



NACHHALTIGKEIT

**von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
Handlungsempfehlungen**

NACHHALTIGKEIT VON LEISTUNGEN ZUR REHABILITATION UND TEILHABE

Handlungsempfehlungen

Zentrale Ziele, Prinzipien und Methoden

IMPRESSUM

Herausgeber:

*Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation (BAR) e.V.
Solmsstraße 18
60486 Frankfurt/Main
Telefon: +49 69 605018-0
Telefax: +49 69 605018-29
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de*

*Nachdruck nur auszugsweise
mit Quellenangabe gestattet.*

*Frankfurt/Main,
Oktober 2016
ISBN 978-3-943714-20-3*

INHALT

Inhalt

<i>1.</i>	<i>Einleitung</i>	<i>8</i>
<i>2.</i>	<i>Handlungsempfehlungen – Zielgruppe und Ausrichtung</i>	<i>8</i>
<i>3.</i>	<i>Zentrale Zieldimensionen von Leistungen zur Teilhabe</i>	<i>9</i>
<i>3.1.</i>	<i>Funktions- und Leistungsfähigkeit</i>	<i>9</i>
<i>3.2.</i>	<i>Erwerbs- und Alltagsfähigkeit</i>	<i>10</i>
<i>4.</i>	<i>Handlungsprinzipien und -methoden</i>	<i>10</i>
<i>4.1.</i>	<i>Personenzentrierung</i>	<i>11</i>
<i>4.2.</i>	<i>Zusammenarbeit und Austausch von Informationen</i>	<i>11</i>
<i>4.3.</i>	<i>Berücksichtigung des individuellen Lebenshintergrundes</i>	<i>14</i>
<i>4.4.</i>	<i>Vereinbarung von Zielen</i>	<i>15</i>
<i>4.5.</i>	<i>Empowerment und Selbstmanagement</i>	<i>16</i>
<i>4.6.</i>	<i>Unterstützung im Verlauf der Leistung zur Teilhabe</i>	<i>16</i>
<i>4.7.</i>	<i>Weitere Unterstützung nach Beendigung der Leistung zur Teilhabe</i>	<i>18</i>
<i>5.</i>	<i>Arbeitsmaterialien und weitere Hinweise für die Praxis</i>	<i>20</i>
<i>5.1.</i>	<i>Tätigkeitsbeschreibung</i>	<i>20</i>
<i>5.2.</i>	<i>Rehabilitationsziele – Regeln für die Zielformulierung</i>	<i>24</i>
<i>5.3.</i>	<i>Erkennung bzw. Einschätzung eines ggf. bestehenden Teilhabebedarfs</i>	<i>24</i>
<i>6.</i>	<i>Weitere Informationen</i>	<i>27</i>
<i>6.1.</i>	<i>BAR-Publikationen und Links</i>	<i>27</i>
<i>6.2.</i>	<i>Trägerspezifische Informationen und Veröffentlichungen</i>	<i>29</i>
<i>6.3.</i>	<i>Verzeichnis der Mitwirkenden</i>	<i>31</i>

VORWORT

Rund 17 Millionen Menschen in Deutschland im Alter von über 18 Jahren leben mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die sie im täglichen Leben einschränken. Mit den Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe werden Hoffnungen und ganz konkrete Ziele verbunden: schnell wieder „auf die Beine kommen“, arbeiten, an Aktivitäten teilhaben können.

Ob eine Leistung zur Rehabilitation und Teilhabe erfolgreich ist und das angestrebte Ziel dauerhaft erreicht wird, hängt von zahlreichen Faktoren ab, die sich teilweise wiederum gegenseitig beeinflussen oder sogar wechselseitig bedingen. Das sind zum einen die Rahmenbedingungen der Rehabilitationsmaßnahme selbst; dazu zählt auch ein reibungsloser Prozess ihrer Durchführung. Ebenso haben die Motivation und die Mitwirkung, die der Rehabilitand oder die Rehabilitandin selbst einbringen einen wesentlichen Einfluss auf den Erfolg. Auch ein zeitlicher Aspekt kommt hinzu: Für viele Rehabilitanden ist die zeitlich begrenzte Maßnahme zur Rehabilitation und Teilhabe nicht ausreichend, um deren Erfolg dauerhaft zu stabilisieren und nachhaltig zu sichern.

Nachhaltigkeit ist zu einem bedeutenden Erfolgsfaktor für Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe geworden. Deshalb beschäftigen sich die BAR und ihre Mitglieder bereits seit längerem mit Strategieansätzen zur Stärkung der Nachhaltigkeit im Reha-Prozess. So wurde im Jahre 2008 ein Praxisleitfaden zu Nachhaltigkeitsstrategien bezogen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation veröffentlicht.

Die nun vorliegenden Handlungsempfehlungen zur Nachhaltigkeit von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe stellen eine Weiterentwicklung dieses Praxisleitfadens dar. Sie zielen auf eine dauerhafte Teilhabe am Alltags- und Erwerbsleben ab. Ausgangs- und durchgängiger Bezugspunkt der vorliegenden Handlungsempfehlungen ist die individuelle Lebenssituation des Rehabilitanden. Ausgehend von der Darstellung zentraler, gemeinsamer Zieldimensionen werden Handlungsprinzipien und -methoden beschrieben, die für die Zielerreichung wichtig sind.

Der komplexe und durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusste Reha-Prozess erfordert einen fortgesetzten Dialog der beteiligten Akteure. Deshalb ist eine Zusammenarbeit, die auf einem gemeinsamen Verständnis basiert, von ebenso grundlegender Bedeutung für eine nachhaltige Rehabilitation.

Dieser Praxisleitfaden ist unter qualitativen Gesichtspunkten und auch auf seine Alltagstauglichkeit fortlaufend zu überprüfen. Diesen Weg wird die BAR auch zukünftig weiter begleiten.

Vorstand und Geschäftsführung danken allen an der Erstellung der Handlungsempfehlungen Beteiligten, deren Expertise und aktive Mitwirkung wesentliche Voraussetzung für das erreichte Ergebnis waren.



Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR e. V.
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

1. Einleitung

Menschen mit einer bestehenden oder drohenden Behinderung¹ haben Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe², um ihre Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu realisieren. Benachteiligungen sind zu vermeiden oder es ist diesen entgegenzuwirken. Mit ihrem komplexen, personenzentrierten und interdisziplinären Ansatz zielen Leistungen zur Teilhabe darauf ab, betroffene Menschen zu befähigen, „Selbstbestimmung über das eigene Leben“ zu erlangen. Im Fokus stehen hierbei die Mobilisierung von Ressourcen und die Förderung von Fähigkeiten zur aktiven Mitgestaltung der Zukunft. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, ist der Mensch mit Behinderung aktiv bei der Planung und Durchführung seiner Leistung zur Teilhabe einzubeziehen.

Krankheits- bzw. behinderungsbedingte Auswirkungen betreffen selten nur einzelne Bereiche. Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind vielfach auch mit einer beruflichen und/oder sozialen Problemlage konfrontiert. Deshalb müssen Leistungen zur Teilhabe den konkreten Lebensumständen in ihrer Gesamtheit Rechnung tragen. Mit Blick auf den Erfolg von Leistungen zur Teilhabe sind daher sowohl medizinische als auch bestehende berufliche und/oder soziale Problemlagen frühestmöglich aufzugreifen.

Zur Realisierung eines nachhaltigen und umfassenden Erfolgs der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bedarf es einer übergeordneten Strategie.

2. Handlungsempfehlungen – Zielgruppe und Ausrichtung

Der Hauptadressat dieser Handlungsempfehlungen sind die am Reha-Prozess beteiligten Leistungserbringer. Die Erbringer der Leistungen zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation haben maßgeblichen Einfluss auf die erfolgreiche Realisierung einer umfassenden Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Die Erlangung einer größtmöglichen Selbstständigkeit des Menschen mit Behinderung innerhalb des Erwerbs- und Alltagslebens steht hierbei im Fokus.

