z.B. Arbeitgeber, Integrationsfachdienste, Einrichtungen beruflicher Rehabilitation) beteiligt. Auch übernimmt sie eine zentrale Rolle bei Einleitung bzw. Planung weiterführender Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung nach der Rehabilitation (DRV Bund, 2019a). Der zeitliche Aufwand für diese Aufgaben muss in die Personalplanung einfließen, auch deshalb, weil ein Großteil dieser Leistungen nicht alternativ durch andere Berufsgruppen erbracht werden kann (vgl. Vorsatz & Brüggemann, 2011).

Leistungsumfang

Mindestangaben zur Dauer einzelner Leistungen des Sozialdienstes lassen sich der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL, DRV Bund, 2015) entnehmen. Weitere Orientierung geben die Reha-Therapiestandards (RTS) der DRV (DRV Bund, 2016). Zu beachten ist, dass sich der Leistungsumfang der Sozialen Arbeit während der Rehabilitation nach dem individuellen Bedarf der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden sowie nach dem jeweiligen Konzept der Einrichtung richtet. Versicherte, die mehr therapeutische Leistungen benötigen als zum Beispiel in den RTS gefordert, müssen diese auch erhalten. Ein Überschreiten der Mindestanforderungen ist – soweit möglich und erforderlich – durchaus erwünscht.

Zu berücksichtigen ist außerdem, dass im Verantwortungsbereich der Sozialen Arbeit auch nicht-fallbezogene Tätigkeiten wie zum Beispiel einrichtungsinterne und externe Vernetzung, Teilnahme an sowie Durchführung von Fortbildungen und die Dokumentation von Leistungen liegen, die beim Zeitaufwand/Personalschlüssel berücksichtigt werden müssen (Anton, 2020).

Qualifikation

Als Fachkräfte der Sozialen Arbeit werden in den Praxisempfehlungen Absolventinnen und Absolventen der Studiengänge Soziale Arbeit bzw. Sozialpädagogik (B.A., M.A. oder Dipl.) verstanden. Sie müssen in der me-

dizinischen Rehabilitation über fundierte Kenntnisse und Kompetenzen in den Bereichen Rehabilitation, Teilhabe, Sozialrecht und Beratung/Gesprächsführung verfügen (BAR, 2015). Anforderungen an die (Mindest-) Qualifikation von Mitarbeitenden der Sozialen Arbeit hat unter anderem die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) in einem Qualifikationskonzept beschrieben (DVSG, 2015). Dieses bezieht sich nicht nur auf die medizinische Rehabilitation, sondern auch auf andere Versorgungsformen/-sektoren bzw. Zielgruppen. Im Qualifikationskonzept werden wesentliche allgemeine Fähigkeiten und professionelle Kompetenzen formuliert, über die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter beziehungsweise Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen – je nach Qualifikationsniveau – verfügen sollten (vgl. auch DRV Bund, 2014). Im Sinne der Weiterqualifizierung sollten Fachkräfte der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation die Möglichkeit haben, regelmäßig an internen sowie externen fachbezogenen Fortbildungen teilzunehmen.

Dokumentation

Durch die Soziale Arbeit erbrachte Leistungen müssen schriftlich, lückenlos und unter Berücksichtigung der Vorgaben des jeweiligen Qualitätsmanagements in der Einrichtung dokumentiert werden. Für alle Mitglieder des Reha-Teams soll der Zugriff auf Dokumentations-Unterlagen gleichermaßen gewährleistet sein. Zum Reha-Entlassungsbericht sowie zur sozialmedizinischen Stellungnahme soll die Soziale Arbeit regelhaft fachspezifische Beiträge liefern. Außerdem soll sie neben anderen beteiligten Berufsgruppen aktiv die einrichtungsinterne „Reha-Philosophie“ in Form von Konzepten mitgestalten.

Für die Dokumentation der therapeutischen Leistungen in der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung wird die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, DRV Bund, 2015) eingesetzt. Die KTL enthält eine Auflistung der Leistungen, die von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen erbracht werden können, sowie eine Verweisliste für arbeitsbezogene Leistungen.

Datenschutz

Mitarbeitende der Sozialen Arbeit sind dazu verpflichtet Datenschutz zu gewährleisten. Dazu gehören der Schutz personenbezogener Daten (inkl. Sozialdaten) sowie die Verschwiegenheit. Es gelten die Regelungen nach § 35 SGB I und §§ 67 ff SGB X (BAR, 2016a) sowie die Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Reha-Team

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein erfolgsrelevantes Merkmal in Reha-Einrichtungen (z.B. Kleineke et al., 2015; Schwarz et al., 2015). Eine wichtige Voraussetzung für die Anwendung der Praxisempfehlungen ist es, dass die Mitarbeitenden aller Disziplinen und Berufsgruppen in der Einrichtung ein Team bilden und regelmäßige, interprofessionelle Besprechungen durchführen. Die Förderung der interprofessionellen Kommunikation ist ein wichtiges Ziel von Fortbildungen für Mitarbeitende, an denen auch die Sozialdienste teilnehmen bzw. mitwirken.

Auch wenn die vorliegenden Praxisempfehlungen Angebote der Sozialen Arbeit in Bezug auf bestimmte Bedarfslagen darstellen, so ist immer ein Bezug zum Reha-Team und insbesondere zur Berufsgruppe der Ärztinnen und der Ärzte beziehungsweise Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten

gegeben¹. In den meisten Einrichtungen kommt diesen Berufsgruppen in der Praxis eine zentrale Steuerungsfunktion zu, was die Zuweisung der Versicherten zu Interventionen der Sozialen Arbeit wie auch die Verordnung weiterführender Leistungen betrifft. Mitarbeitende des Sozialdienstes arbeiten dennoch weisungsungebunden und selbstständig auf ihrem Gebiet. In „Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe“ (BAR, 2018) finden sich über das Thema interprofessionelle Zusammenarbeit hinaus für das gesamte Reha-Team grundlegende Aspekte von Rehabilitation und Teilhabe. Einen Überblick über den Reha-Prozess bietet die Gemeinsame Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, 2019).

1 (i.d.R. nichtärztliche Professionen, vor allem in den Indikationen Psychosomatik oder Neurologie)

3. Zugangswege zur Sozialen Arbeit

Im Unterschied zu anderen Leistungen in Reha-Einrichtungen gelangen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über sehr verschiedene Zugangswege zur Sozialen Arbeit. Diese Vielfalt ist wichtig, da der Bedarf an Unterstützung durch die Soziale Arbeit – auch von der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden selbst – oft erst während des Aufenthaltes festgestellt wird. Nachfolgend werden die verschiedenen Zugangswege zur Sozialen Arbeit dargestellt:

- **Zuweisung gemäß Reha-Konzept.** Bei bestimmten Versicherten (etwa bei MBOR- Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden) ist zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme routinemäßig ein Termin beim Sozialdienst vorgesehen. Dabei soll geklärt werden, welche Bedarfslagen vorliegen und welche Leistungen erforderlich sind.
- **Ärztliches/therapeutisches Aufnahmegespräch.** Ist kein routinemäßiger Termin beim Sozialdienst vorgesehen, sollten die Ärztin und der Arzt beziehungsweise die Bezugstherapeutin und der Bezugstherapeut im Aufnahmegespräch Hinweise auf vorliegende Bedarfslagen (vgl. Kapitel 5) ermitteln und Versicherte im Bedarfsfall auf den Sozialdienst verweisen.
- **Aufnahme durch multiprofessionelles Reha-Team.** Über die Ärztin und den Arzt beziehungsweise der Bezugstherapeutin und den Bezugstherapeut hinaus sollten auch andere Behandelnde aus dem multiprofessionellen Reha-Team im Bedarfsfall entsprechende Impulse geben können. Das kann auch zum Beispiel im Rahmen einer Visite geschehen.
- **Eigeninitiative von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.** Die Rehabilitandin und der Rehabilitand müssen daneben auch die Möglichkeit haben, durch Eigeninitiative zum Sozialdienst zu gelangen, von dessen Angeboten sie beispielsweise durch Hausführungen, Vorträge, offene Sprechstunden oder Informationsmaterialien der Einrichtung erfahren können. Denkbar ist darüber hinaus auch der Zugang auf Initiative von Angehörigen. Eine Rückmeldung an ärztliche/therapeutische Behandler und/oder das Reha-Team ist in diesen Fällen wichtig.

Im Rahmen einer Anschlussrehabilitation (AHB) kann auch durch die vorbehandelnde Institution (Akutkrankenhaus) ein Kontakt mit dem Sozialdienst empfohlen werden.

Die Ergebnisse des Gesprächs und die gewonnenen anamnestischen Informationen müssen – etwa im Rahmen regelmäßiger Teambesprechungen – vom Sozialdienst an das Reha-Team zurückgemeldet werden. Es sollte besprochen werden, welche weiteren Leistungen der Sozialen Arbeit angezeigt sind. Erfolgt der Zugang zum Sozialdienst erst im Verlauf der Rehabilitation, so soll dieser (bedarfsabhängig) so früh wie möglich hergestellt werden.

Das Ablaufschema in Abbildung 1 zeigt die genannten Zugangswege.

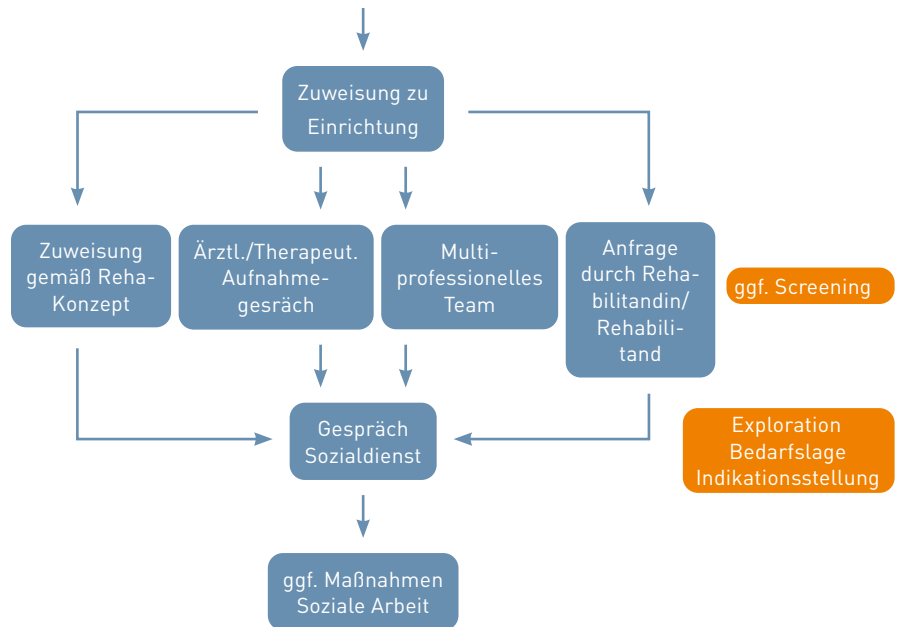


Abbildung 1: Zugangswege zum Sozialdienst

Verwendung von Screening-Fragebögen

Zur Feststellung eines möglichen Interventionsbedarfs, etwa hinsichtlich beruflicher oder psychosozialer Fragen, sollten Screenings genutzt werden. Es handelt sich hierbei um kurze, ökonomische Fragebögen, die dazu dienen, einen möglichen Beratungs- und Behandlungsbedarf eher unspezifisch festzustellen (ja/nein).

