

Sozialarbeiterische Wirkmechanismen in der medizinischen Rehabilitation



Tobias Knoop¹; Nadja Scheiblich¹; Stephan Dettmers²; Thorsten Meyer¹

¹Universität Bielefeld

²FH Kiel

Interdisziplinäre Präsenz der Sozialdienste in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation als potenzieller Wirkfaktor der Sozialen Arbeit

Vortrag auf der 11. Fachtagung Klinische Sozialarbeit «Wirkung» in
Olten, FHNW

Panel III



One of the crucial tests of sociological research (oder Versorgungsforschung mit sozialwissenschaftlichen Methoden, Anm. TK) is that those who have been studied recognize themselves in the research report itself; if they do not, this should warn the researchers (Strauss et al., 1985)

Agenda

Werkstattbericht (Laufzeit des verlängerten Projekts: 30.06.2022)

1. Hintergrund
 - a. medizinische Rehabilitation (in der deutschen Gesundheitsversorgung)
 - b. Forschungsstand zur Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation
 - c. Ziel(e) Forschungsprojekt SWIMMER
2. Methode
3. Ergebnisse im Werkstattberichtsformat: Interdisziplinäre Präsenz
4. Diskussion mit Schlussfolgerungen für Forschung und Praxis

Hintergrund

- medizinische Rehabilitation (in der deutschen Gesundheitsversorgung)
- Forschungsstand zur Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation
- Ziel(e) Forschungsprojekt SWIMMER

Das Konzept der Gesundheitsstrategien („health strategies“)

	Präventive Strategie	Kurative Strategie	Rehabilitative Strategie	Unterstützende Strategie
Primäres Ziel	Vermeidung von Erkrankungen	Heilung von Erkrankungen	Funktionsfähigkeit wiederherstellen	Lebensqualität optimieren
Alternative Ziele	Inzidenz von Erkrankung reduzieren	Rückbildung Kontrolle der Erkrankung Schadenskontrolle im Verletzungsfall	Funktionsfähigkeit optimieren	Autonomie bewahren
Zentrale Outcomes	Gesundheit Überleben	Überleben Funktionsfähigkeit	Funktionsfähigkeit Lebensqualität	Lebensqualität Gesundheit
Zugehörige Outcomes	Funktionsfähigkeit Behinderung Lebensqualität	Lebensqualität Gesundheit	Gesundheit Überleben	Überleben Funktionsfähigkeit
Sektor	Gesundheit	Gesundheit	Gesundheit (Referenzsektor) Bildung, Arbeit, Sozialleben	Gesundheit (Referenzsektor) Sozialleben

Rehabilitation als Gesundheitsstrategie des 21. Jahrhunderts

“Rehabilitation as a health strategy, incorporating rehabilitation medicine, the rehabilitation therapies and assistive technology, is poised to become the key health strategy of the 21st century. [...] given the future that the world is facing, and the impact of population ageing and the shift towards NCDs, there is a powerful argument for making the investment so that the rehabilitative health strategy fulfils its promise in the 21st century.” (Stucki et al. 2018, 7)

Rehabilitation im dt. Sozialrecht

hauptsächlich Sozialgesetzbuch IX: Rehabilitation von Menschen mit Behinderung

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
(LTA, früher: berufliche Rehabilitation)
3. Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
(z.B. Krankengeld, Übergangsgeld)
4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
(früher: soziale Rehabilitation)

