

## **Grundsatzpapier Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation**

(Stand: 27. Mai 2008)

*„Sozialarbeit unterscheidet sich von anderen Hilfen für den Menschen dadurch, dass sie nicht einen Teilbereich menschlicher Existenzbedingungen in den Mittelpunkt stellt, sondern die Problematik von Einzelnen, Gruppen und Gemeinwesen in ihrem lebensstypischen und gesellschaftlichen Zusammenhang sieht und angeht“ (Marianne Künzel-Schön 1995).*

### **1. Grundsätzliches zur Rehabilitation**

Mit dem 2001 in Kraft getretenen Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) wurde das Rehabilitationssystem darauf ausgerichtet, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern sowie Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Diesem Ziel dienen alle gesetzlich definierten Leistungen (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen). Rehabilitation und Teilhabe sind somit ganzheitlich auf die Folgen von Krankheit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgerichtet und folgen einem subjekt- und lebensweltorientierten Leitbild (International Classification of Functioning Disability and Health, ICF).

(Chronische) Erkrankungen werden im ICF-Modell als das Ergebnis einer Wechselwirkung von Krankheit, Individuum und seinem Kontext dargestellt. Sowohl gesellschaftliche Faktoren als auch der individuelle Lebenshintergrund müssen in die Betrachtung mit einbezogen werden, inwieweit ein gesundheitliches Problem zu einer Gefährdung oder Einschränkung seiner Teilnahme am Leben in der Gesellschaft, beispielsweise der Teilhabe am Arbeitsleben oder der selbstständigen Bewältigung des Alltags, führen kann (vgl. ICF-Praxisleitfaden 2, BAR 2008, 1). Die Beteiligungsrechte der Betroffenen werden deutlich ausgeweitet und ihnen wird das Recht auf volle Teilhabe und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gewährleistet. Eine solche Philosophie erfordert einen stärkeren Blick auf den ganzen Behandlungsprozess und die gesamte Lebenswelt des von (chronischer) Krankheit und Behinderung betroffenen Menschen und entspricht damit exakt dem ganzheitlichen Ansatz der professionellen Sozialen Arbeit.

Der Zugang zur medizinischen Rehabilitation erfolgt in der Regel durch Antragstellung während der Akutbehandlung. Für Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherungsträger (GRV) stellt das Verfahren der Anschlussrehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung sicher, dass eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme entweder unmittelbar durch die Verlegung vom Akutkrankenhaus in die Rehabilitationsklinik erfolgt oder die Rehabilitationsleistung innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen wird. Die Organisation der Anschlussheilbehandlung ist Aufgabe der Krankenhaussozialdienste.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde keine der Anschlussheilbehandlung gleichwertige Regelung geschaffen. Lediglich mit einer Rahmenempfehlung vom 27.11.1990 wurde der „Nahtlose Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation“ geregelt. Danach durften die Krankenhäuser für Versicherte der GKV nicht selbst einleiten, sondern hatten nur bei den zuständigen Trägern darauf hinzuwirken und die Krankenkasse über den Rehabilitationsbedarf zu informieren. Erst in Folge des neuen Rehabilitationsrechtes wurde mit der Gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und gleichwertigen Stellen vom 08.11.2005 den Sozialdiensten auch für GKV-Versicherte eine aktive, intervenierende Rolle zugeordnet. Sie sind nicht mehr nur Beratungsstelle und Informationspflichtiger, sondern ausdrücklich Kooperationspartner der Rehabilitationsträger. Die Aufgabenstellung der Sozialdienste wird deshalb in § 2 der Gemeinsamen Empfehlung dahingehend konkretisiert, dass sie über die Information und Beratung hinaus „Unterstützung im umfassenden Sinne, insbesondere in der Bewältigung der Folgen der Krankheit und Behinderung sowie der Eingliederung“ geben. Sozialdienste regen Leistungen zur Teilhabe an und leiten diese in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger ggf. ein. Diese nunmehr für alle Rehabilitationsträger – also auch der GKV – geltende Berechtigung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (zwar in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger, aber dennoch selbst) einleiten zu können, übernimmt die bereits im bewährten Rentenversicherungsverfahren angelegte aktive und intervenierende Rolle der Sozialdienste für das gesamte Verfahren der Rehabilitationsleistungen aller Rehabilitationsträger. Den Sozialdiensten wurde für den Bereich der Rehabilitation und Teilhabe eine Aufgabenstellung zugeordnet, die ein umfassendes Versorgungsmanagement mit sehr konkreten Handlungsaufträgen umfasst. (vgl. Harry Fuchs 2006)

