

Ausgestaltung Sozialer Arbeit in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen: Eine Bestandserhebung als Baustein der Entwicklung von Praxisempfehlungen für die Erbringung sozialer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation

Matthias Lukasczik¹, Nina Luisa Zerban¹, Hans-Dieter Wolf¹, Katja Ehrmann¹,
Silke Neuderth², Michelle Köhler^{1,2}, Elisabeth Röckelein³ & Heiner Vogel¹

¹ Universität Würzburg, Arbeitsbereich Medizinische Psychologie und Psychotherapie im Zentrum für Psychische Gesundheit (ZEP)

² Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt, Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften

³ Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe Personalvertretung (AGPV), Berlin

Der einfacheren Lesbarkeit halber wird in diesem Dokument bei Personen- bzw. Berufsbezeichnungen stellvertretend immer die männliche grammatikalische Form verwendet. Gemeint sind immer alle Geschlechter.

Zusammenfassung

Leistungen des Sozialdienstes sind ein wesentlicher Bestandteil des Behandlungsspektrums in der medizinischen Rehabilitation. Es besteht jedoch ein Bedarf an einheitlichen Versorgungsstandards guter klinischer Praxis für das Tätigkeitsfeld der Sozialdienste. Im Rahmen eines Forschungsprojekts werden aktuell evidenzbasierte Praxisempfehlungen für diesen Bereich entwickelt. Die Befragung von Sozialdiensten in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen (somatische und psychosomatische Ausrichtung; stationär und ambulant) zu ihrem aktuellen Vorgehen stellt hierbei eine wichtige Grundlage dar. In einer Online-Erhebung wurden Sozialdienste aller rentenversicherungseigenen bzw. federführend belegten Rehabilitationseinrichtungen (n=1.230) zu den Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit, zu durchgeführten Maßnahmen und Leistungen sowie zu Wünschen und Erwartungen an die Praxisempfehlungen befragt (Rücklauf $n_{\max} = 381$). Der Zugang zum Sozialdienst erfolgt häufig über die Zuweisung durch Ärzte oder interprofessionelle Teamsitzungen. Als Instrumente im Rahmen Sozialer Diagnostik werden v.a. Anamnesebögen, Checklisten und (selbstentwickelte) Fragebögen genannt. Bei den erbrachten Leistungen und relevanten Inhalten werden häufig berufsbezogene Themen und die allgemeine Sozialberatung angegeben. Insbesondere die Arbeit an psychosozialen und berufsbezogenen Problemlagen wird häufig in Gruppen umgesetzt. Eine externe Evaluation von Maßnahmen erfolgt selten. Die Mehrheit der Sozialdienste gibt an, dass bei Rehabilitanden mit bestimmten Problemlagen ein fachspezifischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bzw. eine Stellungnahme am Reha-Ende erstellt wird. Wünsche und Bedarfe bezüglich der Praxisempfehlungen werden unter anderem im Hinblick auf die Durchführung spezifischer Maßnahmen, die Erfassung bestimmter Bedarfslagen sowie Diagnostik und Assessments genannt. Die Ergebnisse der Erhebung fließen gemeinsam mit anderen Projektbausteinen (u.a. Literaturrecherche, Expertenworkshop) in die Erstellung einer Konsultationsfassung der Praxisempfehlungen ein, die die Einrichtungen in einer zweiten Online-Erhebung kommentieren und evaluieren können.

Schlüsselwörter

Medizinische Rehabilitation, Sozialdienst, Soziale Arbeit, Online-Befragung

How are social services implemented in medical rehabilitation? Results of an online survey among rehabilitation clinics as one step in the development of practice recommendations for social work in medical rehabilitation

