

Forum D

Entwicklungen und Reformvorschläge
– Diskussionsbeitrag Nr. 29/2013 –

31.10.2013

Stellenwert und Potential der Sozialarbeit in der medizinischen Rehabilitation

von Karl-Heinz Köpke, Hamburg

I. Vorbemerkungen

In der Rehabilitation kommt dem Unterstützungsbedarf eines Patienten bzw. Rehabilitanden bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eine zentrale Rolle zu. Ohne ihn gäbe es keine Rehabilitation. Dies ist die Grundlage allen rehabilitativen Handelns.

Um diesen Bedarf umfassend zu erkennen, kann auf eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geschaffene Ordnung zurückgegriffen werden. Sie wurde im Laufe mehrerer Jahre zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health) – ICF fortentwickelt. Die ICF klassifiziert diese Befähigung eines Menschen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach der Gesamtheit seiner bio-psycho-sozialen Faktoren.

Eine solche personenzentrierte Sichtweise ist auch die Grundlage aller Rehabilitation im Rahmen des SGB IX. Sie ist zugleich der Ausgangspunkt für Sozialarbeit und nimmt neben anderen Professionen in diesem Zu-

sammenhang einen bedeutenden Stellenwert ein.¹

II. Begriff und Inhalt von Sozialarbeit

Nach einer Definition der Bundesagentur für Arbeit² befassen sich Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen mit der Prävention, Bewältigung und Lösung sozialer Probleme. Sie beraten und betreuen insbesondere einzelne Personen oder bestimmte Personengruppen in schwierigen Situationen. Diese breit gefasste Beschreibung aus berufskundlicher Sicht der Arbeitsverwaltung haben die Reha-Träger des SGB IX – mit Ausnahme der öffentlichen Jugendhilfe und der Träger der Sozialhilfe – für ihren Anwendungsbereich präzisiert und dazu eine – nach § 13 Abs. 2 Ziff. 10 SGB IX vorgeschriebene – *Gemeinsame Empfehlung über*

¹ Dieser Beitrag beruht auf einem Statement, das im Rehabilitationswissenschaftlichen Arbeitskreis des Instituts für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck am 25. August 2011 gehalten wurde.

² Im Internet unter <http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/start?dest=profession&prof-id=58775>.

die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen³ vereinbart. Sozialarbeit wird demgemäß nach umfassend ganzheitlichem Ansatz beratend tätig und verfolgt das Ziel, durch Informationen, gezielte Intervention und Unterstützung dem betroffenen Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Dies geschieht mittels Sozialdiensten. Darin arbeiten nach § 1 Abs. 2 S. 1 der Gemeinsamen Empfehlung (GE) qualifizierte, fachlich ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die fundierte Kenntnisse und einschlägige Erfahrungen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe, des Sozialrechts sowie Beratungskompetenz haben. Sozialdienste verfügen nach der GE über eine Organisationsstruktur und ein definiertes Aufgabenspektrum (§ 1 Abs. 2 S. 2 GE). Sie haben zur Erfüllung ihrer Aufgabe einen umfassenden Koordinationsauftrag (§ 4 GE). Für die Reha-Träger ist die Arbeit der Sozialdienste ein wichtiges Element zur Umsetzung des Rechts behinderter Menschen auf umfassende Teilhabe (§ 5 GE). Eine Beschreibung sozialer Arbeit in der Rehabilitation hat auch die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) in ihrem Grundsatzpapier vom 27. Mai 2008⁴ vorgenommen. Darin wird vorrangig auf die medizinische Rehabilitation eingegangen und soziale Arbeit als fester Bestandteil des medizinischen Reha-Teams bezeichnet. Das Handeln von Sozialarbeit geht indes über den engen medizinischen Bereich deutlich hinaus und erfasst die gesamte Lebenssituation und alle Möglichkeiten medizinischer, sozialer und beruflicher

Rehabilitation und Teilhabe⁵. Dazu zählen etwa auch die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBO), das Versorgungsmanagement gemäß § 11 Abs. 4 SGB V, das Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1 SGB V und das Nachsorgemanagement⁶. Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation zielt darauf ab, im Zusammenwirken mit dem Reha-Team die individuelle Lebens- und Krankheitssituation des Patienten umfassend zu berücksichtigen. Dadurch sollen die reibungslose und passgenaue Anschlussversorgung sichergestellt und somit die Voraussetzungen für eine dauerhafte berufliche und (soziale) Wiedereingliederung geschaffen werden.