Die während der Leistung zur Teilhabe begonnene Mobilisierung persönlicher Ressourcen und der Aufbau von Fähigkeiten sind auch über die Beendigung der Leistung zur Teilhabe hinaus weiterzuerfolgen. Die Verstärkung erreichter positiver Effekte ist ein Weg hin zur langfristigen beruflichen und/oder sozialen Integration.

Diese Handlungsempfehlungen stellen in kurzer Form wesentliche Zieldimensionen, Prinzipien und Methoden für eine nachhaltige Rehabilitationsstrategie vor. Sie dienen hierbei als Überblick und Nachschlagewerk zugleich. Den Leistungserbringern wird eine Orientierungsgrundlage bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Ausrichtung ihrer jeweils spezifischen Einrichtungs- und Rehabilitationskonzepte sowie der Qualitäts- und Leistungshandbücher zur Verfügung gestellt. Die Handlungsempfehlungen leisten damit einen Beitrag zur Wahrung eines einheitlichen Niveaus der Leistungserbringung.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nachfolgend die Formulierung „Mensch(en) mit Behinderung“ verwendet

² Leistungen zur Teilhabe beinhalten alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen



In der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“³ haben sich die Rehabilitationsträger bereits auf Grundsätze, die für alle Phasen des Reha-Prozesses gelten, verständigt. Auch diese Grundsätze können Leistungserbringern Orientierung geben. Bezogen auf die Phase der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe werden zudem spezifische Anforderungen und Aspekte zu

- einer verbesserten Verzahnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und
- einer zielgerichteten Information und Kooperation der relevanten Akteure während der Durchführung von Leistungen

beschrieben. Vervollständigend sind Vereinbarungen zu der Reha-Phase „Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe“ genannt. Wesentliche Grundsätze und Aspekte dieser Gemeinsamen Empfehlung werden innerhalb dieser Broschüre aufgegriffen.

3. *Zentrale Zieldimensionen von Leistungen zur Teilhabe*

Zentrales Ziel bei Leistungen zur Teilhabe ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere der Teilhabe am Arbeitsleben, abzuwenden bzw. zu mindern oder deren Verschlimmerung zu vermeiden.

Trotz der nicht nur vorübergehenden krankheits-/behinderungsbedingten Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit soll der betroffene Mensch wieder in die Lage versetzt werden, all diejenigen Aktivitäten auszuüben, die für ihn im Alltags- und speziell im Arbeitsleben bedeutsam sind.

Um dieses Ziel zu erreichen, können rehabilitative Strategien an den unterschiedlichen Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells der WHO und somit am konzeptionellen Rahmen der ICF ansetzen. Diese reichen von der medizinischen Therapie geschädigter Körperstrukturen und -funktionen über das Training sowohl beeinträchtigter als auch zu verbessernder Aktivitäten (z. B. Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung) bis hin zur Verbesserung beeinträchtigter Teilhabebereiche (z. B. häusliches Leben, Arbeitsleben, Sozialkontakte).

Reicht der auf Kompensation ausgerichtete Ansatz (beispielsweise durch Ersatzstrategien oder Nutzung verbliebener Funktionen/Aktivitäten) im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit des betroffenen Menschen allein nicht aus, ist die Möglichkeit einer Anpassung von externen Kontextbedingungen (Umwelfaktoren) zu prüfen.

3.1. *Funktions- und Leistungsfähigkeit*

Eine Steigerung der Leistungsfähigkeit von Menschen mit krankheits- oder behinderungsbedingt drohender oder bereits eingetretener Beeinträchtigung der Teilhabe kann im Rahmen von Leis-

3 <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/gemeinsame-empfehlungen>

NACHHALTIGKEIT

tungen zur medizinischen Rehabilitation einerseits durch eine Verbesserung bzw. Stabilisierung der gesundheitlichen Situation und andererseits durch die Befähigung zur Krankheitsbewältigung erreicht werden. Es gilt die negativen Auswirkungen des Gesundheitsproblems auf die Funktions-/Leistungsfähigkeit zu verringern und positive Einflüsse zu stärken.

Damit erlangen vor allem auch die Interventionen Bedeutung, die auf die Vermittlung von Wissen und auf langfristige Veränderungen des Verhaltens in Bezug auf gesundheitsbewusstes Handeln abzielen. Ziele dieser Interventionen sind vor allem:

- die Vermittlung von krankheitsspezifischem Wissen
- die Reduzierung von Risikofaktoren und die Stärkung von Schutzfaktoren
- die Einleitung einer ggf. erforderlichen Lebensstiländerung, z. B. in Bezug auf Bewegung oder Ernährung
- das Erlernen von Strategien zur Bewältigung von z. B. Schmerz, Stress oder Konflikten.

3.2. Erwerbs- und Alltagsfähigkeit ⁴

Im Ergebnis wird es nicht immer gelingen, die körperliche oder seelische Leistungsfähigkeit eines Menschen so zu steigern, dass dieser wieder den Anforderungen des Alltags und insbesondere der Arbeitswelt gewachsen ist (Adaptation). In diesen Fällen zielen die Teilhabeleistungen darauf ab, die externen Bedingungen der Person (Umweltfaktoren) an die verminderte Leistungsfähigkeit anzupassen, d. h. Barrieren zu beseitigen sowie Förderfaktoren zu aktivieren und zu stärken (Kompensation).

Dies kann unter anderem durch

- die Bereitstellung von Hilfsmitteln, technischen Hilfen und persönlicher Assistenz,
- eine Veränderung oder Anpassung der beruflichen Qualifikation durch entsprechende Aus-, Fort- oder Weiterbildung oder auch
- die Unterstützung bei der Erlangung eines neuen bzw. bei Erhalt des bisherigen Arbeitsplatzes gelingen.

4. Handlungsprinzipien und -methoden

Aufbauend auf diesen zentralen Zieldimensionen werden im folgenden Kapitel gemeinsame Handlungsprinzipien und -methoden beschrieben und Inhalte bereits bestehender trägerübergreifender Empfehlungen und Vereinbarungen themenbezogen aufgegriffen. Damit soll die Handlungskompetenz und -sicherheit der Leistungserbringer gestärkt werden, so dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen erbracht werden.

⁴ Alltagsfähigkeit ist gegeben, wenn ein Erwachsener die alltäglichen Aufgaben innerhalb seiner Kultur selbständig und in einer eigenverantwortlichen Weise erfüllen kann.

4.1. Personenzentrierung

Der Mensch mit seinem persönlichen Lebenshintergrund und einer oftmals auch komplexen Problemsituation steht im Mittelpunkt. Dieser Grundsatz ist für den gesamten Reha-Prozess und somit auch in der Phase der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe handlungsleitend. Durch Kommunikation und Interaktion „auf Augenhöhe“ werden die Rehabilitanden zu Beteiligten und Mitentscheidern auf dem Weg zu einer nachhaltig erfolgreichen Teilhabe.

Rehabilitationsstrategien sollten demnach die Perspektive des betroffenen Menschen einbeziehen. Dies bedeutet, seine Sichtweise, Erwartungen und individuellen Fähigkeiten fortlaufend aufzugreifen.

Ziele, Lösungsstrategien und Vereinbarungen sollten bereits zu Beginn der Leistung zur Teilhabe gemeinsam zwischen den Leistungserbringern und den Rehabilitanden erarbeitet und im Verlauf überprüft und angepasst werden.

Die fortlaufende Beteiligung und aktive Mitarbeit der Rehabilitanden stellen sicher, dass erarbeitete Strategien mitgetragen werden und umsetzbar sind. Durch diese partizipative Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe können von dem betroffenen Menschen auch abweichende Meinungen und Entscheidungen besser nachvollzogen und akzeptiert werden.