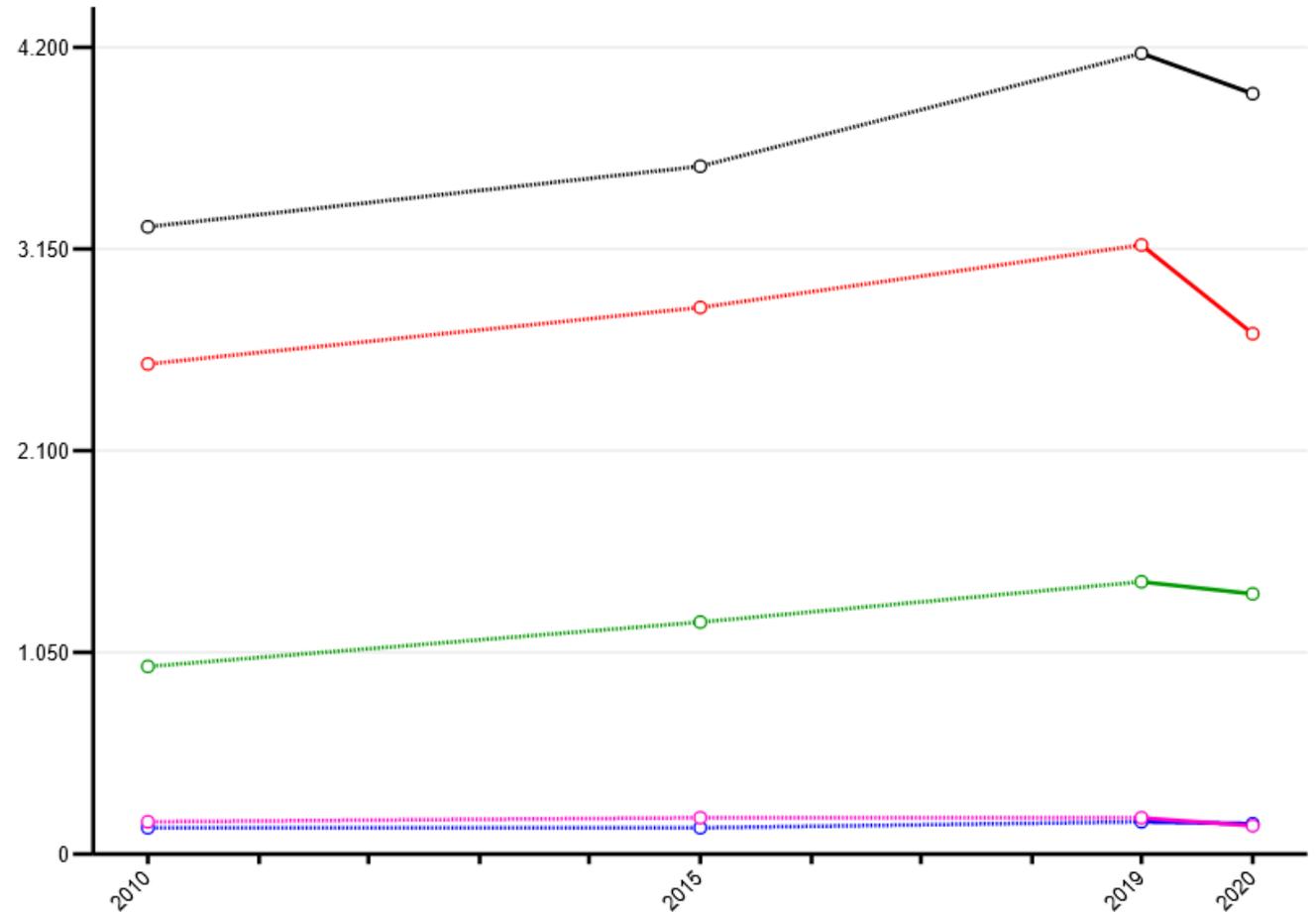
Rehabilitation im

- Rehabilitationsträger



Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger

Einrichtung (GAR/GPR-GBE): Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen; Leistungsart (GAR-GBE): Gesundheitsausgaben



- Gesetzliche Krankenversicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung
- Gesetzliche Unfallversicherung
- Arbeitgeber
- Private Haushalte/ Private Organisationen ohne Erwerbszweck