Abstract

Services offered by social work are an integral part of medical rehabilitation. However, there is a need for consistent standards of good clinical care practice in the line of social service activities. Therefore, evidence-based practice recommendations are being developed. One step of this procedure involves a survey among social services in medical rehabilitation facilities (somatic indications and psychosomatics; inpatient and outpatient care) regarding current clinical practice. The facilities were surveyed online regarding information on work processes and conditions, services provided and expectations related to the practice recommendations ($n_{\max} = 381$). Interprofessional team conferences and allocations by medical doctors are major access paths of patients to social services. History forms, checklists and (self-developed) questionnaires are instruments used within social diagnostics. A relative majority of social services indicates to provide contributions to the discharge report at the end of the rehabilitation in certain cases. Occupational topics and general social counseling are a central part of services. Services in the field of psychosocial issues and occupation are predominantly offered in group settings. External evaluation of measures is comparatively rare. Needs and expectations related to the practice recommendations concern, amongst others, the execution of specific measures, the assessment of specific patient needs/problems and diagnostics/assessments. The results of the survey will be combined with results from other components of the project (literature review, workshop with field experts). A consultation version of the practice recommendations developed on this basis shall be made available for comments and evaluation by rehabilitation facilities in a second online survey.

Keywords

Medical rehabilitation, social services, social work, online survey

1 Hintergrund

Leistungen des Sozialdienstes sind seit langem ein bedeutsamer Teil des Behandlungsspektrums in der medizinischen Rehabilitation. Gleichwohl lassen sich in der praktischen Umsetzung sozialdienstlicher Behandlungsansätze erhebliche Variationen verzeichnen. Einerseits werden die Einzelleistungen des Sozialdienstes zu Dokumentationszwecken in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) aufgeführt (DRV Bund, 2015a) und in der Abschlussdokumentation jeder rehabilitativen Behandlung erfasst. Auch gibt es Module in den Reha-Therapiestandards (RTS) der Deutschen Rentenversicherung (DRV), die direkt auf den Sozialdienst Bezug nehmen (DRV Bund, 2015b). Andererseits bleibt es weitgehend der Expertise einzelner Einrichtungen bzw. dort tätiger Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes überlassen, welche Leistungen in welcher Form (Gruppe oder Einzel) bei welchen Rehabilitanden und deren spezifischen Problemlagen erbracht werden. Vorliegende indikationsspezifische Leitlinien sind nicht ausreichend differenziert, um das individuelle Handeln leiten zu können, und auch die Reha-Therapiestandards geben für den Einzelfall keine ausreichende Handlungsanleitung. Hinzu kommt, dass die Aufgaben des Sozialdienstes in der medizinischen Rehabilitation

wachsen und sich verändern. Dies ergibt sich aus der stärkeren beruflichen Orientierung (im Sinne der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation [MBOR]; vgl. Anton, 2018; Bethge, 2017; Lukaszczik, Wolf, Gerlich, Küffner, Vogel & Neuderth, 2016). Speziell für diesen Bereich wurde durch die Deutsche Rentenversicherung ein Rehabilitationskonzept entwickelt und implementiert, in dem den Sozialdiensten ein besonders herausgehobener Stellenwert zukommt (DRV Bund, 2015c).

Des Weiteren stellt der Anspruch einer nachhaltigen medizinischen Rehabilitation über den Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung hinaus neue Anforderungen an Konzepte und Leistungen des Sozialdienstes. Interprofessionelle Teamarbeit (vgl. Schwarz, Neuderth, Gutenbrunner & Bethge, 2015) und Vernetzung innerhalb der Rehabilitationseinrichtung, mit dem Leistungsträger sowie zu nachgelagerten Akteuren gewinnen weiter an Bedeutung.

Die Etablierung von einheitlichen Versorgungsstandards für Sozialdienste in der medizinischen Rehabilitation wird zum aktuellen Zeitpunkt dadurch erschwert, dass zu wenig über die konkrete Ausgestaltung von sozialdienstlichen Interventionen in den verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen und deren Wirksamkeit bekannt ist (Knoop, Dettmers & Meyer, 2019). Den Erfahrungen aus

der täglichen Praxis („Praxisevidenz“) zu den Erfolgen von Interventionen durch Sozialdienste steht im Einzelfall die Frage gegenüber, in welchem Maß diese Leistungen in der medizinischen Rehabilitation evidenzbasiert sind, d.h. in wissenschaftlichen Studien bewertet bzw. auf ihre Effektivität hin geprüft wurden.