Bei dieser Betrachtung darf nicht übersehen werden, dass der Anwendungsbereich von sozialer Arbeit nahezu grenzenlos ist. Sie wirkt stets dort, wo der selbstbestimmten Teilhabe eines Menschen am Leben in der Gesellschaft (§ 1 SGB IX) im Gefüge des Miteinanders in Familie, Schule, Kultur und Beruf Hemmnisse erwachsen. Diese haben vielfach medizinisch-gesundheitliche und arbeitsweltliche Ursachen. Hier kann soziale Arbeit rehabilitatives Handeln zur Verhütung bzw. Milderung oder gar Beseitigung der Folgen einer Behinderung abrunden. Nachfolgend wird vor allem dieser Kontext näher dargelegt.

³ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Frankfurt am Main. 2005. S. 77, ebenso aufrufbar in der Infothek unter der Rubrik „Aus der Verwaltung – Selbstverwaltung – BAR“ unter www.reha-recht.de.

⁴ Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Positionspapier vom 27. Mai 2008.

⁵ Zur Bedeutung der Sozialen Arbeit im Rehabilitations- und Teilhaberecht siehe auch Heinz, Der Behinderungsbegriff des SGB IX und die neue Aufgabenstellung für Soziale Arbeit, Forum D, Beitrag D7-2011; sowie Anton, Die Rückkehr an den Arbeitsplatz optimal vorbereiten und begleiten durch Soziale Arbeit in der medizinischen berufsorientierten Rehabilitation, Forum D, Beitrag D4-2013, jeweils unter www.reha-recht.de.

⁶ Zum Zusammenspiel dieser Leistungen bzw. Instrumente wird auf Abschnitt V verwiesen.

III. Akteure in der Sozialarbeit

Die in der Sozialarbeit tätigen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen üben ihre Tätigkeit vorwiegend in (eigenen oder belegten Reha-) Einrichtungen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung aus. Sie handeln in hohem Maße teamorientiert, sind also auf Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen und Professionen angewiesen und auch angelegt. In dem erwähnten Papier der DVSG⁷ wird soziale Arbeit als fester Bestandteil des medizinischen Reha-Teams aus Arzt, Pflege, Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalischer Therapie, Logopädie, Psychologie und Ernährungsberatung bezeichnet. Im praktischen Vollzug ergeben sich Modifizierungen, wie dies auch in einer Untersuchung von Jürgen Höder zu einer neuen Aufgaben- und Rollenverteilung⁸ deutlich wird.

Die personale Einbettung der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen in den Reha-Prozess verdeutlicht auch ein Grundlagenpapier der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund. Dieses Papier zur Strukturqualität von Reha-Einrichtungen⁹ enthält Orientierungsstellenpläne zu Anforderungen der Rentenversicherung. Darin werden indikationsspezifisch die für die Leistungserbringung erforderlichen Berufsgruppen aufgeführt.

⁷ Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Positionspapier vom 27. Mai 2008.

⁸ Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften Band 83, S. 308; vffrnews 01/2011, Nr. 8, Juni 2011. S. 5; DIE REHABILITATION 2010; 49: 127.

⁹ Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (Hrsg.): Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Berlin. 1. Auflage, Juli 2007.

IV. Zum Stellenwert und Potential von Sozialarbeit

Sozialarbeit nimmt im breiten Spektrum der Reha-Wissenschaften nur eine Randposition ein. In den Forschungsaktivitäten der Rentenversicherung wird sie – so scheint es – als spezieller Gegenstand kaum behandelt. Als „Brückengedanke“ zur Identifizierung dahingehender Aktivitäten mag bei allen Schwierigkeiten am ehesten die Zuordnung von Sozialarbeit zu den Stichworten Patient und Patientensicht dienen.

Bei näherem Suchen trifft man auf Arbeiten, die sich intensiv mit dem Reha-Prozess aus Patientensicht befassen¹⁰ sowie auf Arbeiten, in denen die Patientenorientierung mittels Sozialarbeit in Kooperation mit Gemeinsamen Servicestellen nach §§ 22, 23 SGB IX und der regionalen DVSG eine Rolle spielt, so 2008 bei der DRV Bund gemeinsam mit der DRV Brandenburg.¹¹

¹⁰ Insbesondere in der Zeitschrift DIE REHABILITATION, so u. a. Grande, G.; Romppel, M: Die Wahrheit liegt im Auge des Betrachters? Qualität in der Rehabilitation aus Sicht der Patientinnen und Patienten. In: DIE REHABILITATION 2010; 49: 376 ff.; Heyduck, K.; Glattacker, M., Meffert, C.: Rehabilitation aus Patientensicht – Eine qualitative Analyse der subjektiven Behandlungskonzepte von Patienten in der stationären orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation. In: DIE REHABILITATION 2011; 50: 232; Pohontsch, N.; Raspe, H.; Welti, F.; Meyer, T.: Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts des § 9 SGB IX für die medizinische Rehabilitation aus der Sicht der Rehabilitanden. In: DIE REHABILITATION 2011; 50: 244.