Merkmale der medizinischen Rehabilitation

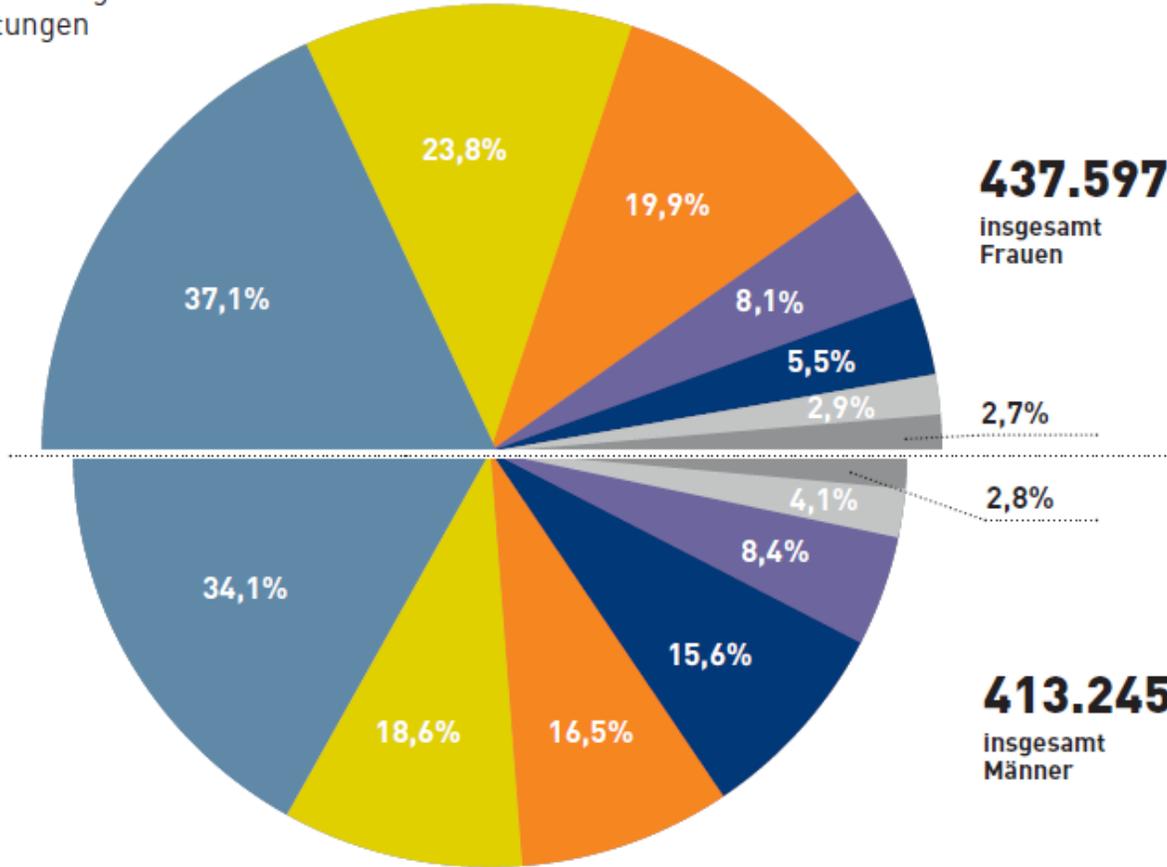
- stationäre (wohntferne) und ambulante Durchführung in Reha-Einrichtungen mit Schwerpunktindikation und ärztlicher Leitung
- Durchschnittliche Dauer stationär: ca. 28,5 Behandlungstage mit Wochenende; ambulant: ca. 20 Behandlungstage ohne Wochenende
- Leistungsbündel aus medizinischen, psychologischen und pädagogischen Hilfen im multidisziplinären Reha-Team
- Individuelle Zielfestlegungen zu Reha-Beginn: aktivierend und möglichst alltagsorientiert
- Am Ende: Leistungsbeurteilung des quantitativen und qualitativen Leistungsvermögens
- Nachsorgemaßnahmen

- Qualitätssicherung DRV: Strukturvorgaben, Reha-Therapiestandards, Klassifikation, Fragebogen zum Reha-Erfolg

Rehamaßnahmen nach Setting, Geschlecht und Diagnosegruppe

Stationäre Rehabilitation

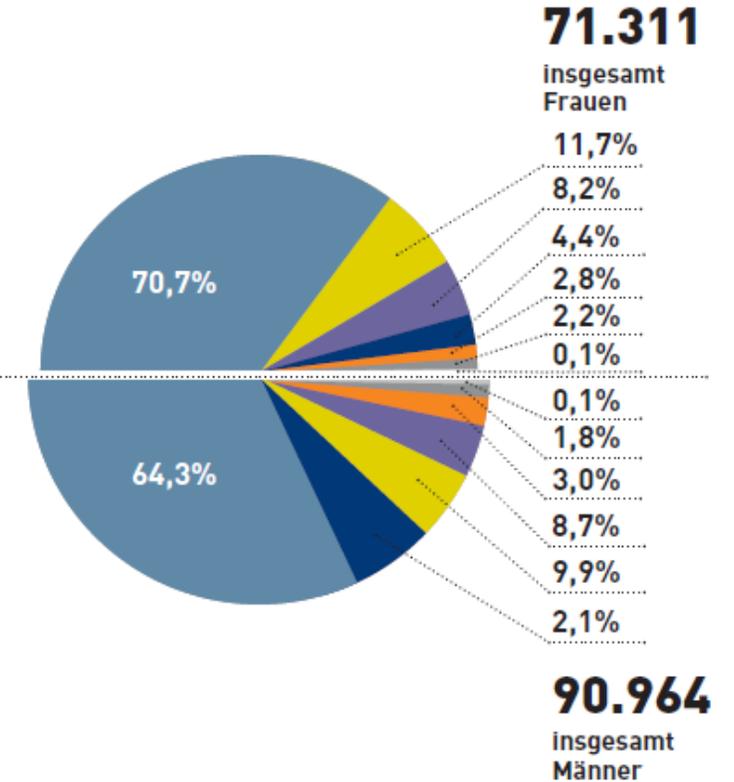
Zahl der abgeschlossenen Leistungen



- Krankheiten von Skelett/Muskeln/Bindegewebe
- Psychische Erkrankungen
- Krebs-erkrankungen
- sonstige Erkrankung
- Krankheiten des Kreislaufsystems
- Krankheiten des Verdauungssystems/Stoffwechselerkrankungen
- Krankheiten des Nervensystems