## **2. Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation**

Entsprechend § 26 SGB IX werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen erbracht, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten bzw. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten, sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern. Soziale Arbeit ist ein fester Bestandteil des medizinischen Rehabilitationsteams (Arzt, Pflege, Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapeut, physikalische Therapie, Logopädie, Psychologie, Ernährungsberatung) und damit in das gesamte Behandlungs- und Rehabilitationskonzept eingebunden.

Die Orientierung am Selbstbestimmungsrecht des Menschen und die Sicherstellung der Chancengleichheit, sowie die Zusammenarbeit mit den beteiligten Berufsgruppen sind dem sozialarbeiterischen Handeln immanent. Im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen erbringt Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation Leistungen zur persönlichen, sozialen und beruflichen Integration und unterstützt die betroffenen Menschen bei der (Wieder-)herstellung einer autonomen Lebenspraxis (vgl. Hanses/Bongartz 2002).

### **2.1. Sozialarbeiterisches Handeln in allen Bereichen der medizinischen Rehabilitation**

- Motivierung, Begleitung und Anleitung während des Rehabilitationsprozesses,
- Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien,
- Entwicklung von Lösungsansätzen der individuellen gesundheitlichen und berufsbezogenen sowie sozialrechtlichen Problemsituationen,
- Förderung der Transparenz und Compliance,
- Stärkung der Selbstbestimmung, ggf. Übernahme der anwaltlichen Funktion, wenn die Rehabilitanden selbst nicht in der Lage sind, ihr Selbstbestimmungsrecht wahrzunehmen,
- Aktivierung von Selbsthilfepotentialen und die Erschließung der persönlichen Ressourcen

- und die des sozialen Umfeldes,
- Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
- Beratung von Angehörigen (Unterstützung bei der Situationsbewältigung, Überforderung zu erkennen und zu akzeptieren, Angebote zur Entlastung in Anspruch zu nehmen),
- Erschließen und Nutzbarmachen der gesetzlichen Ressourcen aller Sozialgesetze, sowie der Ressourcen des Gesundheits- und Sozialwesens,
- die Beratung, Organisation und Umsetzung der passgenauen Anschlussversorgung in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden, seinem sozialen Umfeld und den nachstationären Diensten und Einrichtungen.

## **2.2. Sozialarbeiterisches Handeln in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBO)**

Als berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation versteht man die verstärkte Ausrichtung des Rehabilitationsprozesses auf gesundheitsrelevante Faktoren des Arbeitslebens, deren frühzeitige Identifikation und das Angebot an Rehabilitationsleistungen, die den Verbleib des Patienten im Beruf fördern bzw. seine Wiedereingliederung erleichtern (vgl. <http://www.rehawissenschaft.uni-wuerzburg.de/bo/glossar.html>).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) führt in der Veröffentlichung „Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation bei den Anforderungen an die Kliniken“ aus: „Eine besondere Bedeutung kommt in allen Kliniken der ausreichenden Kapazität zur fachlichen Beratung durch einen Sozialarbeiter oder Reha-Berater zu. Die Möglichkeit zu kurzfristiger Beratung vor Ort, zur Teilnahme an Visiten, Teambesprechungen oder das Angebot von themenbezogenen Gruppen bedeutet für die Reha-Kliniken eine beträchtliche Verbesserung der berufsbezogenen Ausrichtung innerhalb der medizinischen Rehabilitation.“

Zu Beginn der medizinischen Rehabilitation wird durch ein Screening der mögliche Bedarf an berufsorientierten Behandlungsinhalten erfasst. Hieraus ergeben sich für die Soziale Arbeit in der Rehabilitation folgende Schwerpunkte, die in der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL 2007) benannt und als folgende Einzelberatungs- und Therapieleistungen verschlüsselt werden:

- **Sozialrechtliche Beratung (KTL-Kapitel D02)**  
Erarbeitung beruflicher Perspektiven inklusive wirtschaftliche Absicherung, Informationen zu Bedingungen und rechtlichen Hintergründen einer Rentenantragstellung wegen Erwerbsminderung, ggfl. persönliche Hilfestellungen (u. a. bei Beantragung von Sozialleistungen),
- **Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben (KTL-Kapitel D03)**  
Information und Unterstützung zu beruflichen Maßnahmen und ggfl. deren Einleitung sowie bei Fragen zur innerbetrieblichen Umsetzung und Arbeitsplatzanpassung, Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung (auch Kontaktaufnahme mit Arbeitgebern, Betriebsrat und/oder Schwerbehindertenvertretung, betrieblicher Sozialarbeit), Arbeitsplatzbesuche und persönliche Hilfestellungen,
- **Vorbereitung und Anbahnung weiterführender Maßnahmen zur Eingliederung in den Beruf und das soziale Umfeld (KTL-Kapitel D04)**  
Information und Unterstützung über spezielle Nachsorgeangebote und ggfl. Kontaktherstellung und Einleitung der nachsorgenden Maßnahme, Kontakt- und Informationsgespräche mit weiteren unterstützenden Anlaufstellen (z. B. Integrationsfachdienste, Selbsthilfegruppen),

- **Berufliche Belastungserprobung (KTL-Katalog G...)**  
Nach Erkennung erheblicher beruflicher Probleme in der Berufsanamnese, erfolgt die Organisation und Begleitung der Belastungserprobung in Absprache mit dem Rehabilitanden und dem Rehabilitationsteam,
- **Soziale Gruppenarbeit (KTL-Kapitel D05)**  
Berufsrelevante Themen können im Rahmen von psychoedukativen Gruppen aufgegriffen werden (z. B. Umgang mit Arbeitslosigkeit, Training sozialer Kompetenz, Bewerbungstraining, Motivationsförderung, Berufsfindung und -orientierung),
- **Sozialtherapie, insbesondere in den Bereichen Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen (KTL-Kapitel D08)**  
Erörterung der Arbeitsplatzsituation und der sozialen Lebensbedingungen sowie Maßnahmen zur Motivationsförderung.

### 2.3. Sozialarbeiterisches Handeln in der Geriatrischen Rehabilitation

Die geriatrische Rehabilitation ist eine spezielle Rehabilitationsform für Patienten mit höherem Lebensalter - in der Regel älter als 70 Jahre - mit einer geriatritypischen Multimorbidität. Diese liegt vor, wenn multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen nach ICF mit mindestens zwei behandlungsbedürftigen Erkrankungen zusammenkommen. Entsprechend dem Prinzip "Rehabilitation vor Pflege" müssen insbesondere in diesen Fällen geeignete Maßnahmen gefunden werden. Im Gesundheitsstrukturgesetz vom 01.04.2007 wurde der Anspruch auf geriatrische Rehabilitation gestärkt und gewinnt durch das ab 01.07.2008 geltende Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG), insbesondere durch § 87 a Abs. 4 PfWG, weiter an Bedeutung. Allerdings bestehen für die betroffenen Menschen nach wie vor erschwerte Zugangsvoraussetzungen zur geriatrischen Behandlung und Rehabilitation, da es bundeslandspezifische, uneinheitliche Bestimmungen gibt.

Der geriatrische Patient hat gegenüber nicht-geriatrischen Patienten ein erheblich höheres Risiko seine Selbständigkeit zu verlieren und damit pflegebedürftig zu werden sowie ein erhöhtes Risiko von Krankheitskomplikationen und damit auch von häufiger Wiederaufnahme in das Krankenhaus ("Drehtüreffekt"). Die Soziale Arbeit setzt hier den Schwerpunkt auf die Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes mit der Organisation adäquater ambulanter Hilfen, um vorschnelle Einweisungen in stationäre Pflege zu verhindern und den gesetzlichen Grundsätzen „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ zur Geltung zu verhelfen. Dabei kommt insgesamt der sozialrechtlichen Beratung eine immer umfangreichere Bedeutung zu. Das PfWG erweitert ebenfalls den sozialarbeiterischen Beratungsumfang bei älteren Menschen, insbesondere durch die neuen Bestimmungen zum Versorgungsmanagement und den Wahlmöglichkeiten sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen.