Im Kontext der Sozialen Arbeit können durch Screenings auch mögliche Interventionsbedarfe im psychosozialen Bereich erkannt und zur Information an das Reha-Team weitergegeben werden.

Screenings sind jedoch nicht mit einer ausführlichen bzw. vertiefenden Diagnostik gleichzusetzen. Um zuverlässige Aussagen zu den Inhalten einer Bedarfslage, deren Schweregrad oder der optimalen Planung von psychosozialen Interventionen treffen zu können, ist in jedem Fall eine ausführliche Diagnostik durch den Sozialdienst erforderlich (siehe Kapitel 4).

Screenings auf berufliche Bedarfslagen

- Würzburger Screening (Löffler et al., 2008)
- SIMBO (Streibelt, 2018)
- SIBAR (Bürger & Deck, 2009)
- WAI (Hasselhorn & Freude, 2007)
- SPE (Mittag & Raspe, 2003)

Screenings auf psychosoziale Belastungen bzw. psychische Komorbiditäten

- PHQ-4 (Löwe et al., 2010)
- UKS (Küch et al., 2011)
- Distress-Thermometer (Mehnert et al., 2006)

4. Soziale Diagnostik

Die Soziale Diagnostik mittels Anamnese und Assessments bildet die Basis für die weiteren Aktivitäten der Sozialdienste und umfasst vorrangig die folgenden Bereiche:

- Bedarfslagen (beruflich, sozial und wirtschaftlich; zu vorgeschaltetem Screening siehe Kapitel 3)
- Relevante Kontextfaktoren
- Indikationsstellung (inkl. Klärung von Erwartungen/Abstimmung realistischer Ziele)

In jedem Fall sollte im Einzelnen erfragt werden, ob es Schwierigkeiten, Probleme oder Ängste im Arbeitsleben, in Bezug auf wirtschaftliche Rahmenbedingungen sowie im Bereich Familie und soziales Umfeld gibt.

Dauer

Je nach Vorinformationen über die individuelle Bedarfslage unterscheidet sich die Durchführungsdauer der Sozialen Diagnostik. Häufig ist es praktikabel, die Gesprächszeit pro Rehabilitandin und Rehabilitanden auf mehrere Termine aufzuteilen.

Insbesondere bei den folgenden Themenbereichen kann die Anamneseerhebung – als wesentlicher Bereich der Sozialen Diagnostik – überdurchschnittlich viel Zeit in Anspruch nehmen:

- Familiäre und/oder berufliche Problematik
- Psychosomatische Krankheitsbilder bzw. erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren
- Fragen im Kontext von Pflegebedürftigkeit bzw. neurologischen Erkrankungen
- Sprachschwierigkeiten/beeinträchtigte Kommunikation

Diagnostische Verfahren: Vorgehensweisen und Instrumente

Teilweise werden in den Reha-Einrichtungen Eingangsscreenings durchgeführt, die auch zur Ermittlung von beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Problemlagen genutzt werden sollten (siehe Kapitel 3).

Teilbereiche der Arbeits-/Berufsanamnese können auch mittels Fragebögen erhoben werden. Diese können Versicherten bereits im Vorfeld der medizinischen Rehabilitation zugesandt werden.

Je nach Teamorganisation kann die Anamnese in Teilbereichen auch durch andere Berufsgruppen erfasst werden.

Sozialanamnese

Die Sozialanamnese umfasst vor dem Hintergrund der ICF sozialmedizinisch bedeutsame Themen wie das soziale und berufliche Umfeld. Zentral ist die Darstellung der sozialen Kontextfaktoren sowie der Förderfaktoren und Barrieren, die Aktivitäten und Teilhabe beeinflussen.

Für eine ausführliche Anamnese und ihre Dokumentation sollten Anamnesebögen oder Leitfäden genutzt werden. Diese können sich an den nachfolgend genannten Instrumenten und Best-Practice-Beispielen orientieren:

- Ein von Dhom-Zimmermann (2014) entwickelter Anamneseleitfaden wurde vorrangig für die MBOR konzipiert, kann aber auch in der „regulären“ medizinischen Rehabilitation verwendet werden.
- Der nicht-standardisierte Teil des ärztlichen Entlassungsberichtes beinhaltet auch eine Sozial- und Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren. Hierzu haben sich die Rentenversicherungsträger auf eine einheitliche Gliederung verständigt, die im Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung erläutert ist (DRV Bund, 2022).
- Das teilstrukturierte leitfadenbasierte Anamnese-Interview nach Blanke und Kropp (2005) umfasst folgende Themen:
 - Kernbereiche der sozialen Sicherung (Arbeit, Ausbildung, Einkommen, Schulden, Krankenversicherungsstatus, soziale Beziehungen)
 - ergänzende Hilfen (u.a. Schwerbehindertenausweis, Eingliederungshilfen)
 - persönliche Ressourcen
- Hinweise und Empfehlungen zur Erstberatung und Anamnese gibt der Expertenstandard „Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung“ (PEOPSA) der DVSG und der Deutschen Krebsgesellschaft (2018), der auch bei anderen Indikationen bzw. Bedarfslagen herangezogen werden kann.
- Auch Teile der Psychotherapie-Basisdokumentation (Cording et al., 1995; Heuft et al., 1998) können zur Orientierung herangezogen werden.
- Das CASE-Modell zur Erfassung der Lebenssituation und wichtiger Kontextfaktoren durch die Soziale Arbeit umfasst als Orientierungsrahmen folgende Dimensionen (Fugl-Meyer, 2016):
 - Context = Kontext: Anpassung, Funktionsfähigkeit, Beeinträchtigungen, Bewältigungsfertigkeiten, Umweltbedingungen (soziodemographische Variablen, finanzielle Situation, soziales Umfeld)
 - Action = Handeln: Handlungsfähigkeit, Behinderung, Ziele, Ausüben von Rollen (z.B. als Berufstätiger)
 - Subjective Appraisal = Subjektive Bewertungen: Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten, Zutrauen in wirksames eigenes Handeln
 - Emotion: Allgemeine Lebenszufriedenheit, Zufriedenheit mit bestimmten Lebensbereichen
- Herangezogen werden kann auch das Mini-ICF-APP (Linden et al., 2015), welches primär zur Einschätzung von Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen entsprechend

der ICF-Konzeption gedacht ist, aber auch in anderen Bereichen einen hilfreichen Überblick bieten kann.

- Eigene, vom jeweiligen Sozialdienst entwickelte Leitfäden können sich an den genannten Dimensionen orientieren.

Weitere diagnostische Verfahren und Instrumente

- In einem Modellvorhaben zur Verbesserung der Überleitung von onkologischen Patientinnen und Patienten aus der Akutversorgung in die medizinische Rehabilitation (OPTI-REHA-Projekt) ist ein Überleitungsbogen entwickelt worden (Schmidt et al., 2016). Damit können u.a. Angaben zur psychosozialen und beruflichen Situation erfasst werden. Das Verfahren kann gegebenenfalls auch in der Rehabilitation (etwa bei der Überleitung an nachgeordnete Behandelnde) genutzt werden.
- Weitere diagnostische Instrumente, die i.d.R. einen größeren Zeitaufwand erfordern, sind im Handbuch Soziale Diagnostik (Buttner et al., 2018) aufgeführt. Darunter befinden sich Instrumente zur Erhebung der Ressourcen, soziometrische und biographieorientierte Verfahren sowie Ansätze zur Netzwerkdagnostik. Ausführliche Erläuterungen und Hinweise zu konkreten Einsatzbereichen der Verfahren können dem Handbuch entnommen werden. Je nach Fragestellung können auch Verfahren aus der Klinischen Sozialarbeit zum Einsatz kommen, zum Beispiel:
 - Rekonstruktive Fallarbeit (siehe u.a. Braun et al., 2011)
 - Netzwerkkarten/Eco Maps (siehe u.a. Buttner et al., 2018)
 - Inklusions-Chart (siehe u.a. Buttner et al., 2018)
 - Psychosoziales Koordinatensystem (siehe u.a. Pauls, 2013; Buttner et al., 2018)
- Unter www.pantucek.com kann auf zahlreiche Verfahren Sozialer Diagnostik zugegriffen werden.

5. Bedarfslagen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Im Folgenden werden beispielhaft typische Bedarfslagen von Versicherten sowie dazu passende Leistungen der Sozialen Arbeit dargestellt (siehe auch Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit (DVSG, 2019) sowie Dettmers & Bischkopf (2019)). Die Unterteilung der in den Praxisempfehlungen beschriebenen Bedarfslagen wurde gemäß den unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten konzipiert und dient der übersichtlichen Darstellung. In der Praxis liegen Bedarfslagen häufig gemeinsam vor, bedingen sich gegenseitig oder stehen in wechselseitiger Abhängigkeit mit körperlich/psychisch bedingten Aktivitätseinschränkungen.

Da die Praxisempfehlungen Gültigkeit für mehrere Indikationsbereiche haben sollen, wird auf eine entsprechende Differenzierung verzichtet. Je nach dem Konzept der Einrichtung können die Leistungen des Sozialdienstes jedoch unterschiedlich ausfallen. Sie können in einem oder mehreren der Formate umgesetzt werden, die in Kapitel 1 im Abschnitt „Soziale Arbeit in medizinischen Reha-Einrichtungen“ aufgeführt sind.

Dabei ist es wichtig zu beachten, dass die Auswahl von Leistungen der Sozialen Arbeit für jede Rehabilitandin und jeden Rehabilitanden stets individuell und bedarfsgerecht, flexibel und konzeptbezogen erfolgt.

5.1 Berufliche Bedarfslagen²

Der Sozialdienst unterstützt durch seine Angebote die Klärung der beruflichen Bedarfslagen, die Handlungs- und Bewältigungsplanung und leistet Hilfestellung bei der Beantragung von unterschiedlichen Unterstützungsleistungen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe sowie Nachsorge.