Ambulante Rehabilitation

Zahl der abgeschlossenen Leistungen



Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation

- Teil des multidisziplinären Reha-Teams:
„Dem Rehabilitationsteam gehören idealerweise männliche und weibliche Therapeuten aus folgenden Bereichen an: Medizin, Psychologie, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Spezialtherapien, Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Sozialarbeit und Pflege.“ (DRV, 2009, S.26)
- Abbildung in den Qualitätsvorgaben (Beschreibung der Stellenschlüssel, Klassifikation sozialarbeiterischer Leistungen & Einbettung dieser in evidenzbasierte Therapiemodule „berufliche und soziale Integration“ & „Organisation der Nachsorge“)

Hintergrund

- (medizinische) Rehabilitation als Form der (deutschen) Gesundheitsversorgung
- **Forschungsstand zur Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation**
- Ziel(e) Forschungsprojekt SWIMMER

Forschungsstand

Praxisvariation

- Inanspruchnahme sozialarbeiterischer Leistungen variiert...
 - ... zwischen den Indikationsbereich stark,
 - ... zwischen Reha-Einrichtungen teilweise maximal
- der Stellenschlüssel variiert ebenfalls stark
- P. in der Inanspruchnahme ist anhand von Merkmalen der Rehabilitand*innen nicht erklärbar

Wirksamkeit/Erfolg

- Begrenzter Nachweis der Wirksamkeit sozialarbeiterische Leistungen
- Hinweise auf negative Effekte
- nicht ausreichend explizierte theoretische Fundierung der untersuchten Interventionen

Hintergrund

- (medizinische) Rehabilitation als Form der (deutschen) Gesundheitsversorgung
- Forschungsstand zur Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation
- **Ziel(e) Forschungsprojekt SWIMMER**

Projektstruktur SWIMMER



- Akronym: Sozialarbeiterische Wirkmechanismen in der medizinischen Rehabilitation (SWIMMER)
- Förderer: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (GfR, DRV Rheinland & Westfalen)
- Laufzeit: 2(,25) Jahre (04/2020-03/2022; verlängert bis 06/2022)
- Projektleitung: Prof. Dr. Thorsten Meyer
- Projektberatung: Prof Dr. Stephan Dettmers
- Mitarbeiter*innen: Nadja Scheiblich, Tobias Knoop, Andrea Wißemann
- Kooperationspartnerin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
- Begleitung durch einen Projektbeirat

SWIMMER

Forschungsfragen:

A: Wie ist die Unterschiedlichkeit der Ausprägung der Praxis Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation zu erklären?

- Handlungsbegründungen
- Rollen im Team
- Selbstverständnis
- Ziele der Rehabilitand*innen und der Umgang mit Zielkonflikten
- Rahmenbedingungen

B: Welcher Komponenten und Zusammenhänge bedarf eine Programmtheorie Sozialer Arbeit in der Rehabilitation?

Methode



SWIMMER-Projekt

Methodisches Vorgehen des qualitativen Forschungsprojekts (1/2):

- Zehn Reha-Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen, D, in zwei Erhebungsphasen
 1. Phase maximum-variation Sampling: Indikation, Setting, Angebote
 2. Phase theoretisches Sampling: Leitung im Sozialdienst, ambulant & Großstadt, kleines Team, Möglichkeit des Re-Kontaktes

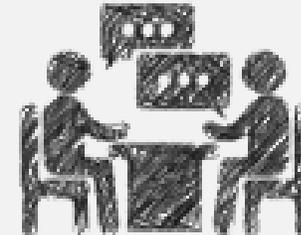
Erhebungsformen:



Leitfadengestützte
Expert*innen-
interviews
Sozialdienst & Leitung



Protokolle teilnehmender
Beobachtung des
Arbeitsalltags



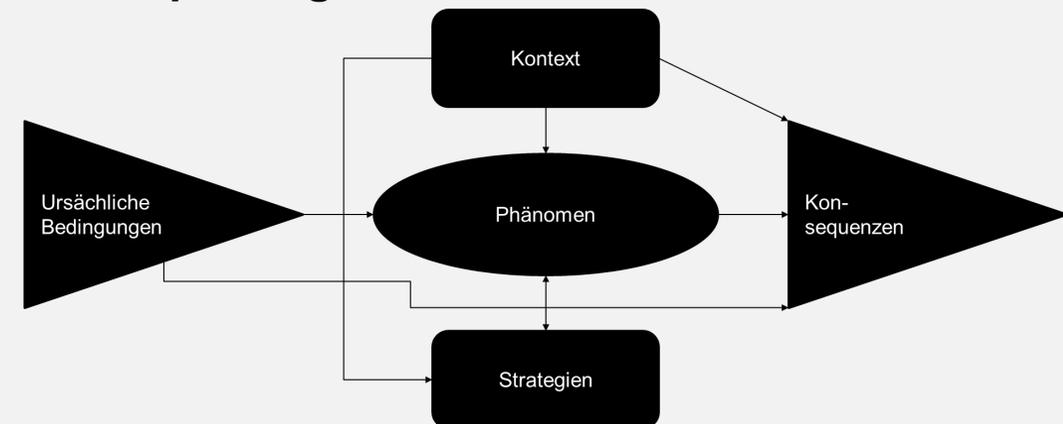
Aufzeichnung von
Beratungs-
gesprächen

SWIMMER-Projekt

Methodisches Vorgehen des qualitativen Forschungsprojekts (2/2):