### 2.4 Sozialarbeiterisches Handeln in der Mobilen Rehabilitation

Mobile Rehabilitation wird als Sonderform der ambulanten Rehabilitation im gewohnten Wohnumfeld des Patienten durchgeführt. Sie erfolgt - wie alle Rehabilitationsleitungen - durch ein interdisziplinäres Team. Sie kommt für Rehabilitanden in Betracht, die mit den bestehenden stationären und ambulanten Rehabilitationsangeboten nicht angemessen zu versorgen sind, beispielsweise

- Menschen, die auf die Anwesenheit eines Angehörigen und dessen rehabilitationsfördernde Unterstützung angewiesen sind und im gewohnten bzw. bereits krankheitsspezifischen oder behindertengerecht eingerichteten Wohnumfeld bleiben sollten,
- Patienten, die nicht fähig sind, das im stationären Bereich Erlernte in das eigene Wohn-

- umfeld zu übertragen,
- Patienten mit einer Schädigung der mentalen Funktionen, der Sprech- und Sprachfunktionen und der Seh- und Hörfunktionen.

Die aktive Mitwirkung der Angehörigen ist unabdingbar; eine Überforderung dieses Personenkreises ist jedoch zu vermeiden, insbesondere durch eine nachhaltige Befähigung der Angehörigen durch das therapeutische Team. Soziale Arbeit beinhaltet hier - außer den in der Rehabilitation üblichen Aufgaben - besonders die Organisation eines rehabilitativ orientierten Unterstützungsmanagements zu Hause.

### **3. Versorgungs-/Nachsorgemanagement**

#### **3.1. Versorgungsmanagement gem. § 11 Abs. 4 SGB V**

Kliniken sind gesetzlich verpflichtet, die zur nahtlosen Leistungserbringung im gegliederten System der Sozialen Sicherung notwendigen Koordinierungs- und Kooperationsaufgaben sicherzustellen. In Rahmen des Versorgungsmanagements übernimmt Soziale Arbeit das Schnittstellenmanagement zwischen Sektoren, Leistungsträgern/Leistungserbringern, Abteilungen/Berufsgruppen sowie die Vernetzung von Leistungen aus unterschiedlichen Bereichen. Sie sichert im Zusammenwirken mit den betroffenen Menschen, seinem sozialen Umfeld und dem Rehabilitationsteam die passgenaue Anschlussversorgung auf der Einzelfall-ebene. Ausschlaggebend für die nachhaltige Sicherstellung der nachstationären Versorgung ist dabei nicht die Art der Erkrankung oder der Grad der Pflegebedürftigkeit, sondern die Entscheidung der Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Tragfähigkeit des individuellen sozialen Netzes.

Die konkrete Umsetzung erfolgt analog der Case-Management-Systematik:

- Assessment inklusive Analyse der Lebens- und Berufssituation vor der Erkrankung, welche Veränderungen sich durch die Krankheit/Behinderung ergeben haben, welche Möglichkeiten zur Gestaltung der Lebenssituation mit der Krankheit/Behinderung bestehen, Vereinbarung der Ziele in Abstimmung mit dem Betroffenen und dem Rehabilitationsteam,
- Hilfeplanung,
- Organisation und Monitoring/Prüfung der jeweiligen Umsetzungsschritte,
- ggf. Re-Assessment (inklusive angepasster Zielvereinbarung) und Anpassung des Hilfeplanes,
- Auswertung der Umsetzung und des Gesamtprozesses zwecks ggf. erforderlicher Maßnahmenplanung und Anpassung der Prozesse.