Bei allen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter soll im ärztlichen Aufnahmegespräch erfragt werden, ob und gegebenenfalls welche beruflichen Problemlagen vorliegen. Sofern Versicherte nicht auf Basis eines Screenings über die DRV oder mit einem speziellen MBOR-Auftrag zugewiesen worden sind, sollen entsprechende MBOR-Screenings (zum Beispiel Würzburger Screening, SIMBO, SIBAR) verwendet werden. Liegt eine mögliche besondere berufliche Problemlage³ vor, was sich aus dem Aufnahmegespräch, dem Screening oder auch aus dem Behandlungsauftrag der DRV ergeben kann, soll die Rehabilitandin und der Rehabilitand (routinemäßig) dem Sozialdienst zugewiesen werden.

Beratungsgrundlage ist eine geklärte Eigenmotivation der Rehabilitandin und des Rehabilitanden hinsichtlich berufsbezogener Ziele und gegebenenfalls auch die Förderung der Motivation. Nicht selten gibt es hier widerstrebende Motivationslagen, z.B. bei gleichzeitig bestehenden Entschädigungs-

² Weiterführende Informationen, Links und Materialien zu den Themen des Kapitels 5 finden sich in Kapitel 7.

³ Besondere berufliche Problemlagen (BBPL) können laut MBOR-Anforderungsprofil der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV Bund, 2019a) unter anderem gekennzeichnet sein durch:

- 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

oder Versorgungswünschen. Dies kann zu Herausforderungen für den Beratungsprozess und Konstellationen führen, in denen die Durchführung von Teamsupervisionen empfehlenswert sein kann. Wichtig ist generell, die Erwartungen der Versicherten an die Soziale Arbeit und deren Leistungen mit dem Möglichen und Machbaren abzugleichen.

5.1.1 Längere Abwesenheit vom Arbeitsplatz

Für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit **längerer Abwesenheit vom Arbeitsplatz** können Leistungen der Sozialen Arbeit angezeigt sein, die sie bei der Rückkehr an den vorhandenen/einen Arbeitsplatz unterstützen. Im Folgenden wird auf die Stufenweise Wiedereingliederung (STW) und das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) eingegangen.

Feststellung der Bedarfslage

Im Rahmen der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung soll die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (AU) vor Reha-Beginn ermittelt und im Reha-Verlauf die voraussichtliche Dauer einer gegebenenfalls weiteren AU eingeschätzt werden. Bei längerer AU-Dauer soll im Einzelfall von ärztlicher Seite frühzeitig (z.B. bei der ersten Facharztvisite) geprüft werden, ob eine STW oder ein BEM sinnvoll ist.

Bei Versicherten, die arbeitsunfähig entlassen werden und in einem oder mehreren Beschäftigungsverhältnissen stehen bzw. eine selbständige Tätigkeit ausüben, muss zeitnah vor dem Ende der Rehabilitation geprüft werden, ob eine STW erforderlich und möglich ist. Die Entscheidung über eine STW sollte möglichst frühzeitig (zur Mitte der Rehabilitation) nach Absprache mit dem interprofessionellen Team sowie der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden erfolgen.

Ein BEM ist bereits bei einer Gesamtarbeitsunfähigkeitszeit von 6 Wochen im Verlauf der letzten 12 Monate angezeigt und gesetzlich vorgeschrieben (DRV Bund, 2018c). Verantwortlich für die Initiierung und Durchführung des BEM ist der Arbeitgeber. Die Voraussetzungen für ein BEM sollten ebenfalls so früh wie möglich im Verlauf der Rehabilitation geprüft werden, damit die Versicherten über Inhalte und Ablauf informiert und auf die Maßnahme vorbereitet werden können. Dies kann auch durch den Sozialdienst angestoßen werden.

5.1.1.a Stufenweise Wiedereingliederung (STW)

Inhalt und Leistungsumfang

Im Einvernehmen mit der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden soll die STW mit dem Arbeitgeber besprochen sowie veranlasst werden. Mindestens eine Woche vor Entlassung sollte die geplante STW mit der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden konkretisiert werden.

Die Beratung von Versicherten durch die Soziale Arbeit soll Informationen zu Inhalt und Ablauf der Maßnahme, die Erstellung eines STW-Plans in Zusammenarbeit mit der Ärztin und dem Arzt und der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden sowie Hinweise zu finanziellen Konsequenzen während der STW umfassen. Der Sozialdienst informiert und motiviert die Rehabilitandin und den Rehabilitanden (u.a. zur Differenzierung von Arbeits- und Leistungsfähigkeit). Versicherte erhalten die Möglichkeit, zu erwartende Probleme im betrieblichen Umfeld zu thematisieren und bekommen hierzu Hilfestellungen.

Zu Leistungen der Sozialen Arbeit gehören zudem die Recherche berufsbezogener Informationen und unterstützender Dienste sowie – nach schriftlichem Einverständnis der Rehabilitandin und des Rehabilitanden – die Übermittlung des STW-Plans an den Arbeitgeber, welcher der STW zustimmen muss. Kontaktdaten vom Arbeitgeber der Rehabilitandin und des Rehabilitanden müssen erfragt werden. Alle weiteren Absprachen bzgl. der STW wie etwa Einsatzzeiten und Aufgabenbeschreibungen sollen im Beisein der Versicherten erfolgen.

Die Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber erfolgt durch die Rehabilitandin und den Rehabilitanden selbst. Bis zu vier Wochen nach Ende der Reha ist die DRV für eine STW zuständig. Danach findet die Einleitung einer STW über die Hausärztin und den Hausarzt am Heimatort statt und fällt in den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung.

Ein möglicher Bedarf an Begleitung während der STW sollte erfasst und, soweit möglich, in der Nachsorgeempfehlung eingebracht werden.

5.1.1.b Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Inhalt und Leistungsumfang

Die Soziale Arbeit kann Versicherte zum Thema BEM informieren und beraten (im Format Vortrag, Gruppen-, Einzelberatung) sowie bei der Gesprächsvorbereitung unterstützen.

Die Teilnahme von Beschäftigten am BEM ist freiwillig. Jedoch empfiehlt sich die Teilnahme an einem BEM, um gemeinsam mit dem Arbeitgeber nach geeigneten Lösungen und Maßnahmen für einen gelingenden Wiedereinstieg und den Erhalt des Arbeitsplatzes zu suchen. Insbesondere wenn die Kommunikationserwartung der Rehabilitandin und des Rehabilitanden mit der Arbeitgeberseite negativ belegt oder das Beschäftigungsverhältnis gefährdet ist, kann eine individuelle Vorbereitung auf das BEM sinnvoll sein.

5.1.2 Konflikte oder psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz

Für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit **Konflikten oder psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz** (zum Beispiel Konflikte zwischen Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzten) sind Leistungen der Sozialen Arbeit angezeigt, die Lösungs- und Bewältigungsstrategien vermitteln bzw. erarbeiten.

Diese Leistungen können auch von Psychologinnen und Psychologen erbracht werden. Für Mitarbeitende des Sozialdienstes, die in diesem Themenbereich arbeiten, empfiehlt sich im Vorfeld der Besuch geeigneter Weiterbildungsmaßnahmen.

Feststellung der Bedarfslage

Die Feststellung von Konflikten oder psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz kann im ärztlichen, psychologischen oder sozialdienstlichen Aufnahmegespräch (gegebenenfalls basierend auf Screenings und/oder psychometrischen Fragebögen; vgl. Kapitel 3 „Zugangswege zur Sozialen Arbeit“ sowie Kapitel 4 „Soziale Diagnostik“) stattfinden. Auch kann die Bedarfslage anhand des AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, Schaarschmidt & Fischer, 2008) festgestellt werden.

Das gesamte Reha-Team soll bei allen Versicherten während des Reha-Aufenthaltes auf Konflikte oder psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz

achten, die den beruflichen Integrationserfolg beeinträchtigen können. Häufig liegen in solchen Fällen auch weitere besondere berufliche Problemlagen oder arbeitsplatzbezogene Ängste vor. Dies betrifft auch erkennbaren Förder- und Unterstützungsbedarf bzgl. (psycho-)sozialer Kompetenzen im Berufs- und Arbeitskontext.

Neben den unten dargestellten Gruppenangeboten kann ergänzend auch eine Einzelberatung durchgeführt werden.

5.1.2.a Gruppentraining zu Konflikten am Arbeitsplatz

Inhalt und Leistungsumfang

Inhalte sind u.a. die Motivierung zur Auseinandersetzung mit arbeitsplatzbezogenen Konflikten, das Informieren zu rechtlichen Rahmenbedingungen sowie das Erarbeiten und praktische Training von Lösungsstrategien. Ein häufiges Beratungsthema ist auch die Offenlegung einer Behinderung beim Arbeitgeber (vgl. auch Kapitel 5.2.3). Der Sozialdienst sollte außerdem eine weitere Begleitung der Versicherten über die Rehabilitation hinaus anregen und zum Beispiel auf den Integrationsfachdienst (IFD), die Schwerbehindertervertretung oder den Betriebsrat hinweisen.

Grundlage kann zum Beispiel das Curriculum Konflikte am Arbeitsplatz (Baustein der Curricula zur sozialen Gruppenarbeit in der MBOR der DRV Bund, 2018a) sein.

Arbeitssuchende sollten auf Angebote des Job-Centers sowie der Arbeitsagentur verwiesen werden.

5.1.2.b Training sozialer Kompetenzen

Inhalt und Leistungsumfang

Ein Training sozialer Kompetenzen besteht in der Regel aus mehreren Terminen.

Mögliche Inhalte umfassen Informationsvermittlung, Rollenspiele (u.a. bzgl. Äußern von Gefühlen und Bedürfnissen, selbstsicheres Auftreten, Anerkennung eigener Leistungen) und ein strukturiertes Feedback.

5.1.3 Unklare berufliche Perspektive

Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer **unklaren beruflichen Perspektive** (z.B. aufgrund reduzierter beruflicher Leistungsfähigkeit, Diskrepanz zwischen sozialmedizinischer Leistungsbeurteilung und Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens, Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung) sollten Leistungen der Sozialen Arbeit erhalten, die zur Klärung der beruflichen Perspektive beitragen.

Aus der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung sollen ein Aufnahmebefund sowie eine (vorläufige) sozialmedizinische Einschätzung (u.a. anhand von FCE-Ergebnissen⁴) resultieren. Diese sollen regelhaft an den Sozialdienst weitergegeben werden, damit er auf dieser Basis tätig werden kann.

⁴ Bei FCE-Systemen (FCE=functional capacity evaluation) handelt es sich um Testverfahren, die zur objektiven Erfassung der individuellen arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit entwickelt wurden und in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation Verwendung finden.

Feststellung der Bedarfslage

Die Feststellung einer unklaren beruflichen Perspektive erfolgt durch das sozialdienstliche Aufnahmegespräch (subjektive Prognose der Rehabilitandin und des Rehabilitanden) oder das psychologische und/oder ärztliche Aufnahmegespräch.

Das gesamte Reha-Team soll bei allen Versicherten im erwerbsfähigen Alter während des Reha-Aufenthaltes auf die berufliche Leistungsfähigkeit achten.