- Datenauswertung orientiert an der Grounded Theory:
 1. Identifikation relevanter Phänomene der Arbeit der Sozialdienste
 2. Entwicklung von Kategorien durch ständiges Vergleichen
 3. Überprüfung und Weiterentwicklung der Kategorien
 - (4. Entwicklung einer Kernkategorie)

Kodierparadigma



Ergebnisse





Ergebnisse

Erhebungsmethode/ Charakteristika	n=	[Ø-Dauer]
Interviewtranskripte		
Sozialdienst	29	81,3 min
weiblich	25	
Ø-Berufserfahrung		8,4 Jahre [SD: 8,0]
Leitungspersonen	13	42,9 min
ärztlich	11	
kaufmännisch	3	
Beratungsgespräche	20	30,5 min
Beobachtungsprotokolle	43	Beobachtete Situationen: - Einzelgespräche - Sprechstunden - Gruppentermine - Dienstbesprechungen

Merkmal der Reha-Einrichtung	k=
Indikationsschwerpunkt	
Orthopädie/Kardiologie	7
Psychosomatik	4
Onkologie	3
Neurologie	4
Rehabilitationsform	
stationär	8
ambulant	3
Träger der Einrichtung	
Sozialversicherung	2
Privater/kommunaler Träger	8

Interdisziplinäre Präsenz

-Werkstattbericht-



Kontext

- Ambulante Reha-Einrichtung mit der Schwerpunktindikation Psychosomatik
- Obligatorische TN der SD an den tgl. Besprechungen
- Moderierte Struktur des Teams
- Wertschätzung im Team
- Aufgaben/Funktionen bekannt
- Teilnahme des SD an Teamsitzungen zur SMB

Ursächliche Bedingungen

- Tägliche Sub-Teams
- Teamzugehörigkeit Frau D.
- R5 wird von P5 thematisiert
- Bedarfsorientierter Zugang unter Beteiligung der Sozialen Arbeit

Kon- sequenzen

- Informationsweitergabe und –sammlung
- berufliche Bildungsmaßnahme für R5

Ausfüllen der Rolle als Sozialrechtsexpertin

Strategien

- wechselseitiger Austausch (Nachfrage (Frau D. an P5))
- Information weitergegeben (für das Reha-Team)
- Rückgriff auf vergangene Erfahrungen (Frau D.)



Fallbeispiel E2

Kontext

- Ambivalente Vorstellung über die Funktion des SD
- Starke personelle Fluktuation
- „Quere“ organisationale Präsenz des SD
- (Fehlende) Wertschätzung des SD im Team

Ursächliche Bedingungen

- Primär bedarfsbasierter Zugang
- organisationale & personelle Präsenz: Obligatorische TN der SD an Besprechungen, (feste) Teamzugehörigkeit
- kulturelle Präsenz: Abhängigkeit von der Medizin
- Kompetenzen des SD: Durchsetzungsfähigkeit
- fehlende Motivation durch fehlende Wertschätzung

Kon- sequenzen

- Theoretische Ableitung:
- Fehlende Information (für das Reha-Team → für den Rehabilitanden)
- Fehlende Wertschätzung der SD MA