Elementare Handlungsprinzipien sind:

- den betroffenen Menschen als aktiven, gleichberechtigten und für sich Eigenverantwortung tragenden Partner ansehen
- seine Ressourcen erkennen, berücksichtigen und fördern
- ihm bestmögliche Unterstützung anbieten
- Transparenz im Vorgehen, Ergebnisorientierung und Verbindlichkeit bei der Kommunikation und Interaktion im Reha-Prozess

4.2. Zusammenarbeit und Austausch von Informationen

Zusammenarbeit ist ein Schlüsselbegriff für eine nachhaltig erfolgreiche Rehabilitation. Sie kann innerhalb einer Einrichtung (intraorganisationale) wie auch zwischen verschiedenen Einrichtungen oder Institutionen (interorganisationale) betrachtet werden.

Intraorganisationale Zusammenarbeit: Das Reha-Team

Gute Zusammenarbeit innerhalb einer Einrichtung erfordert ein hohes Maß an strukturierter Kommunikation aller beteiligten Professionen. Alle Teammitglieder sollten dasselbe übergeordnete Ziel verfolgen und ihre disziplinbezogenen Ziele diesem unterordnen. Die eingesetzten Interventionen wirken synergetisch, also aufeinander bezogen und sich ergänzend. Gegenüber Menschen mit Behinderung sollte das Reha-Team eine offene und abgestimmte Kommunikation pflegen. Abläufe und Maßnahmen sind möglichst wie „aus einem Guss“ zu gestalten.

Eine solche interdisziplinäre Zusammenarbeit im Reha-Team ist geprägt durch eine flache Hierarchie. Für eine erfolgreiche und gute Zusammenarbeit sind gleichermaßen ein gutes Teamklima

wie auch eine konsequente Organisation der Teamarbeit unerlässlich. Zeiten und Ressourcen sind entsprechend bereitzustellen.

Interorganisationale Zusammenarbeit: Externe Partner

Eine auf Dauer angelegte und umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erfordert die Kooperation mit allen weiteren im Reha-Prozess relevanten Akteuren:

- Rehabilitationsträger mit deren Beratungsdiensten sowie in deren Auftrag tätige Gutachter/gutachterliche Dienste
- Integrationsämter mit den Technischen Beratungsdiensten und den (beauftragten) Integrationsfachdiensten
- Akteure der medizinisch-therapeutischen Versorgung, wie niedergelassene (Fach-) Ärztinnen und Ärzte, Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern und teilstationären Angeboten, Betriebsärztinnen und -ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Angehörige von Gesundheitsberufen
- betriebliche Akteure, wie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Schwerbehindertenvertretungen und Personal-/Betriebsrätinnen und -räte
- das soziale Umfeld von Menschen mit Behinderung (z. B. Angehörige)
- Betroffenenverbände und Selbsthilfegruppen

Die individuelle Bedarfslage kann dazu führen, dass im Verlauf einer Leistung zur Teilhabe der Bedarf an weiteren Leistungen identifiziert wird. Hierbei ist die frühzeitige und effiziente Zusammenarbeit mit den Beratungsdiensten der Rehabilitationsträger von besonderer Bedeutung.

Bei der beruflichen (Wieder-)Eingliederung könnte auch die Einschaltung der Beratungs- und Vermittlungsdienste der Agentur für Arbeit bzw. des Jobcenters sowie ggf. die Beauftragung eines Integrationsfachdienstes⁵, ebenso auch ein intensives Jobcoaching die im Reha-Prozess erreichten Ergebnisse und die Umsetzung dieser am Arbeitsplatz dauerhaft sichern.

Weitere professionelle Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung bietet der Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung⁶. Arbeitgeber und Firmen können sich von diesem bei praktischen Problemen oder sozialrechtlichen Fragen im Rahmen des Wiedereingliederungsmanagements unter einer zentralen kostenlosen Hotline sowie in einem persönlichen Kontakt beraten lassen.

Nach einem Arbeitsunfall oder aufgrund einer Berufskrankheit werden Rehabilitanden in Trägerschaft der gesetzlichen Unfallversicherung bei komplexen Fallgestaltungen durch das Reha-Management⁷ unterstützt. Falls eine berufliche Neuorientierung oder Wiedereingliederung auf dem Arbeitsmarkt erforderlich wird, bietet DGUV job⁸ eine bundesweite Arbeitsvermittlung für die Versicherten der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen.

5 Über eine fachdienstliche Vorabklärung hinaus ist eine qualifizierte Beratung sowie Integrationsbegleitung durch die Integrationsfachdienste nur mit einem Einzelauftrag des Integrationsamtes oder des Trägers der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben möglich (vgl. Gemeinsame Empfehlung Integrationsfachdienste: <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/gemeinsame-empfehlungen>).

6 Der Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung ist erreichbar unter 0800 1000 453.

7 Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung: <http://www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/documents/handlungsleitfaden.pdf>

8 DGUV job: <http://www.dguv.de/job/index.jsp>

NACHHALTIGKEIT

Auf die Zusammenarbeit mit dem Rehabilitationsträger und seinen Beratungsdiensten wird in Kapitel 4.6 „Unterstützung im Verlauf der Leistung zur Teilhabe“ noch weiterführend eingegangen.



Die Rehabilitationsträger haben die „Gemeinsame Empfehlung über ihre Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen“⁹ vereinbart. Diese umfasst auch die Kooperation mit den Sozialdiensten in den medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitationseinrichtungen. Ziel ist es, die enge Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsträgern und den Sozialdiensten weiter zu intensivieren sowie Synergieeffekte zu nutzen. Durch einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch auf regionaler Ebene soll die Kooperation stetig ausgebaut werden.

Um eine kontinuierliche medizinisch-therapeutische Versorgung für die Zeit nach der Rehabilitation bereits während einer Leistung zur Teilhabe gezielt zu planen und einzuleiten, sollten bedarfsweise Leistungserbringer der medizinisch-therapeutischen Versorgung am Wohnort der Rehabilitanden einbezogen werden.

Bei beruflichen Fragestellungen oder falls kompensatorische Leistungen¹⁰ geplant sind, sollte eine Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber sowie der bzw. dem zuständigen Betriebsärztin bzw. Betriebsarzt/Arbeitsmedizinische Dienstleister erfolgen, um bspw. bereits in der Rehabilitation Arbeitsplatz- bzw. Tätigkeitsbeschreibungen und/oder Informationen zu beruflichen Anforderungsprofilen zu erhalten. Solche Informationen bilden eine wesentliche Grundlage für die Ausrichtung der Leistung zur Teilhabe. In der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ – vgl. hierzu die Info-Box im 2. Kapitel – haben sich die Rehabilitationsträger beispielhaft auf bedeutsame Inhalte einer Tätigkeitsbeschreibung verständigt. Dieses Muster einer betrieblichen Tätigkeitsbeschreibung ist unter Kapitel 5.1. angefügt.

Eine Kontaktaufnahme auch zu ggf. weiteren maßgeblichen betrieblichen Ansprechpartnern ist vor allem bei der Empfehlung einer stufenweisen Wiedereingliederung, der Arbeitsplatzgestaltung durch Technik oder eines betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements unerlässlich.



Nähere Informationen hierzu können den BAR-Arbeitshilfen „Arbeitsplatzgestaltung durch Technik“¹¹ und „Stufenweise Wiedereingliederung“¹² entnommen werden. Zudem sind auf der Homepage der BAR zum Thema „Betriebliches Eingliederungsmanagement“¹³ Informationen, Formulare sowie weiterführende Hinweise für die Praxis systematisch zusammengeführt.

Unter dem Aspekt „interorganisationale Zusammenarbeit“ haben das soziale, vor allem das familiäre Umfeld und das Unterstützungspotential durch Angehörige während und nach einer Leistung zur Teilhabe einen wesentlichen Einfluss auf das Bewältigungs- und Gesundheitsverhalten.

⁹ <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/gemeinsame-empfehlungen>

¹⁰ Unter kompensatorische Leistungen werden Leistungen im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verstanden, die sich auf die Anpassung des bisherigen oder eines neuen Arbeitsplatzes an die verminderte Leistungsfähigkeit der Betroffenen richtet. Es kann sich um Anpassungen der zeitlichen Struktur, der Arbeitsaufgaben oder der Arbeitsumgebung handeln.