Insgesamt gibt es für die Sozialdienste in der medizinischen Rehabilitation einen Bedarf an Standards guter klinischer Praxis, welche insbesondere problemlagenspezifische Aspekte und auf das Rehabilitationsziel gerichtete Vorgehensweisen berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund wurde 2017 vonseiten der DRV Bund ein Projekt initiiert, welches die Entwicklung evidenzbasierter Praxisempfehlungen für die Erbringung sozialer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation zum Ziel hat (Laufzeit: 2017-2019). Die Praxisempfehlungen sollen anhand eines systematischen Verfahrens entwickelt und unter Einbezug von Experten aus der sozialdienstlichen Praxis konsentiert werden. Sie sollen die Transparenz hinsichtlich der Arbeit der Sozialdienste erhöhen, zu einer Systematisierung und Standardisierung im Vorgehen beitragen und auch dazu dienen, Rehabilitationseinrichtungen bei Allokationsentscheidungen zu unterstützen.

Zielgruppe der zu entwickelnden Praxisempfehlungen (nachfolgend PE) sind Mitarbeitende in Sozialdiensten von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen (stationär und ambulant). Die PE sollen vor allem Entscheidungsprozesse unterstützen und möglichst konkrete Handlungsempfehlungen zum Vorgehen in der rehabilitativen Praxis der Sozialdienste liefern.

2 Methode

Die PE werden auf der Grundlage der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz und unter Einbeziehung der Erfahrungen von Experten aus der klinischen Praxis entwickelt, d.h. im Rahmen eines Konsentierungsprozesses im Zusammenspiel von Wissenschaftlern und Klinikern. In diesen Prozess werden Vertreterinnen und Vertreter der Sozialdienste aus Rehabilitationskliniken und Fachgesellschaften, ärztliche Klinikleiterinnen und -leiter, weitere mit den Sozialdiensten zusammenarbeitende Professionen sowie Rehabilitanden einbezogen. Verschiedene Arbeitsschritte, darunter eine nationale und internationale Literaturrecherche, werden bei der Erstellung der PE umgesetzt.

In diesem Beitrag wird auf die schriftliche Einrichtungsbefragung von Sozialdiensten in von

der DRV (federführend) belegten medizinischen Rehabilitationseinrichtungen eingegangen. Diese Bestandsaufnahme gibt einen Überblick zu aktuell durch die Sozialdienste erbrachten Leistungen und Vorgehensweisen. Die Ergebnisse der weiteren Arbeitsschritte sowie die fertiggestellten PE werden nach Projektabschluss in einem gesonderten Beitrag vorgestellt werden.

Im Rahmen der Bestandsaufnahme wurden Sozialdienste in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen bzw. -abteilungen (DRV-eigene bzw. von der DRV federführend belegte) schriftlich zum aktuellen diagnostischen und therapeutischen Vorgehen sowie zu ihren Erwartungen an die Praxisempfehlungen befragt. Aktuell erbrachte Leistungen und Vorgehensweisen der Sozialdienste in der medizinischen Rehabilitation sollten dokumentiert werden. Des Weiteren sollten Angaben zu den Rahmenbedingungen der sozialdienstlichen Tätigkeit in den Einrichtungen erfasst werden.

Die Befragung wurde mithilfe eines Online-Fragebogens umgesetzt, der für die Bestandsaufnahme entwickelt wurde (Plattform: LimeSurvey). Über einen Link, der den Einrichtungen mit einem Schreiben der DRV Bund und der Bitte um Teilnahme an der Befragung zugesandt wurde, konnten die jeweiligen Sozialdienste auf den Fragebogen zugreifen. Angeschrieben wurden alle stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, die durch die DRV Bund (federführend) belegt werden (N=1.230 Abteilungen). Einbezogen wurden alle somatischen Indikationen sowie die Indikation Psychosomatik. Ausgenommen waren die Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen sowie die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation. Die Befragung war von April 2018 bis Juli 2018 freigeschaltet.