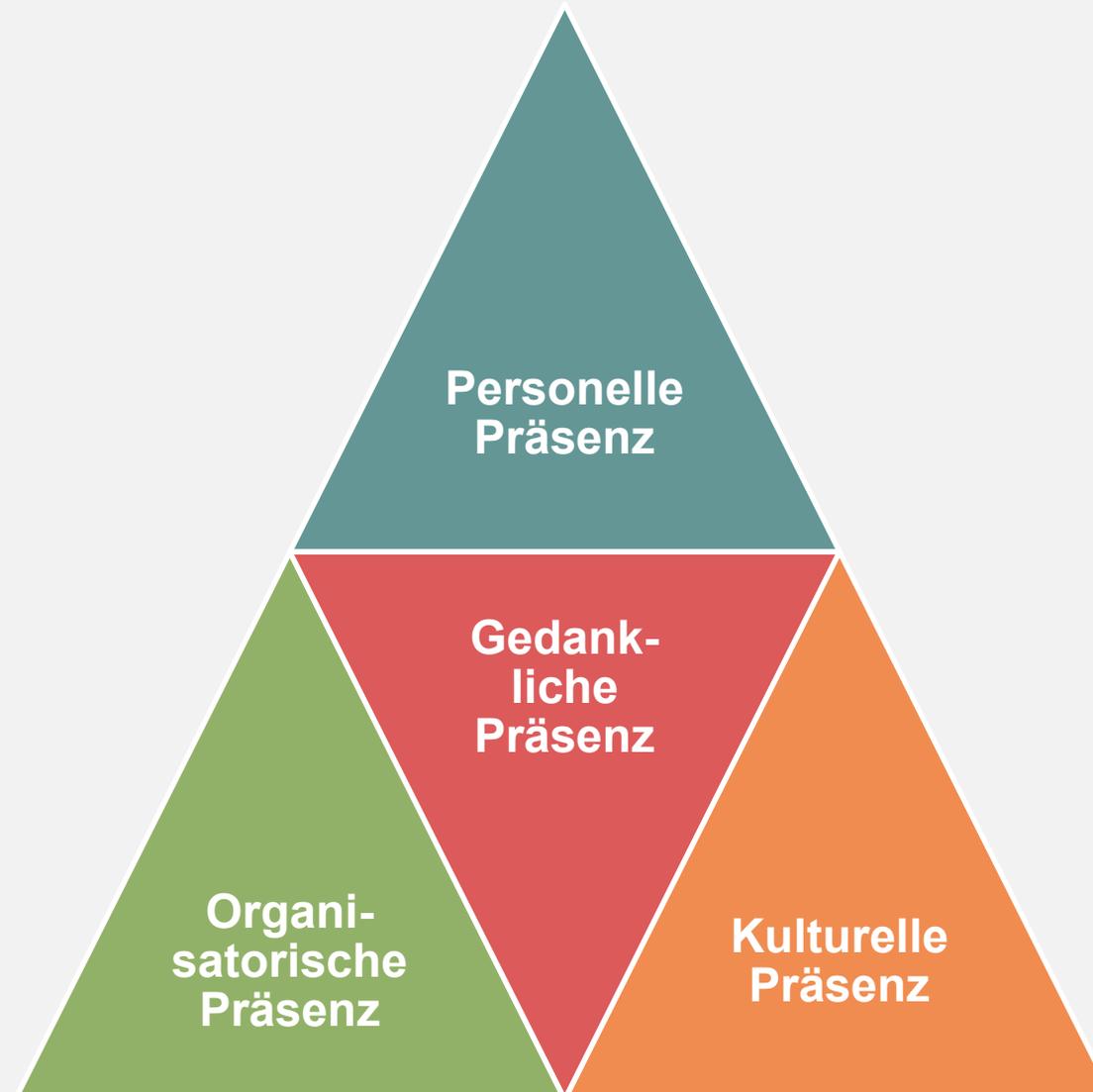
Ausfüllen der Rolle als Sozialrechtsexpertin

Strategien

- **Intraprofessioneller Austausch** (A1, OA)
- Frage in den Raum stellen (A1)
- Antwort(versuch) (Frau B.)
- Dominanzverhalten (OA)