¹¹ <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/arbeitshilfen>

¹² <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/arbeitshilfen>

¹³ <http://www.bar-frankfurt.de/rehabilitation-und-teilhabe/leistungen-zu-reha-und-teilhabe/teilhabe-arbeitsleben/betriebliches-eingliederungsmanagement>

Um den Teilhabeerfolg auch über die Beendigung der Leistung hinaus zu sichern, ist des Weiteren bei Bedarf auf das Angebot der Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen hinzuweisen.¹⁴ Sie bieten vor Ort eine Vielzahl an Hilfestellungen für betroffene Menschen und ihre Angehörigen an.

Als ergänzendes Angebot im Reha-Management organisieren die Reha-Manager der gesetzlichen Unfallversicherung darüber hinaus Hilfen für Betroffene von Betroffenen in Form einer Peer-Beratung¹⁵.

Die Implementierung funktionierender Strukturen und Instrumenten der Kooperation und Vernetzung mit diesen externen Partnern ist im gegenseitigen Austausch aller Beteiligten vorzunehmen. In gleicher Weise erfolgen eine kontinuierliche Überprüfung und ggf. die Optimierung der bestehenden Zusammenarbeit.

4.3. Berücksichtigung des individuellen Lebenshintergrundes

Für die Planung während der Rehabilitation, aber auch für die Teilhabeplanung insgesamt, ist die Kenntnis des individuellen Lebenshintergrundes der Rehabilitanden von großer Relevanz. Es geht um die Fragen:

- Welche Anforderungen bestehen im privaten und ggf. beruflichen Umfeld nach der Rehabilitation?
- Welche Barrieren lassen sich bereits aus der Rehabilitation heraus positiv beeinflussen oder müssen berücksichtigt werden, um den Rehabilitationserfolg auch nachhaltig in den (Erwerbs-)Alltag transferieren zu können?
- Welche Ressourcen lassen sich bereits aus der Rehabilitation heraus aktivieren?

Wie ausgeprägt sich die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit darstellt, ist individuell sehr unterschiedlich, da dies neben der Schwere der Beeinträchtigung und ggf. dem Vorliegen weiterer Erkrankungen maßgeblich von den Kontextfaktoren abhängt. Insbesondere personbezogene Faktoren können nach der Rehabilitation entscheidend dafür sein, ob der Rehabilitationserfolg gefestigt werden kann. Dazu zählen die Einstellungen, Grundkompetenzen, Verhaltensgewohnheiten und soziokulturellen Faktoren. Da ihr Einfluss jedoch von Fall zu Fall sehr unterschiedlich ist, sind möglichst nur die relevanten umwelt- wie personbezogenen Faktoren zu identifizieren. Aus Gründen des Datenschutzes dürfen die Kontextfaktoren ausschließlich anlassbezogen erfasst werden.

Bezogen auf das Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben steht zudem die Auseinandersetzung mit der Erkrankung/Beeinträchtigung und ihren Folgen auf die (weitere) Erwerbsausübung/Erwerbsfähigkeit im Vordergrund. Um auch die berufliche (Re-)Integration von Menschen mit Behinderungen erfolgreich gelingen zu lassen, sind folgende Dimensionen einzubeziehen:

14 NAKOS, die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, führt eine bundesweite Adressdatenbank der Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen, Vgl. <http://www.nakos.de>

15 Unterstützung durch Peers - Hilfe für Betroffene von Betroffenen; ein unverbindliches Zusatzangebot der gesetzlichen Unfallversicherung <http://www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/teilhabe/schwerverletzte/peer-verfahren.pdf>

NACHHALTIGKEIT

- Fachkompetenzen
- Schlüsselkompetenzen
- Intellektuelle und gesundheitliche Leistungsfähigkeit, Gesundheitskompetenz
- Betriebliche Rahmenbedingungen
- Spezifische Ausbildungs- bzw. Arbeitsmarktbedingungen.

Eine strukturierte Darstellung schafft die nötige Transparenz, um erfolgreiche und nachhaltige Strategien entwickeln und über die Rehabilitation hinaus verfolgen zu können. Eine systematische Erhebung von Informationen aus dem individuellen Lebenshintergrund ist, wo möglich, auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells vorzunehmen. Auch bei Anwendung entsprechender strukturierter Erhebungsbögen (z. B. anhand von Checklisten) dürfen nur die individuell maßgeblichen Kontextfaktoren erfasst werden.

4.4. Vereinbarung von Zielen

Trägerübergreifend verfolgen die Leistungen zur Teilhabe das Ziel, möglichst frühzeitig eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

Rehabilitationsziele werden individuell und gemeinsam mit den Menschen mit Behinderung, d.h. partizipativ, vereinbart. Die Ziele können sich auf alle vier Komponenten¹⁶ der ICF beziehen. Sie orientieren sich an den individuellen Funktionsschädigungen und den damit zusammenhängenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sowie den vorhandenen Ressourcen und Einflüssen aus dem Lebenshintergrund der Rehabilitanden.



Nähere Einblicke in die Bedeutung und Anwendungsmöglichkeiten der ICF in der praktischen Rehabilitationsarbeit ermöglichen die bereits vorhandenen ICF-Praxisleitfäden¹⁷.

Diese individuell abgestimmten Rehabilitationsziele sind für die Prozess- und Maßnahmenplanung richtungsweisend und sollten mehrfach während der gesamten Dauer der Rehabilitation gemeinsam mit dem betroffenen Menschen überprüft und ggf. angepasst werden. Die Rehabilitanden sollen zu einem adäquaten, aktiven und selbstbestimmten Umgang mit der Gesundheits-/Teilhabe-problematik befähigt werden, um das während der Rehabilitation erzielte Ergebnis nach der Rehabilitation in den Alltag transferieren können.

Für die verschiedenen am Reha-Prozess beteiligten Berufsgruppen dienen die so formulierten Rehabilitationsziele der Orientierung und Ausrichtung ihrer Interventionen. Widersprüche sind zu klären und möglichst auszuräumen, da sonst nicht nur das Rehabilitationsergebnis sondern auch der Transfer in den Alltag gefährdet sein kann.

Häufig verwendete Praxisregeln für die Zielformulierung sind weitergehend in Kapitel 5.2. aufgeführt.

¹⁶ Die ICF hat zwei Teile mit je zwei Komponenten: Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung mit a) Körperfunktionen und -strukturen und b) Aktivitäten und Teilhabe [Teilhabe] und Teil 2: c) Umweltfaktoren und d) Personbezogene Faktoren.

¹⁷ Vgl. <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/icf-praxisleitfaeden>

4.5. Empowerment und Selbstmanagement

Leistungen zur Teilhabe zielen auf die langfristige Umsetzung eines gesundheits- und teilhabeförderlichen Verhaltens der Rehabilitanden ab. Empowerment und Selbstmanagement sind die wesentlichen Voraussetzungen für die Erreichung dieses Ziels.

Der Fokus ist hierbei von dem Lebenshintergrund, den geschädigten Körperfunktionen und -strukturen sowie der individuellen Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe abhängig. Hierunter fallen verschiedene Bereiche wie Akzeptanz und Bewältigung der Krankheit bzw. Behinderung, Bewältigung von Funktionseinschränkungen und Schmerzen, gesundheitsbewusster Lebensstil (Bewegung, gesunde Ernährung), Stressbewältigung und berufsbezogene Anpassungen sowie die Kommunikation über die Erkrankung oder Behinderung mit Behandlern, Familie, Freunden und Kollegen.

Empowerment meint die Befähigung des betroffenen Menschen, im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten eine selbstbestimmte, informierte Entscheidung zu treffen. Die beteiligten Professionen innerhalb des Reha-Teams vermitteln Informationen über die verschiedenen Optionen und besprechen gemeinsam mit dem Menschen mit Behinderung das Für und Wider der Alternativen. Sie vermitteln dem betroffenen Menschen Handlungsfertigkeiten und überlassen ihm die letzte Entscheidung.