¹¹ Scheer, M.: Fortentwicklung der Arbeit in den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. In: RVaktuell 2011, S. 83 ff.

1. Patientensicht und Selbstverständnis

Der ganzheitliche, umfassende Blick stellt ein ganz spezifisches Kriterium von Sozialarbeit dar. Abweichend von manch anderen Professionen ist Sozialarbeit in besonderer Weise gehalten, den Rehabilitanden mit einem ICF-geschärften Auge zu betrachten. Der ganzheitlich-umfassende Blick der Sozialarbeit auf den Patienten wird zum zentralen Ausgangspunkt sogenannter „*funktionaler Gesundheit*“. Es geht um die Befähigung des Menschen zur Teilhabe an allen gesellschaftlichen Entwicklungen, um ihm ein bestmögliches Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen. Es geht um weitere Fortentwicklung eines rein somatisch orientierten Gesundheitsbegriffes zu einem Gesundheitsverständnis, das sich an der uneingeschränkten Teilhabe behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben orientiert. Wie weit und lang ein solcher Weg bei einem einzelnen Reha-Patienten sein kann, welche Fülle von Faktoren auf den drei Feldern Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und Teilhabe und Umwelt beachtenswert sein können, ist in dem von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) herausgegebenen *ICF-Leitfaden in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen* anschaulich dargestellt.¹² Ob ein Denken und Handeln im Sinne „*funktionaler Gesundheit*“ inzwischen in der Praxis stets als selbstverständlich angesehen wird, erscheint jedoch fraglich.

ICF-gespeistes, interdisziplinäres, ganzheitliches Denken und Handeln bildet die Grund-

lage der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Damit besteht bei ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Basis, die gesamte biopsychosoziale Lage eines Reha-Teilnehmers zum Ausgangspunkt zu machen und den Rehabilitanden in allen seinen Kontextfaktoren – sowohl medizinischen als auch sozialen und beruflichen – zu sehen. Das gesundheitliche Problem muss in seiner Wechselwirkung mit umwelt- und personenbezogenen Faktoren betrachtet werden, in denen sich die selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Sinne des § 1 SGB IX manifestieren könnte, und nicht nur in einzelnen Elementen bestimmter beruflicher Professionen. Mitarbeiter in der Sozialarbeit erscheinen bei funktionierender Team-Arbeit besonders geeignet für einen ganzheitlichen Blick auf den Patienten. Sie verfügen aufgrund ihrer interdisziplinären Perspektive und Arbeitsweise über die Befähigung, die Bedarfslage eines Versicherten genauer in den Blick zu nehmen. Wenn sie als integrativer Teil des Reha-Teams wirken, sind sie derart in den Prozess eingebunden, dass sie – ausgehend vom Gesundheitsproblem eines Versicherten – auf die ganz unterschiedlichen Auswirkungen bei biografischen und sozialen Bezügen individuell reagieren können.

Wenn Patientensicht und ein solches Selbstverständnis sich alltäglich in Übereinstimmung befänden, hätte Sozialarbeit ein großes Potential, um Reha-Maßnahmen zu noch mehr Wirksamkeit zu führen.

¹² Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.): ICF-Praxisleitfaden 2, Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Frankfurt am Main, 2008, ebenso nachzulesen in der Infothek unter der Rubrik „Aus der Verwaltung – Selbstverwaltung – BAR“ unter www.reha-recht.de.