Fallbeispiel E3

Präsenz der Sozialdienste



Wirkfaktor Präsenz

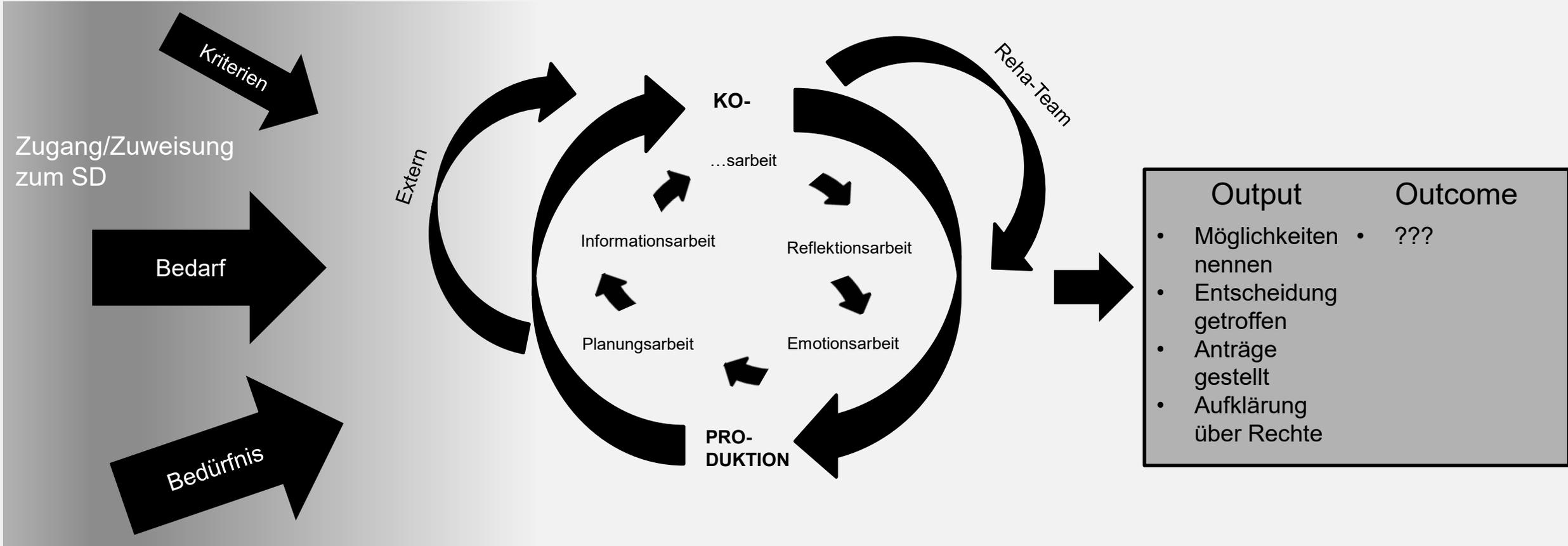
Makro-
Bedingungen

- Rechtliche Rahmenbedingungen

- QS Vorgaben

Einrichtungs-
Bedingungen

- Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Einrichtung



Rehabili-
tand*innen

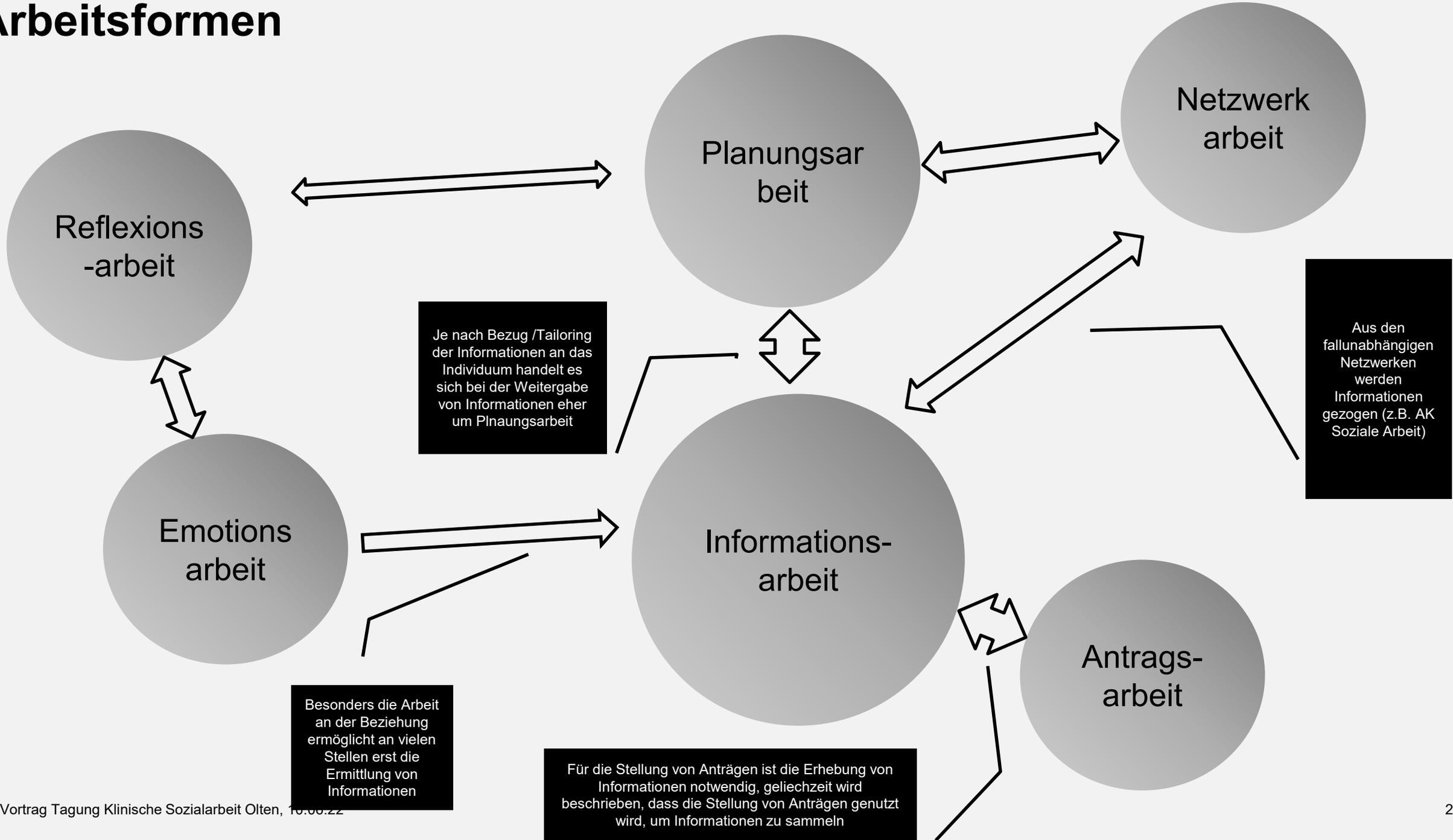
- (Informations-)
bedürfnisse
- Erwartungen