Bei unklarer beruflicher Perspektive kann ein Gruppenprogramm zur Klärung der beruflichen Zukunft angezeigt sein (nachfolgend dargestellt). Je nach Art der Bedarfslage kann aber auch eine Einzelberatung oder eine Arbeitserprobung (zum Beispiel für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der MBOR-Stufe C) sinnvoll sein.

Inhalt und Leistungsumfang

Die Klärung der beruflichen Perspektive erfolgt vorzugsweise in der Einzelberatung und umfasst u.a. die Vermittlung von sozialmedizinischen und sozialrechtlichen Informationen (z.B. zu Leistungen wie Krankengeld/Arbeitslosengeld, LTA, EM-Rente, Kündigung), die Vermittlung einer realistischen Einschätzung dieser Möglichkeiten (z.B. Voraussetzungen für LTA oder EM-Rente), die Förderung der Auseinandersetzung mit dem eigenen beruflichen Leistungsbild sowie die Unterstützung beim Planen und Erarbeiten von Lösungsstrategien zur Sicherung der Teilhabe (siehe auch Kapitel 5.1.5).

Eine mögliche Grundlage sind zum Beispiel das Curriculum Berufswegplanung (Baustein der Curricula zur sozialen Gruppenarbeit in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation der DRV Bund, 2018a) oder das Programm Berufliche Zukunft (Bönisch & Dorn, 2014).

Bei Versicherten mit spezifischem MBOR-Bedarf (zum Beispiel MBOR-Stufe C, DRV Bund, 2019a) kann zudem u.a. eine Arbeitserprobung bzw. externe Belastungserprobung angezeigt sein. Arbeitssuchende sollten auf Angebote des Job-Centers sowie der Arbeitsagentur verwiesen werden.

Bei Versicherten, die arbeitsunfähig entlassen werden und in einem oder mehreren Beschäftigungsverhältnissen stehen oder eine selbständige Tätigkeit ausüben, muss zeitnah vor Ende der Rehabilitation geprüft werden, ob eine STW erforderlich und möglich ist (siehe Kapitel 5.1.1.a).

5.1.4 Notwendige berufliche Veränderungen

Für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit aus sozialmedizinischer Sicht **notwendigen beruflichen Veränderungen** sind Leistungen der Sozialen Arbeit angezeigt, die die Rehabilitandin und den Rehabilitanden bei der Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der Teilhabe am Arbeitsleben unterstützen.

Für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit **drohender oder bestehender (längerer) Arbeitslosigkeit** sind ebenfalls Leistungen der Sozialen Arbeit angezeigt, die die Rehabilitandin und den Rehabilitanden dabei unterstützen, ihren Arbeitsplatz zu erhalten, einen neuen Arbeitsplatz zu finden bzw. die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern oder wiederzuerlangen.

Feststellung der Bedarfslage

Die Ärztin und der Arzt muss im Behandlungsverlauf feststellen, ob die bisherige Arbeitstätigkeit aufgrund von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit noch (vollständig) geeignet ist. Drohende oder bestehende Arbeitslosigkeit sollte bereits im ärztlichen Aufnahmegespräch festgestellt werden.

Ist eine Rückkehr in die bisherige Arbeitstätigkeit aus medizinischer Sicht gefährdet, sollen die betroffenen Versicherten über LTA, (EM-)Rente, die Möglichkeit zur Reha-Beratung durch die DRV und gegebenenfalls spezielle Angebote der DRV (z.B. Fallmanagement) informiert werden.

Die genaue berufliche Situation und die subjektive Perspektive der Rehabilitandin und des Rehabilitanden sind im persönlichen Gespräch u.a. mit dem Sozialdienst zu klären.

Die Entscheidung über die Initiierung einer LTA sollte nach Absprache mit dem interprofessionellen Team und der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden erfolgen.

Die Zuweisung zur Beratung bzgl. LTA durch den Sozialdienst muss nach einer (vorläufigen) sozialmedizinischen Einschätzung durch die Ärztin und den Arzt erfolgen. Die gesetzliche Grundlage für die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen im Hinblick auf eine LTA bilden §§ 10-11 des SGB VI. Erläuterungen hierzu sowie zu den Ausschlusskriterien finden sich unter anderem im Rahmenkonzept der DRV zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (DRV Bund, 2018b) und in der Broschüre Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance der DRV Bund (2021).

Inhalt und Leistungsumfang

Im Kontext von LTA gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, die die Passung zwischen aktueller Leistungsfähigkeit und Arbeitstätigkeit verbessern können. Eine intensive Information und Einzelberatung der Versicherten durch die Soziale Arbeit ist hierbei notwendig. Die Erarbeitung von LTA im Austausch mit dem Arbeitgeber und gegebenenfalls der Betriebsärztin und dem Betriebsarzt erfolgt durch die für den Wohnort zuständige Reha-Beratung. Sind berufliche Veränderungen nötig, ist im Vorfeld häufig auch eine Stärkung der Motivation, des Selbstwerts bzw. -vertrauens der Rehabilitandin und des Rehabilitanden (im Sinne einer psychosozialen Prozessbegleitung) wichtig.

Inhaltlich sollen Versicherte im Rahmen der Beratung durch die Soziale Arbeit über Formen von LTA aufgeklärt werden (beispielsweise innerbetriebliche Umsetzung, Umschulung, Qualifizierungsmaßnahme, berufliche Trainingsmaßnahme). Zu berücksichtigen sind hierbei auch der soziale und finanzielle Kontext sowie mögliche Teilhabebarrieren der Versicherten. Welche Berufsgruppe für die Hilfsmittelberatung zuständig ist, wird in Abhängigkeit von Indikation, Einrichtungskonzept und Kostenträgerschaft unterschiedlich gelöst. In Einrichtungen mit MBOR-Angebot können externe Kooperationspartner eingebunden werden. Die Herstellung solcher Kontakte kann durch den Sozialdienst koordiniert werden.

Zur Leistung gehört ebenfalls, dass Versicherte bei der Antragstellung auf LTA unterstützt werden, wobei eine konkrete Ausfüllhilfe nur im Bedarfsfall angeboten werden kann. Darüber hinaus kann Kontakt mit der Reha-Beratung der Rentenversicherung hergestellt werden.

Gegebenenfalls sollte im Vorfeld der Antragstellung zunächst der zuständige Kostenträger (z. B. Agentur für Arbeit, Inklusionsamt/Integrationsamt,

DRV) ermittelt werden. An diesen können ausgefüllte LTA-Anträge durch die Rehabilitandin und den Rehabilitanden weitergeleitet werden. Versicherte können ergänzend zu Angeboten von Integrationsfachdiensten (IFD) und Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatungsstellen (EUTB) informiert werden.

Die Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber erfolgt durch die Rehabilitandin und den Rehabilitanden selbst.

5.1.5 Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Leistungen der Sozialen Arbeit sind für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit **sozial- und arbeitsrechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung** und der **Auseinandersetzung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit dem eigenen Leistungsbild** angezeigt.

Feststellung der Bedarfslage

Beratungsbedarf im Hinblick auf die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung soll möglichst frühzeitig durch die Ärztin und den Arzt beziehungsweise die Psychologin und den Psychologen festgestellt werden. Die vorläufige sozialmedizinische Einschätzung dient der Sozialen Arbeit als Beratungs-/Interventionsgrundlage und sollte regelhaft zur Verfügung gestellt werden. Gleichzeitig ist es auch Aufgabe der Sozialen Arbeit, eigene Beobachtungen und Einschätzungen mit dem interprofessionellen Team zu diskutieren, um einen Gesamteindruck in die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung einfließen zu lassen.

Die Feststellung von Beratungsbedarf im Hinblick auf die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung kann auch durch die Soziale Arbeit erfolgen. Erfragt werden sollen hier die berufliche Vorgeschichte und der bisherige Lebenslauf, das Anforderungsprofil der beruflichen Tätigkeit, Fähigkeiten und Leistungseinschränkungen (allgemein bzw. spezifisch am Arbeitsplatz), Barrieren und Förderfaktoren sowie Erwartungen und Ziele hinsichtlich der weiteren beruflichen Tätigkeit inklusive der subjektiven Erwerbsprognose.

Die Leistungsbeurteilung dient auch zur weiteren zielgruppenorientierten Therapiesteuerung. So benötigen zum Beispiel Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit aufgehobenem Leistungsvermögen in der Regel kein Angebot zur beruflichen Neuorientierung, sondern Informationen zur Berentung.

Inhalt und Leistungsumfang

Je nach sozialmedizinischer bzw. beruflicher Situation hat die Beratung unterschiedliche Schwerpunkte:

- Rückkehr an den alten Arbeitsplatz, zum Beispiel mit stufenweiser Wiedereingliederung (siehe Kapitel 5.1.1a) oder gegebenenfalls mit notwendiger Anpassung (siehe Kapitel 5.1.4)
- neue berufliche Perspektive (z.B. Umschulung, Weiterbildung)
- wirtschaftliche Sicherung bei gesundheitlich bedingter Arbeitsunfähigkeit (siehe Kapitel 5.2.2)

Mögliche Abweichungen in der Einschätzung des Leistungsvermögens durch die Ärztin und den Arzt beziehungsweise die Bezugstherapeutin und dem Bezugstherapeuten sollen mit der Rehabilitandin und dem Rehabi-

litanden thematisiert werden. Hierbei ist es wichtig, auf die subjektive Erwerbsprognose der Rehabilitandin und des Rehabilitanden einzugehen. Eine Beratung zu diesen Themen erfolgt vorrangig dann, wenn Versicherte voraussichtlich länger krank sein werden und Leistungen zur Überbrückung benötigen (z.B. Bezug von Übergangsgeld, Krankengeld – insbesondere bei bevorstehender Aussteuerung – und Arbeitslosengeld).

Insbesondere bei MBOR-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden soll die Bedeutung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung herausgestellt werden. Die Rehabilitandin und der Rehabilitand soll bei einer realistischen Einschätzung bezüglich ihrer und seiner beruflichen Perspektiven und der Ansprüche auf Versorgungsleistungen unterstützt werden. Bei unrealistischem Rentenbegehren sollen berufliche Alternativen aufgezeigt und erarbeitet werden (siehe LTA in Kapitel 5.1.5).

Der Sozialdienst vermittelt Versicherte zudem z.B. an Reha-Fachberatungsstellen und Auskunft- und Beratungsstellen der DRV und gibt Hinweise zu deren Angeboten (z.B. Möglichkeit der Kontenklärung, Berechnung der voraussichtlichen Rentenhöhe).