Im Rahmen der Systematisierung dieses Prozesses übernehmen Diplom-SozialarbeiterInnen bzw. Diplom-SozialpädagogInnen schwerpunktmäßig Verantwortung für die Sicherstellung der reibungslosen sektoren- und patientenorientierten Prozesssteuerung. Die Soziale Arbeit zeigt Versorgungs-, Informations- und Kommunikationsbrüche auf und initiiert die Entwicklung von Lösungen und Konzepten zur strukturellen Weiterentwicklung bzw. beteiligt sich daran. Um die sektorenübergreifende Versorgung der Patienten tatsächlich sicherstellen zu können, ist es zusätzlich erforderlich, die Ressourcen des Sozial- und Gesundheitswesens zu erschließen und tragfähige Netzwerke zu knüpfen. Dies gelingt nur, wenn auch auf struktureller Ebene entsprechende Kooperationen initiiert und systematisiert werden.

#### **3.2. Nachsorgemanagement**

Häufig ist die zeitlich begrenzte Rehabilitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung nicht ausreichend, um den Behandlungserfolg anhaltend zu stabilisieren. Viele Therapien sind langfristig effektiver, wenn sie über den Zeitraum der medizinischen Rehabilitation

hinaus fortgeführt werden. Eine Möglichkeit, den Transfer in den Alltag zu unterstützen, bietet eine strukturierte Nachsorge, die insbesondere auf gesundheitsbezogene Verhaltens- und Lebensstiländerungen sowie die Bewältigung chronischer Krankheiten und Behinderungen abzielt. Von den betroffenen Menschen selbst muss dieser Prozess in Eigeninitiative und Eigenverantwortung als langfristige Anpassung an die Krankheit und ihre Folgen in das Alltagsleben integriert und dort verstetigt werden. Soziale Arbeit motiviert und fördert den Patienten, eigene Strategien zu entwickeln. Damit soll die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation gesichert werden. Nachsorgebedarf ist insbesondere vorhanden, wenn

- eine Lebensstiländerung stabilisiert werden soll,
- weitere Leistungen im Rahmen des Gesundheitstrainings erforderlich sind,
- das Rehabilitationsteilziel auf der kognitiven Ebene erreicht, aber das Rehabilitationsteilziel auf der emotionalen Ebene (Selbstwirksamkeitserwartung) bei Entlassung instabil und nur mit professioneller Unterstützung zu sichern ist,
- ein dauerhafter modifikationsbedürftiger Stil der Krankheitsverarbeitung (Coping) notwendig ist,
- ein längerfristiger Bedarf an strukturierter Unterstützung bei arbeitsplatzbezogenen Problemen besteht.

Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation kann sowohl im Hinblick auf die Vorbereitung als auch auf die Durchführung eine Reihe von Aufgaben in der Nachsorge übernehmen. Leistungen der Nachsorge können unter anderem sein:

- Information, Motivation, Schulung (z. B. Motivationsförderung, Ernährungsberatung, Lehrküche, Rückenschule, Schulungen im Umgang mit speziellen gesundheitlichen Problemen),
- Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit (z. B. zu Stressbewältigung, Entspannung, Tabakentwöhnung, Adipositas),
- Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie (z. B. Training sozialer Kompetenz, Umgang mit Arbeitslosigkeit und berufliche Orientierung, sozialrechtliche Beratung), unterstützende Fallbegleitung (z. B. bei stufenweiser Wiedereingliederung, Kontakte mit Betrieben, Betriebsärzten und der betrieblichen Sozialarbeit),
- Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen.

#### **4. Perspektiven**

Der Sachverständigenrat der Ärzteschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat in einem aktuellen Positionspapier aus sozialmedizinischer Sicht Perspektiven für die Weiterentwicklung der Rehabilitation aufgezeigt. Darin heißt es unter anderem:

„Eine nachhaltige Weiterentwicklung der Rehabilitation muss auf eine optimierte Implementierung und Vernetzung der Rehabilitation im Gesamtsystem der medizinischen Versorgung gerichtet sein. Die Entwicklungsprozesse chronischer Erkrankungen, ihr dynamischer Verlauf, nicht streng voneinander abgrenzbare Phasen, die Abhängigkeit von umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren und insbesondere auch Multimorbidität mit individuell stark variierenden Krankheits- und Rehabilitationsverläufen erfordern zukünftig noch mehr als bisher ein integriertes Management über den gesamten Behandlungsprozess. Rehabilitation kann noch erfolgreicher sein, wenn sektorales und sequenzielles Abgrenzungsdenken sowie negative Auswirkungen sektorenspezifisch unterschiedlicher Qualitätsanforderungen vermieden werden. Ein trägerübergreifend und ganzheitlich angelegtes, koordinierendes Management „wie aus einer Hand“ ist über den gesamten Behandlungsprozess zwingend erforderlich. Dies kann nur durch fachkompetentes, sektorenübergreifend kommunikationsstarkes und handlungsbevollmächtigtes Fachpersonal gewährleistet werden.“ (BAR 2008, 2)

Die gemeinsame Empfehlung der Rehabilitationsträger nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen vom 08. November 2006 benennen Sozialdienste auf Grund ihrer interdisziplinären Perspektive und ihrer ganzheitlichen Arbeitsweise als wichtige Kooperationspartner für die Rehabilitationsträger und alle anderen am Rehabilitations- und Teilhabeprozess Beteiligten. Die Empfehlung benennt dabei explizit sowohl Aufgaben auf Handlungs- als auch auf Systemebene. Aus Sicht der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen wird diese Empfehlung derzeit noch zu wenig mit Leben gefüllt. Durch den konsequenten Einsatz von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern könnten die derzeit bestehenden Probleme bei der Inanspruchnahme der trägerübergreifenden Servicestellen gelöst werden.

Im Zuge der komplexer werdenden Problemlagen bei gleichzeitig zunehmender Intransparenz der Unterstützungsangebote und unter Berücksichtigung der Ausführungen des BAR-Sachverständigenrates fordert die DVSG die standardisierte und adäquate Einbindung der Sozialen Arbeit in die medizinische Rehabilitation.

## 5. Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation im Zusammenwirken mit dem Rehabilitationsteam die umfassende Berücksichtigung des Patienten in seiner individuellen Lebens- und Krankheitssituation sichert und die reibungslose und passgenaue Anschlussversorgung sicherstellt. Damit werden die Voraussetzungen für eine dauerhafte berufliche und soziale Teilhabe geschaffen. Soziale Arbeit leistet somit unter betriebs- und auch unter volkswirtschaftlichen Aspekten einen wesentlichen Beitrag im sozialen Sicherungssystem und zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages zur Teilhabesicherung chronisch kranker und behinderter Menschen.

## Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008, 1), ICF-Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, Frankfurt/Main: Eigenverlag

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008, 2), Positionspapier des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR „Perspektiven der Rehabilitation“, unter [www.bar-frankfurt.de/upload/Perspektiv161007\\_451.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/upload/Perspektiv161007_451.pdf) (Zugriff: 27.05.2008)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2006) Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation Schriftenreihe der BAR, Heft 6, Frankfurt/Main: Eigenverlag

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (ohne Jahrgang), Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation – bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven, Frankfurt/Main: Eigenverlag

Deutsche Rentenversicherung Bund (2007), KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Berlin: Eigenverlag

Fuchs, H. (2006), Anspruch auf Versorgungsmanagement für behinderte Menschen mit Pflegebedarf (§ 11 Abs. 4 SGB V) unter [www.harry-fuchs.de/docs/Versorgungsmanagement.pdf](http://www.harry-fuchs.de/docs/Versorgungsmanagement.pdf) (Zugriff: 27.05.2008)

Müller-Fahrnow, W., Greitemann, B., Radoschewski, F.M., Gerwinn, H. & Hansmeier, T. (2004). Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Rehabilitation 44, 287-296.

Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Materialien zur berufsbezogenen Forschung (BO-Umsetzungsprojekte), Glossar unter [www.rehawissenschaft.uni-wuerzburg.de/bo/index.html](http://www.rehawissenschaft.uni-wuerzburg.de/bo/index.html). (Zugriff: 27.05.2008)

Gödecker-Geenen, N., Mühlum, A. (2003), Soziale Arbeit in der Rehabilitation, München: Reinhardt-Verlag (UTB)

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (2005), Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation, Essen: Eigenverlag