2. Zur Rolle von Sozialarbeit im Reha-Team

Sozialarbeit sieht sich selbst ausdrücklich als festen Bestandteil des medizinischen Reha-Teams, was sicher ihrem Selbstverständnis entspringt. Dass sich eine derartige Arbeitsweise angesichts zunehmender Kompetenzdifferenzierung zwischen den Professionen¹³ und komplexer werdender Lebenszusammenhänge mehr und mehr als unabwendbare Notwendigkeit herausbildet, unterstreicht diese Betrachtung. Dies entspricht auch den Erwartungen der Rehabilitanden, die unter anderem in einer Studie des Universitätsklinikums Freiburg, *„vor allem die zentrale Relevanz des Rehabilitationsteams [...] betont haben.“*¹⁴

Reha-Forschung sollte die Strukturen des Geschehens um Sozialarbeit, insbesondere auch unter dem Aspekt Reha-Team, stärker untersuchen. Dies scheint geboten, um der Patientenorientierung im Sinne des SGB IX mehr zum Durchbruch zu verhelfen. Dabei könnten und sollten zugleich berufs- bzw. arbeitsplatzbezogene Ansätze erkundet werden. Derartige Aspekte spielen in der gesetzlichen Rentenversicherung zunehmend eine Rolle.¹⁵ Die Stichworte Nachsorge, Rückkehr an den Arbeitsplatz mittels eines betrieblichen Eingliederungsmanagements

(BEM) oder einer stufenweisen Wiedereingliederung unterstreichen dies.¹⁶

V. Perspektiven

Die beiden zentralen Handlungs- und Diskussionsfelder zum Thema Stellenwert und Potential der Sozialarbeit sind zum einen die Gestaltung des gesamten Reha-Prozesses unter der Sichtweise funktionaler Gesundheit der ICF und zum anderen die zwingende Notwendigkeit einer teamorientierten Gestaltung dieses Prozesses.

Eine verstärkte Orientierung auf gesundheitsfördernde Maßnahmen als Ganzes mit „Glättung“ der Nahtstellen zwischen den verschiedenen – medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen – Versorgungsbereichen könnte bei dieser Zielorientierung einen wesentlichen Beitrag leisten. Denn es gibt Handlungsbedarf. Das 2007 geschaffene Versorgungsmanagement des § 11 Abs. 4 SGB V wurde bislang *„nicht in dem gewünschten Umfang umgesetzt und genutzt“*¹⁷. Hier könnte Sozialarbeit mit darauf hinwirken, *„dass Patienten ein reibungsloser Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege ermöglicht wird“*¹⁸. Ein solches Handeln fände eine Flankierung durch den Gesetzgeber. Denn der sah sich veranlasst, ab Januar 2012 den *„Anspruch [auf ein Versorgungsmanagement] nunmehr auf das Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt zu konzentrieren“*¹⁹ (§ 39 SGB V).

Der gesamte gesundheitsfördernde Prozess könnte von dort her durch einen nahtlosen Übergang in allen Phasen gefördert werden. Wenn zum Beispiel Reha-Maßnahmen ganzheitlich gedacht und vom angestrebten

¹³ Mau, W.: Vernetzung als Forschungsgegenstand und Qualitätsmerkmal der Rehabilitation. In: DIE REHABILITATION 2010; 49: 368.

¹⁴ Heyduck, K.; Glattacker, M.; Meffert, C.: Rehabilitation aus Patientensicht – Eine qualitative Analyse der subjektiven Behandlungskonzepte von Patienten in der stationären und psychosomatischen Rehabilitation. In: DIE REHABILITATION 2011; 50: 232 ff., bes. 240.

¹⁵ Rische, H.: Die Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos – Handlungsbedarf und Reformoptionen. In: RVaktuell 2010, Heft 1, S. 2.

¹⁶ Köpke, K-H.: Wirksamere Rehabilitation durch systematische Nachsorge. In: Soziale Sicherheit 2004, S. 233 ff.

¹⁷ BT-Drs 17/6909 vom 06.09.2011, Seite 55.

¹⁸ BR-Drs 755/06 vom 03.11.2006, Seite 271.

¹⁹ BT-Drs. 17/6909 ebd.

Ergebnis her gestaltet werden, kann das Entlassmanagement einen wichtigen Beitrag zu einer gelungenen Rehabilitation leisten.²⁰ Dessen Intention gilt – ausgehend vom GKV-Recht²¹ – schließlich dem gesamten Gesundheitsförderungsprozess. Hier öffnen sich für Forschung und Praxis der Sozialarbeit interessante Perspektiven.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

²⁰ Zur Bedeutung eines interdisziplinären Entlassungsmanagement gerade auch unter Einbeziehung der Sozialen Arbeit siehe auch das von der DVSG veröffentlichte Positionspapier „Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken“, Oktober 2013, nachzulesen in der Infothek unter der Rubrik Aus Verbänden/ Organisationen/ Institutionen bei Stellungnahmen/ Stellungnahmen zu verschiedenen Themen unter www.reha-recht.de.

²¹ GKV steht für Gesetzliche Krankenversicherung.