5.2 Soziale und wirtschaftliche Bedarfslagen

Soziale und wirtschaftliche Bedarfslagen können zu Gefährdungen der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolgs und Teilhabebarrrieren führen. Beispiele wären hier die Minderung der Erwerbsfähigkeit, akute finanzielle Engpässe, Schulden, problematische Wohnsituationen einschließlich drohendem Wohnungsverlust, Probleme im Zusammenhang mit der Erziehung oder auch Kinder/Angehörige mit Pflegebedarf. In solchen Fällen soll der Sozialdienst eine Sozialanamnese sowie Einzelberatung durchführen und die Rehabilitandin und den Rehabilitanden bei der Beantragung finanzieller Mittel oder anderer Leistungen unterstützen.

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass der Sozialdienst mit Themen in Kontakt kommt (beispielsweise Geltendmachung finanzieller Ansprüche), die einen besonders sensiblen und verständnisvollen Umgang mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erfordern.

Versicherte mit Beratungsbedarf hinsichtlich der Themen Rente, EM-Rente und GdB sollen vom Sozialdienst die nachfolgend skizzierten Leistungen erhalten. Zur EM-Rente soll individuell vom Sozialdienst beraten werden. Besteht Beratungsbedarf zum Thema GdB, sind bedarfsabhängig sozialrechtliche Einzelberatungen, Gruppenprogramme und/oder Vorträge anzubieten. Bei Bedarf kann die Reha-Fachberatung der DRV eingebunden und es können Informationen von der DRV eingeholt werden.

5.2.1 Soziale Bedarfslagen

5.2.1.a Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit sozialen Problemen

Die Soziale Arbeit berät und unterstützt Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei **(zwischenmenschlichen) Problemen im privaten Umfeld**, u.a. in Ehe/Partnerschaft, Familie, Eltern-Kind-Beziehung, Beziehungen zu Verwandten und zu Freundinnen und Freunden. Hierbei sind immer das soziale Netzwerk und die zwischenmenschlichen Ressourcen abzuklären.

Feststellung der Bedarfslage

Schwierigkeiten im familiären oder sozialen Umfeld werden im Aufnahme-gespräch durch die Ärztin und den Arzt, die Psychologin und den Psycholo-gen und/oder die Soziale Arbeit erfragt bzw. werden von den Versicherten selbst geäußert. (Zu Konflikten oder psychosoziale Belastungen am Arbeits-platz vgl. Kapitel 5.1.2.)

Das gesamte Reha-Team soll bei allen Rehabilitandinnen und Rehabili-tanden während des Reha-Aufenthaltes auf soziale Bedarfslagen achten und bei Bedarf eine Zuweisung zum Sozialdienst anregen.

Inhalt und Leistungsumfang

Die Soziale Arbeit berät und unterstützt die Entwicklung von Bewältigungs-strategien zu vielfältigen Fragen, unter anderem zu Hilfs- und Pflegebedürf-tigkeit, pflegebedürftigen Angehörigen, Erziehungsproblemen, Trennung/Scheidung, psychosozialen Problemen bei Angehörigen (z.B. Abhängig-keitserkrankungen, Essstörungen), Vorsorgevollmacht und Betreuung. Dies umfasst auch die Unterstützung bei der Anbahnung von weiterführenden Kontakten und Hilfeangeboten.

5.2.1.b Angehörige

Die Soziale Arbeit unterstützt auch **Angehörige/Nahestehende/Betreu-erinnen und Betreuer bei der Planung nachgehender Leistungen für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit schweren Erkrankungen und komplexem Unterstützungsbedarf** im Anschluss an die Rehabilitation.

Feststellung der Bedarfslage

Bei Versicherten mit schweren Erkrankungen und komplexem Unterstüt-zungsbedarf im Anschluss an die stationäre Rehabilitation prüft die Ärztin und der Arzt, die Bezugstherapeutin und der Bezugstherapeut oder das in-terprofessionelle Reha-Team, ob die Einbeziehung von Angehörigen/Nahe-stehenden/Betreuerinnen und Betreuer angezeigt ist. Letztere können sich jedoch auch selbstständig beim Sozialdienst melden.

Als Leistungen der Sozialen Arbeit für Angehörige sind Einzelberatung so-wie Gruppenformate möglich.

Der Austausch mit den Angehörigen erfordert das Einverständnis der Reha-bilitandin und des Rehabilitanden.

Inhalt und Leistungsumfang

Die Soziale Arbeit berät und unterstützt Angehörige bezüglich der Beantra-gung von Pflegeleistungen, häuslicher Versorgung, Hilfsmitteln, Pflege-heimplätzen und der Vermittlung an Fachberatungsstellen für pflegende Angehörige. Neben dem Aufzeigen ambulanter Beratungsstellen kann es auch nötig sein, Kontakt zu Pflegestützpunkten und Sozialberatungsstellen herzustellen.

Des Weiteren berät und unterstützt die Soziale Arbeit Angehörige hinsicht-lich psychosozialer bzw. krankheitsbezogener Fragen oder Belastungen, die aus komplexen Bedarfslagen der Versicherten erwachsen.

5.2.2 Wirtschaftliche und sozialrechtliche Bedarfslagen

Die Soziale Arbeit berät **Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit wirtschaftlichen und sozialrechtlichen Bedarfslagen** zu Leistungsansprüchen und informiert über die Zuständigkeiten der einzelnen Kostenträger.

Feststellung der Bedarfslage

Wirtschaftliche und sozialrechtliche Bedarfslagen werden im Aufnahmegespräch (Ärztin und Arzt, Psychologin und Psychologe, Soziale Arbeit) erfragt oder von der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden selbst geäußert.

Inhalt und Leistungsumfang

Die Soziale Arbeit berät unter anderem zu den folgenden Inhalten: Übergangsgeld, Krankengeld, Arbeitslosengeld (ALG I, ALG II), Sozialhilfe, Absicherung nach Auslaufen des Leistungsbezugs von Krankengeld und Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung, Wohnungsproblematik, Leistungen zum Erhalt bzw. der Anpassung des Arbeitsplatzes, Vermittlung zu Integrationsfachdiensten, Sozial- und Schuldnerberatungsstellen.

5.2.3 Teilhabe von Menschen mit Behinderung

Für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit **Beratungsbedarf hinsichtlich Grad der Behinderung (GdB)** können Leistungen der Sozialen Arbeit angezeigt sein, die die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden diesbezüglich informieren und – bei entsprechender sozialmedizinischer Einschätzung – Hilfestellung bei der Beantragung entsprechender Sozialleistungen geben.

Feststellung der Bedarfslage

Beratungsbedarf zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung kann im ärztlichen und/oder sozialdienstlichen Aufnahmegespräch festgestellt werden.

Das gesamte Reha-Team soll bei allen Versicherten während des Reha-Aufenthaltes auf die Bedarfslagen achten und bei Bedarf eine Zuweisung zum Sozialdienst anregen.

Inhalt und Leistungsumfang

Die Informationsvermittlung und Beratung zu sozialrechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem GdB (einschließlich Gleichstellung bei einem GdB von mindestens 30), möglicher Merkzeichen sowie der Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen richtet sich nach der individuellen Bedarfslage der Rehabilitandin und des Rehabilitanden (z.B. Erstantrag, Erhöhungsantrag).

Gruppenangebote für Versicherte mit Fragen zu Schwerbehinderung und Sozialrecht können sich an den folgenden Materialien orientieren:

- Grundlage kann z.B. das Modul Einführung in das Sozialrecht aus dem Curriculum zur sozialen Gruppenarbeit in der MBOR der DRV Bund (2018a) sein. Das Curriculum thematisiert unter anderem den Nachteilsausgleich bei Krankheit und Behinderung.
- Herangezogen werden kann auch das Curriculum Rehabilitation und Sozialrecht „von A wie Arbeitsunfähigkeit bis Z wie Zuzahlung“ (DVSG, 2014a). Thematisiert wird unter anderem „Behinderung/GdB“.

5.3 Bedarf an nachgehenden Leistungen

Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, deren Rehabilitationserfolg nachhaltig gesichert werden muss oder bei denen Bedarf nach weiterer **Stabilisierung und Anbindung an ein wohnortnahes Versorgungs- und Hilfenetzwerk nach der Rehabilitation besteht**, werden durch die Soziale Arbeit zu Reha-Nachsorge bzw. nachgehenden Leistungen beraten und unterstützt.

Zu den von der DRV vorgehaltenen Nachsorgeleistungen (§ 17 SGB VI) gehören die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA), die trainingstherapeutische Reha-Nachsorge (T-RENA), die psychosomatische Reha-Nachsorge (Psy-RENA) sowie die Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen. Daneben gibt es online-gestützte Nachsorgeangebote. Reha-Sport und Funktionstraining werden als weitere nachgehende Leistungen (§ 64 Abs. 1 Nr. 2 und 4 SGB IX) ebenfalls von der Rentenversicherung angeboten.

Näheres ist im DRV-Rahmenkonzept zur Nachsorge ausgeführt (DRV Bund, 2019b).

Es bestehen darüber hinaus weitere Möglichkeiten für Nachsorge. Die Nachsorge „im weiteren Sinn“ umfasst, anders als die von der Rentenversicherung vorgehaltenen Nachsorgeleistungen, zeitlich oft unbegrenzt, alle individuellen oder auch organisierten Aktivitäten, die Lebensstiländerungen und Krankheitsbewältigung unterstützen. Beispiele sind die Teilnahme an Selbsthilfegruppen, eine ambulante Weiterbehandlung, Beratungen zu verschiedenen Problemlagen (Schulden, Erziehung, Arbeitslosigkeit) oder weitere Teilhabeleistungen.

Wird im Verlauf einer medizinischen Rehabilitation deutlich, dass es durch die gesundheitlichen Einschränkungen im beruflichen Alltag zu besonderen Problemlagen kommen wird, kann ein anschließendes Fallmanagement sinnvoll sein. Je nach Angebot der zuständigen Rentenversicherungsträger können von der Rehabilitationseinrichtung personenzentrierte Beratung, Begleitung, Planung sowie Koordination des weiteren Rehabilitations- und Integrationsprozesses angeregt werden.

Feststellung der Bedarfslage

Der Bedarf an nachgehenden Leistungen wird im ärztlichen Gespräch festgestellt. Die Feststellung der Bedarfslage kann auch im Gespräch des Sozialdienstes mit der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden erfolgen. Grundsätzlich sollen alle Versicherte im Rahmen von Vorträgen oder Gruppenveranstaltungen über das Spektrum nachgehender Leistungen aufgeklärt werden. Somit wird es den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ermöglicht, sich auch selbst nach entsprechenden Leistungen zu erkundigen.

Inhalt und Leistungsumfang

Bereits zu einem möglichst frühen Zeitpunkt der Rehabilitation soll im Rahmen der Sozialen Arbeit auf die Bedeutung und Möglichkeit von Leistungen zur Reha-Nachsorge sowie nachgehenden Leistungen und hingewiesen werden. Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen einen Vortrag oder eine Beratung zur Reha-Nachsorge bzw. zu nachgehenden Leistungen erhalten. Information und Beratung können von unterschiedlichen Berufsgruppen erbracht werden.