Bei der Vermittlung von Selbstmanagementkompetenzen geht es darum, dass die Menschen mit Behinderung zu Experten in eigener Sache werden. Sie sollen und werden in großen Teilen in ihrem (Erwerbs-)Alltag selbst „Regie“ über die Realisierung und Verstetigung ihres Teilhabeerfolgs führen.

4.6. Unterstützung im Verlauf der Leistung zur Teilhabe

Wünsche, Interessen, Stärken und Ressourcen der Menschen mit Behinderung können über Kommunikation, Interaktion, fundierte Auskunftserteilung, Schulung und Beratung erfasst und analysiert werden. Der Bedarf einer auf den Einzelfall bezogenen intensivierten Begleitung kann durch den Leistungserbringer so frühzeitig erkannt und eine intensiverte Unterstützung angebahnt werden. Seitens der Therapeuten ist ein möglichst vollständiges und realistisches Bild der Situation und der Handlungsmöglichkeiten mit den Betroffenen abzustimmen und zu konsentieren. Seitens der Betroffenen sollten entstehende Fragen formuliert und Unsicherheiten und Bedenken geäußert werden. Die im Verlauf des Reha-Prozesses begleitende Suche nach Lösungsansätzen und die Besprechung der Realisierung in Form inhaltlich und zeitlich konkretisierter nächster Handlungsschritte sind hierbei wesentliche Voraussetzungen zur Erzielung und Sicherung eines nachhaltigen Teilhabeerfolgs.

Der Leistungskatalog der Teilhabeleistungen umfasst eine Vielzahl von Angeboten zur Förderung und Sicherstellung einer gelingenden Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft insgesamt. Die Komplexität des Sozial- bzw. Rehabilitationssystems erfordert deshalb umfassende Kenntnisse über Verfahrensweisen, rechtliche Regelungen und die Angebotsinhalte der weiteren für die Gesundheit und Teilhabeförderung relevanten Akteure. Diese sollten über einen kommu-

nikativen Prozess zwischen allen am Reha-Prozess Beteiligten gemeinsam mit den betroffenen Menschen gewonnen werden.¹⁸



Auf der Ebene der BAR wurden „Trägerübergreifende Beratungsstandards“¹⁹ erarbeitet. Die formulierten Standards konkretisieren das gemeinsame Verständnis von Reha-Beratung aus der Perspektive der Rehabilitationsträger und beziehen sich originär auf ihre Beratungsangebote. Die Notwendigkeit der Zusammenarbeit und der Vernetzung mit weiteren beratenden Akteuren innerhalb des Reha-Prozesses wird hervorgehoben. Die Publikation bietet auch den Leistungserbringern viele praxisorientierte Ansatzpunkte zur Organisation und Weiterentwicklung ihrer sozialen Interaktion gegenüber den Menschen mit Behinderung.

Im Verlauf einer Leistung zur Teilhabe können jederzeit Aspekte auftreten bzw. bekannt werden, die auf einen weiteren Teilhabebedarf deuten. Besonders im Verzahnungsbereich zwischen medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist es wichtig, dass eine perspektivische Gefährdung der Erwerbsfähigkeit und/oder des Arbeitsplatzes frühzeitig identifiziert wird.

Zur Unterstützung der Erkennung eines möglichen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe fördern die Rehabilitationsträger den Einsatz von Richt- bzw. Leitlinien, Screening bzw. Assessmentverfahren sowie strukturierten Befundberichten. Neben der Auswertung medizinischer Befunde ist aber auch die Selbsteinschätzung des Rehabilitanden im Hinblick auf die Beurteilung der eigenen Belastbarkeit und (weiterer) Unterstützungsbedarfe einzubeziehen. Hierfür existieren eine Vielzahl verschiedener Instrumente und Verfahren. Eine Auswahl kann dem Kapitel 5.3. entnommen werden.

In den Fällen, in denen ein weiterer Leistungs- bzw. Versorgungsbedarf identifiziert wird, sollte bereits frühzeitig der aktuell zuständige Leistungsträger eingebunden werden. Dieser Informationstransfer kann zum Beispiel über die Erstellung und Weitergabe eines ärztlichen Kurzberichts, eines Berichts über die soziale Beratung oder die Berufs-/Sozialanamnese erfolgen. Innerhalb des Abschluss-/Entlassungsberichtes sind weiterführende sachgerechte Hinweise aufzunehmen. Die Rehabilitationsträger prüfen auf dieser Basis in Abstimmung mit dem Menschen mit Behinderung die mögliche weitergehende Rehabilitationsbedürftigkeit. Bei Bedarf werden weitere Akteure einbezogen und das arbeits- und berufsbezogene Umfeld berücksichtigt.

Rehabilitanden einer stationären medizinischen Rehabilitation in Trägerschaft der gesetzlichen Krankenversicherung haben zusätzlich einen Anspruch auf ein Entlassmanagement. Voraussetzung für die Durchführung des Entlassmanagements ist die Einwilligung des Rehabilitanden. Liegt diese vor, ist bereits aus der stationären Rehabilitation heraus die anschließende medizinische Weiterversorgung durch die Rehabilitationseinrichtung ggf. unter Einbindung der Krankenkassen einzuleiten. Damit soll eine lückenlose Anschlussversorgung und Sicherung der Nachhaltigkeit der erreichten Teilhabeziele gewährleistet werden.

¹⁸ vgl. Ausführungen in Kapitel 4.2 „Zusammenarbeit und Austausch von Informationen“

¹⁹ <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/produktetails/produkt/104>

4.7. Weitere Unterstützung nach Beendigung der Leistung zur Teilhabe

Zur vollständigen Erreichung und/oder langfristigen Stabilisierung der in diesen Handlungsempfehlungen beschriebenen zentralen Zieldimensionen kann eine weitere Unterstützung der Rehabilitanden erforderlich sein. In vielen Studien hat sich gezeigt, dass die durch die Rehabilitation erreichten Erfolge und gesundheitlichen Verbesserungen umso länger erhalten bleiben, je besser eine Überleitung des Gelernten in Alltag und Beruf gelingt.

Ein bewährtes Unterstützungsangebot bietet die in der Regel wohnortnahe Reha-Nachsorge. Sie ist ein ergänzendes und zeitlich begrenztes Leistungselement, das auf die eigentliche Leistung zur Teilhabe bedarfsorientiert weiter aufbaut. Dazu gehören u.a. die weitere Verbesserung noch eingeschränkter Fähigkeiten und Funktionen, die Verstetigung von Lebensstil- und Verhaltensänderungen oder auch die Förderung der Selbstmanagementkompetenzen. Hierfür bietet die Deutsche Rentenversicherung regelhaft Reha-Nachsorgeleistungen an, welche im Anschluss an die medizinische Rehabilitation dann angezeigt sind, wenn eine weitergehende professionelle Weiterbetreuung notwendig ist, um die in der Rehabilitation erreichten Ziele nachhaltig zu sichern.²⁰

Mit dem Instrument des Entlassmanagements können die Leistungserbringer abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten der gesetzlichen Krankenversicherung den Übergang in die nachgehenden Versorgungsbereiche ausgestalten und weitergehende Leistungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit veranlassen bzw. empfehlen.

Die Einsicht in die Notwendigkeit, weiterhin in Bewegung zu bleiben, ist ein Beispiel und oftmals eine bedeutende Voraussetzung zur weiteren Realisierung und Verstetigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Der Sport und seine vielfältigen Möglichkeiten sind hier ein Mittel, um zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil anzuleiten. Für Menschen mit Behinderungen gibt es ein vielfältiges und flächendeckendes Sportangebot.²¹ Das Sozialgesetzbuch sieht hierzu u. a. die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Rehabilitationssport und Funktionstraining vor.



Um sicherzustellen, dass Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistung im Rahmen der für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Vorschriften nach einheitlichen Grundsätzen erbracht bzw. gefördert werden, haben die Rehabilitationsträger nach Beratungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eine Rahmenvereinbarung²² getroffen.