- Wissen/Fähig-
keiten
- Alltag

Professionelle
Bedingungen

- Präsenz des Sozialdienstes im Reha-Team

Arbeitsformen



Einordnung in den wissenschaftlichen Hintergrund

- Vgl. Ergebnisse der MeeR-Studie (Merkmale einer erfolgreichen Rehabilitation), ergänzt um eine konkrete Perspektive aus dem Reha-Team
- Vgl. Herausforderung interprofessionelle Zusammenarbeit für den SD im Krankenhaus
- Vgl. Praxisempfehlungen Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation

Empfehlungen an die Praxis

- Ausbildung eines Selbstverständnisses
- Information über Aufgaben und Tätigkeiten
- Regelung/Standardisierung
 - Interne Fortbildung
- Ausreichende Information des Sozialdienstes, insbesondere frühzeitige Information über den Verlauf
 - Obligatorische Teilnahme an Teambesprechungen

Forschungsdesiderata

- Perspektive der Rehabilitand*innen → z.B: Capability Approach
- Förderung Zusammenarbeit Sozialmedizin und Soziale Arbeit
- Interprofessionelle Zusammenarbeit in anderen klinischen Settings (z.B. frühe Hilfen)
- Operationalisierung der Kategorien

Corbin, Juliet M.; Strauss, Anselm (1990): Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. In: *Qual Sociol* 13 (1), S. 3–21.

DRV Bund (Hg.) (2007): Rahmenkonzept Medizinische Rehabilitation. Berlin: Eigenverlag.

DRV Bund (Hg.) (2021): Reha-Bericht 2021. Berlin: Eigenverlag.

Hanses, Andreas (2011): Sozialdienste in Krankenhäusern – zwischen sozialpädagogischer Orientierung und institutionellen Rahmungen. In: Roland Becker-Lenz (Hg.): Professionelles Handeln in der sozialen Arbeit. Materialanalysen und kritische Kommentare. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 64–80.

Kleineke, V.; Stamer, M.; Zeisberger, M.; Brandes, I.; Meyer, T. (2015): Interdisziplinäre Zusammenarbeit als ein Merkmal erfolgreicher Rehabilitationseinrichtungen - Ergebnisse aus dem MeeR-Projekt. In: *Die Rehabilitation* 54 (4), S. 266–272.

Knoop, Tobias; Dettmers, Stephan; Meyer, Thorsten (2019): Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung. In: *Die Rehabilitation* 58 (2), S. 89–95.

Lukasczik, Matthias; Zerban, Nina Luisa; Wolf, Hans-Dieter; Ehrmann, Katja; Neuderth, Silke; Köhler, Michelle et al. (2019): Ausgestaltung Sozialer Arbeit in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen: Eine Bestandserhebung als Baustein der Entwicklung von Praxisempfehlungen für die Erbringung sozialer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation* 32 (2), S. 113–123,

Meyer, Thorsten; Gutenbrunner, Christoph; Bickenbach, Jerome; Cieza, Alarcos; Melvin, John; Stucki, Gerold (2011): Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. In: *Journal of rehabilitation medicine* 43 (9), S. 765–769.

Patton, M. Q. (2002): Qualitative research & evaluation methods. 3. ed. Thousand Oaks, Calif.: SAGE.

Strauss, Anselm; Fagerhaugh, Shizuko; Suczek, Barbara; Wiener, Carolyn (1985): Social organization of medical work. Chicago, IL, US: University of Chicago Press (Social organization of medical work).

Stucki, Gerold; Bickenbach, Jerome; Gutenbrunner, Christoph; Melvin, John (2018): Rehabilitation: The health strategy of the 21st century. In: *Journal of rehabilitation medicine* 50 (4), S. 309–316.

Stucki, Gerold; Cieza, Alarcos; Melvin, John (2007): The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. In: *Journal of rehabilitation medicine* 39 (4), S. 279–285.