Der Sozialdienst berät und motiviert im Hinblick auf passende nachgehende Leistungen und bahnt diese gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden, dem sozialen Umfeld und ambulanten Leistungserbringern an.

Die von der Rentenversicherung finanzierten Leistungen zur Reha-Nachsorge werden bei Bedarf von der Ärztin und dem Arzt der Reha-Einrichtungen empfohlen. Um hier ein hohes Maß an Verbindlichkeit und den nahtlosen Übergang im Anschluss an eine Rehabilitation zu schaffen, soll der erste Nachsorgetermin so frühzeitig wie möglich, bestenfalls aus der Rehabilitationseinrichtung heraus, festgelegt werden. Die vorgehaltenen Nachsorgeangebote können in der Nachsorge-Datenbank der Rentenversicherung recherchiert werden unter: www.nachderreha.de

Zum Leistungsangebot gehören auch die Kontaktaufnahme zu Nachbehandelnden und die Beratung zu Themen wie ambulante Therapie, Selbsthilfegruppen und externe Beratungsstellen. Der Sozialdienst kann Versicherte im Bedarfsfall auch u.a. auf diese Anlauf- und Beratungsstellen hinweisen:

- Auskunfts- und Beratungsstellen der DRV
- Rentenberatung
- Schuldnerberatung (z.B. kirchlicher Träger wie Caritas, Diakonie)
- Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)
- Sozialverbände (z.B. Sozialverband Deutschland, SoVD oder Sozialverband VdK Deutschland e.V.)
- Integrationsfachdienste
- Rechtsberatung
- Gewerkschaften
- Im pflegerischen Bereich kann auf Angebote von Pflegestützpunkten, Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen und den Versorgungswerken verwiesen werden.

Gemeinsam mit der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden ist in Abhängigkeit von der Bedarfslage ein individueller Plan für geeignete nachgehende Leistungen zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs zu entwickeln, der bei Bedarf schriftlich mitgegeben werden kann bzw. in einen Teilhabeplan nach § 19 SGB IX einfließt.

Die nachhaltige Umsetzung von gesundheitsdienlichem Verhalten kann gefördert werden, indem gemeinsam mit der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden konkrete Pläne formuliert (wann, wo, wie), mögliche Umsetzungshindernisse vorweggenommen und Bewältigungsstrategien erarbeitet werden (Seekatz et al., 2015).

Ambulante psychosoziale/-therapeutische Weiterbehandlung

Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, denen von ärztlicher/therapeutischer Seite eine ambulante psychosoziale/-therapeutische Weiterbehandlung nach der Rehabilitation empfohlen wird, sollen bei Bedarf Unterstützung durch den Sozialdienst oder den Psychologischen Dienst bei der Einleitung dieser Maßnahme erhalten. Hier berät und unterstützt auch der

Sozialdienst die Suche nach Angeboten, die Kontaktherstellung zu Einrichtungen und die Einleitung nachgehender Leistungen im psychosozialen/therapeutischen Bereich. Zu den betreffenden Einrichtungen zählen u.a. Sozialpsychiatrische Dienste oder Integrationsfachdienste, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Tageskliniken und niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Gegebenenfalls müssen Versicherte zunächst dafür motiviert werden, eine ambulante psychosoziale/-therapeutische Weiterbehandlung in Anspruch zu nehmen. Hierfür können entsprechende Gesprächsführungstechniken eingesetzt werden (z.B. Motivational Interviewing; Miller & Rollnick, 2015).

Überleitungs-/Fallmanagement

Ein Überleitungs- oder Fallmanagement kann je nach Angebot der zuständigen Rentenversicherungsträger angeregt werden.

6. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Kommunikationsschwierigkeiten

6.1 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit eingeschränkten Deutschkenntnissen

Die hier beschriebenen Möglichkeiten unterstützen die Behandlung von Versicherten mit eingeschränkten Deutschkenntnissen bzw. Kommunikationsschwierigkeiten im Deutschen. Dies schließt fehlende Vertrautheit mit behördlichen Ausdrucksweisen und Formulierungen ein. Darüber hinaus können auch kulturelle Prägungen in Bezug auf Rollenbilder der Geschlechter, Verhaltensweisen, soziale Strukturen sowie ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit die Kommunikationsfähigkeit der Rehabilitandin und des Rehabilitanden beeinflussen und gegebenenfalls einschränken.

Die Soziale Arbeit soll im Fall von Umwandlung oder Wiederholung einer Reha-Maßnahme bei der Recherche muttersprachlicher Therapie- und Beratungsangebote unterstützen. Die Leistungsträger können diesbezüglich angefragt werden.

Informationen zu wohnortnahen Sprachmittlerinnen und Sprachmittler (Übersetzerinnen und Übersetzer, Dolmetscherinnen und Dolmetscher) können über gemeinnützige Organisationen (z.B. Caritas oder Paritätischer Wohlfahrtsverband) oder die Landratsämter bzw. Kreisverwaltungen bezogen werden. Sprachmittlerinnen und Sprachmittler können außerdem auf der Website des Bundesverbands der Dolmetscher und Übersetzer e.V. (BDUE) recherchiert werden. Darüber hinaus kann der Sozialdienst auch Information zu Deutschkursen anbieten.

Versicherte mit Sprachbarrieren sollte gegebenenfalls mehr Zeit eingeräumt werden, es sollten Schaubilder und mehrsprachiges Informationsmaterial genutzt sowie für Übersetzungstätigkeiten Sprachmittlerinnen und Sprachmittler oder Familienmitglieder in den Behandlungsprozess eingebunden werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV, 2017).

Eine Übersicht von Links zu fremdsprachigen Anamnesebögen, Formularen und Materialien stellt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zur Verfügung unter: www.kvno.de/praxis/praxismanagement/fluechtlingsbehandlung

Das Ethnomedizinische Zentrum e.V. gibt in Kooperation mit der DRV sowie verschiedenen Universitäten und Fachgesellschaften eine Reihe von Broschüren (Versand kostenpflichtig) heraus, unter anderem:

- „Die Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung: Hilfe bei chronischen Erkrankungen“ (in acht Sprachen) unter: www.deutsche-rentenversicherung.de
- „Gesundheit für alle – Ein Wegweiser durch das deutsche Gesundheitswesen“ (in 14 Sprachen) unter: www.mimi-bestellportal.de

Von der gleichen Institution kann außerdem ein in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover herausgegebener Beratungsleitfaden zum Thema interkulturelle Kompetenz in der Reha-Beratung herangezogen werden.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat Übersichtsbrochüren zu den Themen Teilhabe und soziale Sicherung auf verschiedenen

Sprachen herausgegeben. Diese können als Publikationen über den Internetauftritt des BMAS bezogen werden unter: www.bmas.de

Die Materialien und Informationen sind überwiegend nicht spezifisch für den Kontext der medizinischen Rehabilitation oder für die Soziale Arbeit gestaltet. Sie können aber Hilfsmittel für Beratungsgespräche oder Ausgangspunkt für die Erstellung eigener Materialien sein.

Weitere pragmatische Möglichkeiten:

- Die Fremdsprachenkenntnisse des interprofessionellen Teams bzw. Einrichtungspersonals in Listen zusammentragen und einbinden
- Familienmitglieder, Freundeskreis oder Bekannte einbinden (z.B. durch Aushändigen schriftlicher Informationen, die dann übersetzt werden)

6.2 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten

Die Soziale Arbeit berät und unterstützt auch Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Kommunikationsschwierigkeiten, die nicht sprachlich-kulturell bedingt sind. Hierzu zählen unter anderem Versicherte mit Sehbehinderung, mit Hörbehinderung, mit Demenz, rechtlich betreute Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie Analphabetinnen und Analphabeten. Bei der Ausgestaltung von Angeboten für diese Zielgruppe können die „10 Gebote der Barrierefreiheit“ (BAR, 2012) herangezogen werden.

Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetscher aber auch Assistenzhunde können als Unterstützung durch die DRV beantragt werden (im Heilverfahren, vergleiche das Reha-Antragsformular G0100 Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte). Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die Bearbeitung eines entsprechenden Antrags und das Finden einer passenden Dolmetscherin und eines passenden Dolmetschers unter Umständen einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen kann und daher in der Praxis nur begrenzt umsetzbar ist.

Die Kosten für Gebärdensprachdolmetscherinnen und Gebärdensprachdolmetscher werden bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer Schwerbehinderung vom Integrationsamt übernommen. Informationen zu den entsprechenden Regelungen können über den Internetauftritt der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) bezogen werden unter: www.bih.de

Eine Übersicht zu Rehabilitationseinrichtungen mit speziellen Angeboten für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Hörschädigungen wird vom Deutschen Schwerhörigenbund e.V. (bundesweiter Selbsthilfverband schwerhöriger und ertaubter Menschen) zur Verfügung gestellt unter: www.schwerhoerigen-netz.de

Informationen zu Beratungs- und Reha-Angeboten für blinde und sehbehinderte Menschen finden sich über den Internetauftritt des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes e.V. unter: www.dbsv.org

Publikationen in leichter Sprache können darüber hinaus über den Internetauftritt des BMAS bezogen werden unter: www.bmas.de

Informationen zu den Themen Betreuung, Bevollmächtigung und Vormundschaft finden sich auch in einem Leitfaden von Fiala (2014), der (kostenpflichtig) in Buchform veröffentlicht ist.

7. Links, Materialien, weiterführende Informationen

In diesem Kapitel der Praxisempfehlungen Soziale Arbeit sind verschiedene weiterführende Links, Materialien und Informationen aufgeführt. Diese sind entsprechend den Bedarfslagen gegliedert, die in den Praxisempfehlungen dargestellt sind (Kapitel 5).

Viele Interventionen für unterschiedliche Bedarfslagen überlappen sich, daher sind einige der Materialien mehrfach genannt.

Die Reihenfolge der aufgeführten Links, Materialien und Informationen spiegelt dabei jeweils keine Wertung wider.