Zur Erfolgsabsicherung von Teilhabeleistungen und aus dem fallbezogenen Integrationsmanagement der Leistungserbringer resultiert eine nachgehende Mitverantwortung der Rehabilitationsträger für die Realisierung der (Wieder-)Eingliederung in ein möglichst sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis. Persönliches Coaching und Hilfen bei allen Fragen rund um die Bewerbung bieten ein professionelles nachgehendes Unterstützungsangebot.

20 Eine Übersicht über das Leistungsspektrum der Reha-Nachsorge im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung kann dem Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung entnommen werden.

21 <http://www.einfach-teilhabe.de/Mobilitaet/Sport/>

22 <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/rahmenempfehlungen>

NACHHALTIGKEIT

Ein Baustein kann auch die Einbindung der Selbsthilfe darstellen. Spätestens zum Ende der Leistung sollte der Rehabilitand einen Hinweis auf seine regionale Selbsthilfekontaktstelle erhalten, um sich vor Ort eine geeignete Selbsthilfegruppe bzw. sonstige Peer-Angebote²³ suchen zu können. Der Aufbau einer strukturierten Kooperation mit Selbsthilfegruppen und den regionalen Selbsthilfekontaktstellen kann die Vermittlung der Rehabilitanden in die Selbsthilfe erheblich erleichtern.²⁴

Neuere Ansätze verfolgen zudem eine intensivere personenzentrierte Begleitung zum Beispiel im Rahmen des Fall- oder Case-Managements. Eine solche einzelfallbezogene Betreuung über das Ende der Leistung zur Teilhabe hinaus ist insbesondere dann angezeigt, wenn die Erwerbsfähigkeit alleine aufgrund der während der Leistung ergriffenen Maßnahmen voraussehbar nicht verbessert werden kann. In diesen Fällen kann eine intensivere Unterstützung bei der Umsetzung des erarbeiteten Planes zur Realisierung der erfolgreichen Teilhabe notwendig werden. Ist ersichtlich, dass der betroffene Mensch keine intensive professionelle Unterstützung bei der Erreichung des Reha-Ziels benötigt, kann auch eine weniger intensive Unterstützung in der Zeit nach der Rehabilitation, etwa die Benennung eines Ansprechpartners, Erfolg versprechend sein. Ein solcher Ansatz der längerfristigen Begleitung fokussiert die weitere Motivierung und Förderung des Selbstmanagements. Rehabilitanden legen ihre Aktivitäten selbst fest und kontrollieren eigenständig deren Umsetzung. Eine Begleitung erfolgt lediglich auf motivationaler und unterstützender Basis zu definierten Zeitpunkten. Insbesondere bezogen auf spezifische Teilziele (z. B. die Beibehaltung eines aktiven Lebensstils) zeigte eine solche niedrigschwellige Begleitung Erfolg.

Trägerspezifische Informationen und Veröffentlichungen zu den innerhalb der Handlungsempfehlungen behandelten Themen können dem Kapitel 6.2. entnommen werden.

23 Unterstützung durch Peers - Hilfe für Betroffene von Betroffenen; ein unverbindliches Zusatzangebot der gesetzlichen Unfallversicherung
<http://www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/teilhabe/schwerverletzte/peer-verfahren.pdf>

24 Das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientensorientierung im Gesundheitswesen stellt kostenfrei einen Leitfaden für Kooperationen mit der Selbsthilfe zur Verfügung – vgl. <http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de>

5. Arbeitsmaterialien und weitere Hinweise für die Praxis

5.1. Tätigkeitsbeschreibung

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			
Tätigkeit:			
Seit wann:			
Ausbildungsberuf:			

	Vom Arzt bzw. von der Ärztin auszufüllen bitte Zutreffendes ankreuzen		
	*selten/gelegentlich	*zeitweise	*häufig/überwiegend
Heben und Tragen von Lasten			
über 5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 10 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 15 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 20 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 25 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heben und Tragen von Lasten - Zeitgewichtung			
Hebe- oder Umsetzvorgänge (Zeitdauer < 5 sec)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltevorgänge (Zeitdauer > 5 sec)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen von Lasten über mehr als 5 m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziehen und Schieben von Lasten mehr als 5 m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Erklärung: selten/gelegentlich = 1-10%, zeitweise= 11-50%, häufig/überwiegend= 51-100%

	Vom Arzt bzw. von der Ärztin auszufüllen bitte Zutreffendes ankreuzen		
	*selten/gelegentlich	*zeitweise	*häufig/überwiegend
Körperhaltungen			
Rumpfbeugen (bis 20 - 30 Grad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefes Beugen (über 30 Grad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücken (über 60 Grad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Auslenkung der HWS (Extension, Rotation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drehung des Rumpfes über 30 Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anheben des Oberarmes über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überkopfarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Anforderungen an die Fingerfertigkeit/Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen/Leitern/Gerüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeit im Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeit im Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeit im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hocken/Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Belastungen			
Haltearbeit mit erheblichem Krafteinsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungen mit erheblichem Krafteinsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung mit hoher Frequenz für Unterarme und Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrationsbelastung des Hand-Arm-Systems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Erklärung: selten/gelegentlich = 1-10%, zeitweise= 11-50%, häufig/überwiegend= 51-100%

MATERIALIEN

	ja	Kommentar
Umwelteinflüsse		
Witterung/Arbeiten im Freien	<input type="checkbox"/>	
Hitze/Strahlung	<input type="checkbox"/>	
Kälte/Zugluft	<input type="checkbox"/>	
Lärm (> 80 dBA)	<input type="checkbox"/>	
Atemwegsbelastung/Stäube, Rauche, Gase	<input type="checkbox"/>	
Hautbelastung/Schmutz	<input type="checkbox"/>	
Ganzkörperschwingungen/Erschütterung/Vibrationen	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Gefährdungen		
Erhöhte Unfallgefahr	<input type="checkbox"/>	
Arbeiten an laufenden Maschinen, mit scharfen Werkzeugen	<input type="checkbox"/>	
Arbeiten unter Atemschutz	<input type="checkbox"/>	
Fahr- und Steuertätigkeiten (Stapler, LKW usw.)	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Gefahrstoffen	<input type="checkbox"/>	
Feuchtarbeit	<input type="checkbox"/>	
Dauerhaft Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/>	
Arbeitsorganisation		
Normalschicht (Tagesarbeitszeit in Std.: <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	
Wechselschicht (früh - spät)	<input type="checkbox"/>	
Contischicht (früh - spät- nachts)	<input type="checkbox"/>	
Dauernachtschicht	<input type="checkbox"/>	
Häufige/regelmäßige Überstunden (<input type="checkbox"/> Std. pro Woche)	<input type="checkbox"/>	
Manuelle Arbeit mit Stückzahlvorgabe/Taktbindung/ Akkord	<input type="checkbox"/>	
Andere Arbeitszeitmodelle	<input type="checkbox"/>	

		ja	Kommentar
Psychomentale Belastungen/Beanspruchungen			
Hohe Verantwortung für Personen und Sachen, Mitarbeiterführung	<input type="checkbox"/>		
Ständiger Zeit- und Termindruck	<input type="checkbox"/>		
Überforderung quantitativ/qualitativ	<input type="checkbox"/>		
Unterforderung/Monotonie	<input type="checkbox"/>		
Häufige Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit	<input type="checkbox"/>		
Geringer Einfluss auf Arbeitsgestaltung- und Organisation	<input type="checkbox"/>		
Teamarbeit/Publikumsverkehr	<input type="checkbox"/>		
Mobbing	<input type="checkbox"/>		
Häufige Reisetätigkeit	<input type="checkbox"/>		
Allgemein: Wohlbefinden am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>		
SONSTIGES:			
Anlagen wenn vorhanden: z. B. WAI, IMBA Anforderungsprofil, Gefährdungsbeurteilung, Beurteilung nach Leitmerkmalmethode			

Datum der Erstellung

Name, Unterschrift und Stempel des Erstellers/der Erstellerin

5.2. Rehabilitationsziele – Regeln für die Zielformulierung²⁵

Eine häufig verwendete Regel für die Zielformulierung ist das Schlagwort „S.M.A.R.T.“ (engl. klug, elegant). Es ist insbesondere für die Steuerung in wirtschaftlichen Prozessen entwickelt worden, kommt aber auch bei der Vereinbarung individueller Gesundheitsziele zum Einsatz²⁶.

Die einzelnen Buchstaben des Schlagwortes „S.M.A.R.T.“ stehen für die geforderten Eigenschaften des Ziels:

- **Spezifisch:** Wird klar, was genau erreicht werden soll? (z. B. Wiederaufnahme der Arbeit)
- **Messbar:** Kann überprüft werden, in welchem Maße das Ziel erreicht wird? (z. B. tägliche Arbeitsstunden)
- **Attraktiv:** Halten sowohl Rehabilitand als auch Behandler das Reha-Ziel für wichtig und lohnenswert? (auch im Vergleich zu anderen möglichen Zielen wie psychische Stabilität oder Versorgung von Angehörigen)
- **Realistisch:** Halten beide Seiten das Ziel für erreichbar? (vor dem Hintergrund des derzeitigen Zustands, z. B. hinsichtlich Schmerzen, Ausdauer, Krankheitsbewältigung, häusliches Umfeld)
- **Terminiert:** Was ist der Zeitrahmen für die Erreichung des Ziels? (z. B. bis zur Entlassung aus der Klinik, innerhalb von 6 Monaten nach Entlassung).

Eine weitere Regel, die aus dem Bereich des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsversorgung stammt, ist die sogenannte „R.U.M.B.A.“ - Regel²⁷. Die Anfangsbuchstaben stehen für:

- **Relevant** (bedeutsam in Bezug auf ein identifiziertes Problem)
- **Understandable** (verständlich, nachvollziehbar)
- **Measurable** (messbar, überprüfbar)
- **Behaviourable** (auf Verhaltensänderung ausgelegt)
- **Attainable** (erreichbar)

5.3. Erkennung bzw. Einschätzung eines ggf. bestehenden Teilhabebedarfs

Zur Erkennung, Einschätzung und Konkretisierung eines möglichen Teilhabebedarfs bestehen eine Vielzahl verschiedener Instrumente und Verfahren. Um insbesondere eine möglichst frühzeitige Bedarfserkennung zu unterstützen, findet sich nachfolgend eine Auswahl von Instrumenten, die eine erste Abschätzung eines potentiellen Teilhabebedarfs ermöglichen. Diese sind im Einzelfall ggf. durch weitere Instrumente zu ergänzen.

- Kurz-Checkliste zur ärztlichen Einschätzung eines Rehabilitationsbedarfs

Name: Checkliste für die ärztliche Einschätzung eines Rehabilitationsbedarfs für die Bereiche Somatik und Psychosomatik

25 Quelle: „Arbeitsbuch Reha-Ziele“ (S.10-11), veröffentlicht unter www.deutsche-rentenversicherung.de, letzter Zugriff 28.07.2016 www.reha-ziele.de/node/101

26 Bovend'Eerd et al., 2009; Dibbelt et al., 2011

27 Deimel et al., 2007

MATERIALIEN

Kurzbeschreibung:

Die Checkliste stellt ein Instrument zur Prüfung des medizinischen Rehabilitationsbedarfs dar. Es wurde eine Checkliste für somatische und eine für psychosomatische Erkrankungen entwickelt. Beide Checklisten erfassen jeweils die einzelnen Dimensionen des Rehabilitationsbedarfs und unterstützen Ärztinnen und -ärzte bei der Erkennung des Rehabilitationsbedarfs.

Link: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/225412/publicationFile/46298/K8010.pdf>

- Instrument zur Beurteilung von Beeinträchtigungen der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

Name: Barthel-Index

Kurzbeschreibung:

Dieses Instrument misst die unmittelbaren körperlichen Selbstversorgungsfähigkeiten und gibt so Aufschluss über bestehende Beeinträchtigungen bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Der Anwendungsstandard hierzu ist das Hamburger Einstufungsmニュアル.

Solche Beeinträchtigungen können dabei einen ersten Hinweis auf einen ggf. bestehenden Rehabilitationsbedarf geben. Der Barthel-Index wurde nicht spezifisch für die Einschätzung medizinischen Rehabilitationsbedarfs entwickelt.

Link: <http://www.kcgeriatrie.de/instrumente/barthel-index.pdf>

- Kurz-Instrument zur Einschätzung gesundheitsbezogener beruflicher Aspekte

Name: Screening-Instrument zur Einschätzung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation (SIMBO)

Kurzbeschreibung:

Bei SIMBO handelt es sich um einen Fragebogen zur Selbstausskunft der Patienten. Er berücksichtigt sieben Kriterien der Beeinträchtigung beruflicher Teilhabe. Es handelt sich um sozialmedizinische Parameter (Erwerbsstatus, Arbeitsfähigkeit, Fehlzeiten im Jahr vor der Maßnahme), gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen im Beruf, die subjektive berufliche Prognose, berufsbezogene Therapiemotivation und das Alter. Es existieren eine indikationsspezifische Version für Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparates (SIMBO-MSK) und eine generische Version für chronische Erkrankungen im Allgemeinen (SIMBO-C).

SIMBO kann im Rahmen frühzeitiger Bedarfserkennung als indikationsspezifische und indikationsübergreifende Variante zur Erkennung von Personen mit gesundheitsbezogenen beruflichen Problemlagen dienen, woraus sich Hinweise auf ggf. spezifische Therapiekonzepte in der medizinischen Rehabilitation ableiten. Bestehende gesundheitsbezogene berufliche Problemlagen können auch auf ggf. notwendige Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hindeuten.

Link: http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/bausteine/diagnostische_instrumente/#simbo

MATERIALIEN

- Kurz-Screening-Instrument zur ersten Einschätzung eines problematischen Suchtmittelkonsums in der medizinischen Versorgung

Name: AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

Kurzbeschreibung:

Der AUDIT-Test ist ein Selbstauskunftsbogen mit 10 Fragen und wurde im Auftrag der WHO entwickelt. Damit können alle Personen ihre Beziehung zum Alkohol selbst beurteilen. Der AUDIT-Test eignet sich auch für Arztpraxen und sozialmedizinische Dienste im Rahmen der Anamnese zur Aufdeckung bzw. ersten Abschätzung eines missbräuchlichen oder abhängigen Alkoholkonsums. Damit wird ihnen eine Vorbeugung, frühzeitige Behandlung und Rehabilitation von Alkoholproblemen ermöglicht.

Link: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/AlkAuditFragebogen.pdf>

- Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit/Arbeitsbewältigung bei Erwerbstätigen

Name: Work Ability Index (WAI)

Kurzbeschreibung:

Der Work Ability Index (WAI) wird auch als Arbeitsfähigkeitsindex oder Arbeitsbewältigungsindex bezeichnet und ist ein Messinstrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen. Beim WAI handelt sich um einen Fragebogen, der entweder von den Befragten selbst oder von Dritten, z. B. vom behandelnden Arzt/der Ärztin oder Betriebsärztinnen/-ärzten, ausgefüllt wird. Ziel der Anwendung in Betrieben ist die Förderung bzw. Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten.

Der WAI unterscheidet sich von klassischen Fragebogeninstrumenten in dem Sinne, dass es sich hierbei um ein sehr heterogenes Konstrukt handelt, welches sich durch zehn Fragen aus unterschiedlichen Bereichen zusammensetzt. Der WAI ist in diesem Zusammenhang kein Messinstrument im herkömmlichen Sinne, sondern in erster Linie als Index oder Indikator zu verstehen. Er ist in engem Zusammenhang mit dem Konzept der Arbeitsfähigkeit anzuwenden, das die betrieblichen und individuellen Auswirkungen einer ganzheitlichen betrieblichen Betrachtung der Arbeitsfähigkeit skizziert. Aus dem WAI können Hinweise auf medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen erwachsen.