(Stand der Zusammenstellung der Materialien und Prüfung der Links: April 2022)

Längere Abwesenheit vom Arbeitsplatz (→ Kap. 5.1.1)

- Anton, E. (2018). Die Rückkehr an den Arbeitsplatz optimal vorbereiten und begleiten durch Soziale Arbeit in der medizinischen berufsorientierten Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 31 (2), 76-82.
- Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, BAR, 2020) unter: www.bar-frankfurt.de
- MBOR soG. Manual I. Medizinisch berufsorientierte sozialarbeitsspezifische Gruppen (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, DVSG, 2014)
- Veröffentlichungen und Formulare der Deutschen Rentenversicherung (DRV) unter: www.deutsche-rentenversicherung.de
 - Formularpaket Stufenweise Wiedereingliederung (enthält unter anderem das Formular G0830 Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für Ärzte und Sozialarbeiter der Rehabilitationseinrichtungen)
 - Leitfaden für Firmen/Betriebe zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement der Deutschen Rentenversicherung (DRV Bund, 2018)

Konflikte oder psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz (→ Kap. 5.1.2)

Gruppentraining zu Konflikten am Arbeitsplatz (→ Kap. 5.1.2.a)

- Curriculum Konflikte am Arbeitsplatz (Deutsche Rentenversicherung Bund, DRV Bund, 2018) unter: www.deutsche-rentenversicherung.de
- Hain, D. & Labahn, M. (2019). Curricula und Train-the-Trainer-Seminare zur Gruppenarbeit in der sozialen Arbeit in der Medizinischen Rehabilitation. Ein praxisbezogenes Angebot zur Standardisierung und Orientierungshilfe. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 32(2), 136-142.
- Informationen zu den Gruppenschulungsprogrammen und Train-the-Trainer-Seminaren „Medizinisch-berufsorientierte sozialarbeitsspezifische Gruppen“ der Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) und des Zentrums Patientenschulung und Gesundheitsförderung unter: www.dvsg.org

- Recherche nach regionalen Selbsthilfegruppen über die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unter: www.nakos.de

Training sozialer Kompetenzen (→ Kap. 5.1.2.b)

- Informationen zu standardisierten Trainingsprogrammen bzw. Manualen:
 - Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2015). Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK: Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. Weinheim: Beltz.
Und unter: www.gsk-training.de
 - Ullrich, R. & de Muynck, R. (2008). Aufbau sozialer Kompetenz: Selbstsicherheitstraining, Assertivness-Training. In: M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), Verhaltenstherapiemanual (S. 333-340). Berlin: Springer.
- Recherche nach regionalen Selbsthilfegruppen über die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unter: www.nakos.de

Unklare berufliche Perspektive (→ Kap. 5.1.3)

- Informationen zum Gruppenprogramm Berufliche Zukunft: Bönisch, A. & Dorn, M. (2014). Berufliche Zukunft: Orientierungshilfe zur Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung. Manual und CD mit Seminarunterlagen. S. Roderer Verlag. Und unter: www.medizinisch-berufliche-orientierung.de
- Informationen zu den Gruppenschulungsprogrammen und Train-the-Trainer-Seminaren „Medizinisch-berufsorientierte sozialarbeitspezifische Gruppen“ der Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) und des Zentrums Patientenschulung und Gesundheitsförderung unter: www.dvsg.org
- Hain, D. & Labahn, M. (2019). Curricula und Train-the-Trainer-Seminare zur Gruppenarbeit in der sozialen Arbeit in der Medizinischen Rehabilitation. Ein praxisbezogenes Angebot zur Standardisierung und Orientierungshilfe. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 32(2), 136-142.
- MBOR soG. Manual I. Medizinisch berufsorientierte sozialarbeitspezifische Gruppen (DVSG, 2014)
- Veröffentlichungen und Informationen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) unter: www.deutsche-rentenversicherung.de
 - Curriculum Berufswegplanung (DRV Bund, 2018)
 - Train-the-Trainer-Seminare
- Weitere Gruppenprogramme:
 - Fiedler, R., Hanna, R., Hinrichs, J. & Heuft, G. (2011). Förderung beruflicher Motivation. Trainingsprogramm für die Rehabilitation (ZAZO-Training). Weinheim: Beltz.

- Heitzmann, B., Helfert, S. & Schaarschmidt, U. (2008). Fit für den Beruf. AVEM-gestütztes Patientenschulungsprogramm zur beruflichen Orientierung in der Rehabilitation. Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik, Bd. 49. Bern: Huber.

Notwendige berufliche Veränderungen (→ Kap. 5.1.4)

- Adressen und Leistungen der Integrationsämter unter: www.bih.de
- Informationen zur Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) unter: www.teilhabeberatung.de
- Informationen zu den Gruppenschulungsprogrammen und Train-the-Trainer-Seminaren „Medizinisch-berufsorientierte sozialarbeitsspezifische Gruppen“ der Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) und des Zentrums Patientenschulung und Gesundheitsförderung unter: www.dvsg.org
- MBOR soG. Manual I. Medizinisch berufsorientierte sozialarbeitsspezifische Gruppen (DVSG, 2014)
- Merkblatt 12 „Förderung der Teilhabe an Arbeitsleben“ der Bundesagentur für Arbeit (BA) unter: www.arbeitsagentur.de
- Veröffentlichungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) unter: www.bar-frankfurt.de
 - Arbeitshilfe Arbeitsplatzgestaltung durch Technik (BAR, 2014)
 - ICF-Praxisleitfaden 4 - Berufliche Rehabilitation (BAR, 2016)
 - Handlungsempfehlungen Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget (BAR, 2009)
- Veröffentlichungen und Formulare der Deutschen Rentenversicherung (DRV) unter: www.deutsche-rentenversicherung.de
 - Broschüre Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance (DRV Bund, 2021)
 - Formulare zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - Rahmenkonzept zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (DRV Bund, 2018)

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung (→ Kap. 5.1.5)

- Hain, D. & Labahn, M. (2019). Curricula und Train-the-Trainer-Seminare zur Gruppenarbeit in der sozialen Arbeit in der Medizinischen Rehabilitation. Ein praxisbezogenes Angebot zur Standardisierung und Orientierungshilfe. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 32(2), 136-142.
- Informationen zum Gruppenprogramm Berufliche Zukunft: Bönisch, A. & Dorn, M. (2014). Berufliche Zukunft: Orientierungshilfe zur Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung. Manual und CD mit Seminarunterlagen. S. Roderer Verlag. Und unter: www.medizinisch-berufliche-orientierung.de

- Informationen zu den Gruppenschulungsprogrammen und Train-the-Trainer-Seminaren „Medizinisch-berufsorientierte sozialarbeitsspezifische Gruppen“ der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) und des Zentrums Patientenschulung und Gesundheitsförderung unter: www.dvsg.org
- MBOR soG. Manual I. Medizinisch berufsorientierte sozialarbeitsspezifische Gruppen (DVSG, 2014)
- Merkblatt 12 „Förderung der Teilhabe an Arbeitsleben“ der Bundesagentur für Arbeit (BA) unter: www.arbeitsagentur.de
- Praxishilfe Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation (Institut für Rehabilitationsforschung Norderney) unter: www.leistungsbeurteilung-reha.de
- Sozial-Fibel: Ein Lexikon über soziale Hilfen, Leistungen und Rechte (Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales, 2019) unter: www.bestellen.bayern.de
- Veröffentlichungen und Formulare der Deutschen Rentenversicherung (DRV) unter: www.deutsche-rentenversicherung.de
 - Broschüre Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance (DRV Bund, 2021)
 - Curriculum Einführung in das Sozialrecht (Baustein der Curricula zur sozialen Gruppenarbeit in der MBOR der DRV Bund, 2018)
 - Formulare zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - Fortbildungsreihe Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team
 - Rahmenkonzept zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (DRV Bund, 2018)

Soziale Bedarfslagen (→ Kap. 5.2.1)

- Formulare zur Vorsorgevollmacht sowie Informationen zum Betreuungsrecht (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, BMJ) unter: www.bmjv.de
- Ratgeber zum Thema Pflege des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter: www.bundesgesundheitsministerium.de
- Recherche nach Beratungsstellen über die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB) unter: www.dajeb.de
- Recherche nach regionalen Selbsthilfegruppen über die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unter: www.nakos.de

Wirtschaftliche und sozialrechtliche Bedarfslagen (→ Kap. 5.2.2)

- Curriculum Rehabilitation und Sozialrecht „von A wie Arbeitsunfähigkeit bis Z wie Zuzahlung“ (Deutscher Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, DVSG, 2014) unter: www.dvsg.org

- Hain, D. & Labahn, M. (2019). Curricula und Train-the-Trainer-Seminare zur Gruppenarbeit in der sozialen Arbeit in der Medizinischen Rehabilitation. Ein praxisbezogenes Angebot zur Standardisierung und Orientierungshilfe. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 32(2), 136-142.
- Informationen zur Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) unter: www.teilhabeberatung.de
- Informationen zum Sozialrecht für Sozialarbeiterinnen/ -pädagoginnen und Sozialarbeiter/-pädagogen: Frings, D. (2018). Sozialrecht für die Soziale Arbeit. Grundwissen Soziale Arbeit, Band 4. Stuttgart: Kohlhammer.
- Merkblatt 12 „Förderung der Teilhabe an Arbeitsleben“ der Bundesagentur für Arbeit (BA) unter: www.arbeitsagentur.de
- Online-Zugang zu den Sozialgesetzbüchern unter: www.arbeitsagentur.de
- Sozial-Fibel: Ein Lexikon über soziale Hilfen, Leistungen und Rechte (Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales, 2019) unter: www.bestellen.bayern.de
- Rechtsportal der Deutschen Rentenversicherung (rvRecht): <https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de>
- Veröffentlichungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) unter: www.deutsche-rentenversicherung.de
 - Curriculum Einführung in das Sozialrecht (Baustein der Curricula zur sozialen Gruppenarbeit in der MBOR, DRV Bund, 2018)
 - Broschüre Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance (DRV Bund, 2021)
 - Broschüre Erwerbsminderungsrente: Das Netz für alle Fälle (DRV Bund, 2019)
 - Rahmenkonzept zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (DRV Bund, 2018)
- Versorgungsmedizin-Verordnung (Stand 2015; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BMAS) unter: www.bmas.de

Teilhabe von Menschen mit Behinderung (→ Kap. 5.2.3)

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) unter: www.bih.de
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e.V. unter: www.bag-ub.de
- Formulare zur Vorsorgevollmacht sowie Informationen zum Betreuungsrecht (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, BMJ) unter: www.bmjv.de
- Hain, D. & Labahn, M. (2019). Curricula und Train-the-Trainer-Seminare zur Gruppenarbeit in der sozialen Arbeit in der Medizinischen Rehabilitation. Ein praxisbezogenes Angebot zur Standardisierung und

Orientierungshilfe. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 32(2), 136-142.

- Informationsangebot zu Erhalt und Wiederherstellung von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unter: www.wegweiser-arbeitsfaehigkeit.de
- Informationsangebot zu Inklusion und beruflicher Teilhabe von Menschen mit Behinderung unter: www.rehadat.de
- Informationen zum Sozialrecht für Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter bzw. -pädagoginnen/ -pädagogen: Frings, D. (2018). Sozialrecht für die Soziale Arbeit. Grundwissen Soziale Arbeit, Band 4. Stuttgart: Kohlhammer.
- Online-Zugang zu den Sozialgesetzbüchern unter: www.arbeitsagentur.de
- Rechtsportal der Deutschen Rentenversicherung (rvRecht) unter: <https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de>
- Übersicht zu den Adressen der Versorgungsämter unter: www.rehadat-adressen.de
- Veröffentlichungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) unter: www.bar-frankfurt.de
 - Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen (BAR, 2010)
 - Gemeinsame Empfehlung Unterstützte Beschäftigung (BAR, 2010)
 - Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderung (BAR, 2013)
- Versorgungsmedizin-Verordnung (Stand 2015; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BMAS) unter: www.bmas.de

Bedarf an nachgehenden Leistungen (→ Kap. 5.3)

- Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) an die Tele-Reha-Nachsorge unter: www.deutsche-rentenversicherung.de
- Informationen und Fachkonzepte zu den Nachsorgeprogrammen Intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA), trainingstherapeutische Reha-Nachsorge (T-RENA) sowie Psychosomatische Reha-Nachsorge (Psy-RENA) der DRV und das Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge unter: www.deutsche-rentenversicherung.de sowie www.reha-nachsorge-drv.de
- Informationen und Recherchemöglichkeiten zu ambulanten Psychotherapien:
 - Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) unter: www.bdp-verband.de
 - Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) unter: www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de
- Positionspapier der Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) „Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken“ (DVSG, 2013) unter: www.dvsg.org

- Recherche nach Beratungsstellen über die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB) unter: www.dajeb.de
- Recherche nach regionalen/örtlichen Nachsorgeangeboten über die Nachsorge-Datenbank der DRV unter: www.nachderreha.de
- Recherche nach regionalen Selbsthilfegruppen über die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unter: www.nakos.de
- Recherche nach Rehabilitationssportgruppen in Deutschland unter: www.rehasport-deutschland.de
- Veröffentlichungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) unter: www.bar-frankfurt.de
 - Handlungsempfehlungen zur Nachhaltigkeit von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (BAR, 2016)
 - Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (BAR, 2008)
- Weitere Veröffentlichungen der DRV unter: www.deutsche-rentenversicherung.de
 - DRV Braunschweig-Hannover: Nachgehendes Fallmanagement MBOR
 - DRV Braunschweig-Hannover: Infos für das Betriebs- und Werk-särzterverfahren
 - DRV Nord: Fallmanagement nach einer medizinischen Rehabilitation
 - DRV Westfalen: Fallmanagement nach psychosomatischer Rehabilitation

Weitere Materialien:

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) stellt verschiedene Datenbanken und Verzeichnisse zur Verfügung unter: www.bar-frankfurt.de

Dazu zählen die folgenden: Ansprechstellenverzeichnis; Adressverzeichnis; Hospitationsbörse; Instrumentendatenbank; Verzeichnis/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben; Qualitätsmanagement-Verzeichnis/Zertifizierung; Rehaklinikenverzeichnis; Reha- und Teilhabeforschende in Deutschland.

Das AMS-Forschungsnetzwerk stellt eine Praxishilfe zur helfenden Kommunikation für die Soziale Arbeit zur Verfügung unter: www.forschungsnetzwerk.at

- Haye, B. & Kleve, H. (2003). Die sechs Schritte helfender Kommunikation.

Das Informationsportal zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) bietet eine umfassende Datenbank mit Praxisbeispielen, u.a. zu MBOR-Gruppenprogrammen unter: www.medizinisch-berufliche-orientierung.de

Angaben der Datenschutzverordnung können bezogen werden unter: www.dsgvo-gesetz.de

Literaturverzeichnis

- Anton, E. (2020). Soziale Arbeit. In V. Köllner & M. Bassler (Hrsg.), Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation. München: Urban & Fischer.
- Blanke, U. & Kropp, S. (2005). Das Erstinterview der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie – Vom Leitfaden-Interview zur abgestimmten patientenorientierten Komplexleistung. *Krankenhauspsychiatrie*, 16, 162-166.
Das Interview kann bei den Autoren der Publikation angefordert werden.
- Bönisch, A. & Dorn, M. (2014). Berufliche Zukunft: Orientierungshilfe zur Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung. Manual und CD mit Seminarunterlagen. S. Roderer Verlag.
- Braun, A., Graßhoff, G. & Schweppe, C. (2011). Sozialpädagogische Fallarbeit. München: Reinhardt.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). (2012). Die 10 Gebote der Barrierefreiheit: Barrierefreiheit in 10 Kernpunkten. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). (2015). Trägerübergreifende Beratungsstandards. Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung guter Beratung in der Rehabilitation. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). (2016a). Gemeinsame Empfehlung Sozialdienste. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). (2016b). ICF-Praxisleitfaden 2 (2. überarbeitete Auflage). Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). (2018). Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Springer.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). (2019). Reha-Prozess: Gemeinsame Empfehlung. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- Bürger, W. & Deck, R. (2009). SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48, 211-221.
- Buttner, P., Gahleitner, S. B., Hochuli Freund, U. & Röh, D. (2018). Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit. Berlin: Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Cording, C., Gaebel, W., Spengler, A., Stieglitz, R. D. et al. (1995). Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 24, 3-41.
- Dettmers, S. & Bischkopf, J. (2019). Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: Reinhardt.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Köln: DIMDI.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund). (2014). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund). (2015). Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund). (2016). Reha-Therapie-standards (RTS) der DRV. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund). (2018a). Curricula zur sozialen Gruppenarbeit in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund). (2018b). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund). (2018c). Starker Service. Starke Firma. Leitfaden zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund). (2019a). Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund). (2019b). Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund). (2021). Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund). (2022). Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). (2008). Grundsatzpapier Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). (2014a). Curriculum Rehabilitation und Sozialrecht „von A wie Arbeitsunfähigkeit bis Z wie Zuzahlung“. Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). (2014b). DVSG-Manual MBOR soG. Medizinisch-berufsorientierte sozialarbeitsspezifische Gruppen (MBOR soG). Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). (2015). Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). (2019). Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit. 3. Auflage. Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) & Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). (2018). Expertenstandard „Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung“ (PEOPSA).
- Dhom-Zimmermann, S. (2014). Für eine strukturierte Anamnese: Leitfaden für Soziale Diagnose in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. FORUM sozialarbeit + gesundheit, 1/2014, 21-23.
- Fiala, J. (2014). Genehmigungen bei Betreuung, Bevollmächtigung und Vormundschaft. Ein Leitfaden mit zahlreichen Fallbeispielen. Köln: Bundesanzeiger Verlag.
- Fiedler, R., Hanna, R., Hinrichs, J. & Heuft, G. (2011). Förderung beruflicher Motivation. Trainingsprogramm für die Rehabilitation (ZAZO-Training). Weinheim: Beltz.

- Fugl-Meyer, K. S. (2016). A medical social work perspective on rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48, 758-763.
- Glattacker, M., Farin-Glattacker, E., Quaschnig, K., Dibbelt, S. & Bredehorst, M. (2015). *Arbeitsbuch Reha-Ziele. Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation.*
- Hasselhorn, H. M. & Freude, G. (2007): *Der Work Ability Index. Ein Leitfaden (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sonderschrift, Bd. 87).* Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft.
- Heiner, M. (2004). PRO-ZIEL Basisdiagnostik. Ein prozessbegleitendes, zielbezogenes, multi-perspektivisches und dialogisches Diagnoseverfahren im Vergleich. In: M. Heiner (Hrsg.), *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit: Ein Handbuch.* Lambertus-Verlag.
- Heuft, G., Senf, W., Bell, K., Cording, C., Geyer, M., Janssen, P. L., Lamprecht, F., Meermann, R., Strauß, B. & Wirsching, M. (1998). Psy-BaDo: Kernmodul einer Basisdokumentation in der Fachpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 43, 48-52.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2017). *Vielfalt in der Praxis. Patienten mit Migrationshintergrund: Infos zur Gesundheitskompetenz und Tipps für die Kommunikation.*
- Kleineke, V., Stamer, M., Zeisberger, M., Brandes, I. & Meyer, T. (2015). Interdisziplinäre Zusammenarbeit als ein Merkmal erfolgreicher Rehabilitationseinrichtungen – Ergebnisse aus dem MeeR-Projekt. *Die Rehabilitation*, 54, 266-272.
- Küch, D., Arndt, S., Grabe, A., Manthey, W., Schwabe, M. & Fischer, D. (2011). UKS – Ultrakurzscreening psychosozialer Problemlagen zur bedarfsorientierten Angebotszuweisung in der somatischen Rehabilitation. In: *Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.), Psychologische Betreuung im Krankheitsverlauf.* Deutscher Psychologen Verlag.
- Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2015). *Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (MiniICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen.* Göttingen: Hans Huber.
- Löffler, S., Wolf, H-D., Gerlich, C. & Vogel, H. (2008). *Entwicklung und Validierung eines generischen Screening-Instruments zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und des Bedarfs an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen.* Unveröffentlichter Projektabschlussbericht. Universität Würzburg.
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A. & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122, 86-95.
- Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C. & Koch, U. (2006). Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers: Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 213-223.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing.* Freiburg: Lambertus.
- Mittag, O. & Raspe, H. (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Die Rehabilitation*, 42, 169-174.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung.* Weinheim: Beltz Juventa.

- Pauls, H. & Reicherts, M. (2012). Zielorientierung und Zielerreichungsanalyse in der psycho-sozialen Fallarbeit: Eine Arbeitshilfe für Beratung, Soziale Arbeit, Sozio- und Psychotherapie (2. Aufl.). Schriftenreihe zur psychosozialen Gesundheit: Bd. 14. ZKS-Verlag.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (2008). AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Computerversion im Rahmen des Wiener Testsystems. Mödling: Schuhfried.
- Schmidt, H., Beutner, K., Berndt, U., Wylegalla, C., Faber, G., Jordan, K., Vordermark, D., Landenberger, M. & Jahn, P. (2016). Die Überleitung onkologischer Patienten aus der Akutversorgung in die Rehabilitation: Ergebnisse der Studie OPTIREHA. *GMS Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin*, 5, Doc06.
- Schwarz, B., Neuderth, S. & Gutenbrunner, C. (2015). Multiprofessional teamwork in work-related medical rehabilitation for patients with chronic musculoskeletal disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47, 58-65.
- Seekatz, B., Musekamp, G., Faller, H., Reusch, A. & Meng, K. (2015). Selbstmanagement-Gruppenprogramm SelMa – Manual. Universität Würzburg.
- Storch, M. & Krause, F. (2017). Selbstmanagement – ressourcenorientiert: Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) (6., überarbeitete Auflage). Hogrefe.
- Streibelt, M. (2018). Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen mittels des Screening-Instruments SIMBO. Eine Synopse von vier Kohortenstudien. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 28, 264-274.
- Vorsatz, N. & Brüggemann, S. (2011). Reha-Therapiestandards und medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation – Ist beides miteinander vereinbar? Eine Aufwandsanalyse der Therapieanforderungen. *Die Rehabilitation*, 50, 168-177.



Deutsche
Rentenversicherung