Link: <http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de>

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess

6. Weitere Informationen

6.1. BAR-Publikationen und Links

In diesem Kapitel werden ausgewählte Veröffentlichungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation aufgeführt und deren Inhalt in kurzer Form umrissen. Zahlreiche weitere Publikationen zum gesamten Themenspektrum der Rehabilitation und Teilhabe können auf der Homepage der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation abgerufen werden (<http://www.bar-frankfurt.de/publikationen>).

Arbeitshilfen:

- Arbeitshilfe „Arbeitsplatzgestaltung durch Technik“

<http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/AHArbeitsplatz.web.pdf>

In dieser Arbeitshilfe wird das Thema Arbeitsplatzgestaltung durch Technik in den Mittelpunkt gestellt. Mit der Beschreibung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und der Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben werden die Unterstützungsmöglichkeiten durch die Rehabilitationsträger und Integrationsämter erläutert.

- Arbeitshilfe „Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“

<http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/BroschuereAH8.web.pdf>

Diese Arbeitshilfe hat zum Ziel, über die Möglichkeiten und Chancen einer stufenweisen Wiedereingliederung zu informieren. Darüber hinaus soll sie als praxisnaher Leitfaden adressaten – beziehungsweise funktionsgruppenspezifische Handlungsempfehlungen geben und die Adressaten dazu motivieren, eine stufenweise Wiedereingliederung möglichst routinemäßig bei der Rehabilitation von arbeitsunfähigen Versicherten in die Überlegungen einzubeziehen und in geeigneten Fällen zu verwirklichen.

Gemeinsame Empfehlungen:

- Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“

<http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Broschuere4G.web.pdf>

In dieser Gemeinsamen Empfehlung wird der gesamte Regelungstext an einem gemeinsamen und prozessorientierten Grundverständnis ausgerichtet. Die Grundlage dafür bildet der idealtypische Reha-Prozess mit seinen Phasen. Klare und konkrete inhaltliche Regelungen stehen dabei für eine stärkere Ausrichtung an dem Selbstverständnis der Vereinbarungspartner und geben so Auskunft darüber, was die Regelungen für das Handeln der Leistungsträger bedeuten, welche Schnittstellen zu weiteren Akteuren im Reha-System bestehen und wie diese Akteure bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt werden können.

INFORMATIONEN

■ Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“

http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_Sozialdienste.pdf

Sozialdienste und vergleichbare Stellen sind neben den Auskunft- und Beratungsstellen der Rehabilitationsträger wichtige Ansprechpartner und Dienstleister im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Gegenstand dieser Gemeinsamen Empfehlung ist die Beschreibung und Konkretisierung der Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen.

■ Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“

http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_LTA.pdf

Gegenstand dieser Gemeinsamen Empfehlung ist die Benennung und Beschreibung von Anforderungen an die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Einrichtungen nach § 35 SGB IX.

■ Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“

http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_Qualitaetssicherung.pdf

Durch das gezielte Zusammenwirken von vergleichenden Qualitätsanalysen und internem Qualitätsmanagement der Rehabilitationseinrichtungen soll die Ergebnisqualität für Leistungen zur Teilhabe nachweislich verbessert und die Wirksamkeit der Leistungserbringung erhöht werden.

Handlungsempfehlungen:

■ Trägerübergreifende Beratungsstandards

<http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/HETBStandards.web.pdf>

Die Rehabilitationsträger bekennen sich mit der Entwicklung trägerübergreifender Beratungsstandards zur Weiterentwicklung der Reha-Beratung. Die Handlungsempfehlungen dienen als eine fachliche Grundlage für die Beratungsfachkräfte aller Rehabilitationsträger. Für das eigene Handeln verbinden die Rehabilitationsträger mit diesen Standards die Möglichkeit, auf einer gemeinsam abgestimmten Basis Beratungsangebote unter Berücksichtigung trägerspezifischer Besonderheiten passgenau und kontextorientiert auszurichten.

ICF-Praxisleitfäden:

<http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/icf-praxisleitfaeden>

Die ICF-Praxisleitfäden zielen darauf die im Reha-Prozess beteiligten Akteure mit der Konzeption der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) vertraut zu machen und sie ihnen als eine Grundlage für die systematische Erfassung der bio-psycho-sozialen Aspekte unter besonderer Berücksichtigung der Kontextfaktoren näher zu bringen.

INFORMATIONEN

Rahmenvereinbarung:

- Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining

http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenvereinbarung_Rehasport_2011.pdf

Unter Beachtung der einzelnen für die Rehabilitationsträger geltenden Vorschriften wird in dieser Vereinbarung der einheitliche und auf gleichen Grundsätzen basierender Rahmen für eine Leistungserbringung von Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistung nach dem SGB IX geregelt.

Qualitätsmanagement und Zertifizierung:

- Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement:

http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Qualitaet_in_der_Reha/Qualitaetsmanagement_und_Zertifizierung/downloads/Vereinbarung.pdf

Auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sind grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren zu vereinbaren. Im Rahmen dieser Vereinbarungen ist eine erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachzuweisen. Zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabenstellung sind neben der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement zahlreiche weitere Materialien und Formulare erstellt worden:

<http://www.bar-frankfurt.de/rehabilitation-und-teilhabe/qualitaet-in-der-rehabilitation/qualitaetsmanagement-und-zertifizierung/>

6.2. Trägerspezifische Informationen und Veröffentlichungen

Deutsche gesetzliche Unfallversicherung:

- Handlungsleitfaden „Das Reha-Management der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung“

<http://www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/documents/handlungsleitfaden.pdf>

Das Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung ist die umfassende Planung, Koordinierung und zielgerichtete, aktivierende Begleitung der medizinischen Rehabilitation und aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft auf der Grundlage eines individuellen Reha-Plans unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligten.

- Position der gesetzlichen Unfallversicherung zu „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“

http://www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/teilhabe/pos_uv_lta.pdf

- Position der gesetzlichen Unfallversicherung zu „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“

<http://www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/documents/positionspapier-ltg.pdf>

INFORMATIONEN

- Besondere Unterstützung für Schwerverletzte

http://www.dguv.de/de/reha_leistung/teilhabe/schwerverletzte/index.jsp

Deutsche Rentenversicherung:

- Broschüre „Arbeitsbuch Reha-Ziele, Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation“

<http://www.reha-ziele.de/>

Medizinische Rehabilitation braucht Ziele, an denen sich alle Beteiligten ausrichten. Reha-Zielarbeit umfasst die Zielvereinbarung zwischen Behandlern und Rehabilitanden, die gemeinsame Bearbeitung der Ziele und die Überprüfung der Zielerreichung. So werden Reha-Erfolge planbar und sichtbar. Mit diesem praxisnahen Arbeitsbuch sollen Rehabilitationseinrichtungen in der konkreten Umsetzung der Reha-Zielarbeit unterstützt werden.

- Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_reha_nachsorge.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Das Rahmenkonzept löst die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge der DRV aus dem Jahr 2007 ab. Es fasst die Erfahrungen mit den genannten Empfehlungen, Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien und aus einer Umfrage bei den Rentenversicherungsträgern zusammen und macht Aussagen insbesondere dazu, wie die Reha-Nachsorgeangebote der DRV in Zukunft qualitativ und quantitativ weiterentwickelt werden können.

6.3. Verzeichnis der Mitwirkenden

Backes, Irmgard, GKV-Spitzenverband

Bartel, Susanne, Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke

Bollwien, Anette, Bundesagentur für Arbeit

Gödecker-Geenen, Norbert, Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Grotkamp, Dr. med. Sabine, MDK Niedersachsen

Hammer, Peggy, Deutsche gesetzliche Unfallversicherung

Hassenpflug, Frank, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Köpke, Karl-Heinz

Kvaic, Angelika, Bundesagentur für Arbeit

Liesener, Antje, Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen

Niehues, Dr. Christiane, Deutsche Rentenversicherung Bund

Rohde, Klaus-Peter, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen

Stähler, Dr. Thomas, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Streibelt, Dr. Marco, Deutsche Rentenversicherung Bund

Twehues, Markus, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Ulrich, Angela, Integra Lübeck gGmbH

Weitere Expertise

Reusch, Andrea, Universität Würzburg

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.