Nachfolgend ist aufgelistet, welche allgemeinen, auf die Rahmenbedingungen der Tätigkeit bezogenen Informationen mit dem Fragebogen erfasst wurden.

- Angaben zur Einrichtung (Setting, Indikationen/Behandlungsschwerpunkte, Zuständigkeit des Sozialdienstes bzgl. Indikationen)
- Stellenschlüssel und dessen Bewertung
- Zeiteile (in Prozent) für Einzelberatung, Gruppeninterventionen und weitere Tätigkeiten (z.B. Besprechungen, Dokumentation)
- Vorgehen bei der Zuweisung von Rehabilitanden zum Sozialdienst
- Verwendete Instrumente zur Sozialen Diagnostik
- Verfügbarkeit von Supervision bzw. Intervention in der Einrichtung

- Supervision bzw. Fort- und Weiterbildung durch den Sozialdienst für andere Berufsgruppen
- Regelmäßige Teilnahme an einrichtungs-internen Fortbildungen
- Interprofessionelle Einbindung
- Erstellung einer sozialarbeiterischen Stellungnahme für den Entlassungsbericht
- Erstellung eines fachspezifischen Beitrags zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- Vorliegen eines schriftlichen Konzepts für die Tätigkeit des Sozialdienstes in der Einrichtung
- Gewünschte Inhalte der Praxisempfehlungen

Der Fragebogen mitsamt den Antwortkategorien kann bei den Autoren angefordert werden.

Die folgende Übersicht zeigt, wie die vom Sozialdienst erbrachten Leistungen erfragt wurden. Es konnten maximal 15 verschiedene Leistungen eingetragen werden, für die jeweils die nachfolgend genannten Punkte erfasst wurden (exemplarische Antwortkategorien in Klammern):

- Name der Maßnahme
- Zielgruppe(n) (Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen; Personen mit Problemen der wirtschaftlichen Sicherung)
- Umsetzung (Einzelsetting; Kleingruppe)
- Anzahl Termine (ein Termin; mehr als fünf Termine)
- Regulärer zeitlicher Umfang (15 Minuten oder kürzer; 60 bis 120 Minuten)
- KTL-Verschlüsselung
- Manualisierung (DRV Curricula Soziale Arbeit (DRV Bund, 2018); in der Einrichtung selbst erstelltes Manual)
- Evaluation (intern; extern)

Bei den Fragen konnten jeweils zusätzlich freitextliche Anmerkungen und Ergänzungen notiert werden. Die in der Befragung erhaltenen Angaben wurden deskriptiv-statistisch sowie qualitativ ausgewertet. Die Einzelnennungen von Maßnahmen wurden unter inhaltlich-thematischen Gesichtspunkten zu übergeordneten Kategorien gruppiert. Die quantitativen Auswertungen der zugehörigen Items wurden dann auf Ebene dieser Kategorien vorgenommen.

3 Ergebnisse

Nachfolgend werden die wesentlichen Befragungsergebnisse aus den Rehabilitationseinrichtungen bzw. -abteilungen dargestellt.

Rücklauf. Die gültigen Nennungen variieren pro Item/Frage, die jeweils zugrundeliegende Stichprobengröße ist angegeben.

Rahmenbedingungen der Tätigkeit. In Tabelle 1 sind die Angaben zur Einrichtungsart, zu den Indikationen und Zuständigkeiten, zum Stellenschlüssel sowie zu den geschätzten Zeitanteilen für verschiedene Tätigkeiten des Sozialdienstes zusammengefasst.

Zugang und Diagnostik. Der Zugang von Rehabilitanden zum Sozialdienst erfolgt auf unterschiedliche Weise, wobei der Zugang über die Zuweisung durch den behandelnden (Stations-)Arzt sowie über interprofessionelle Teamsitzungen bzw. Fallbesprechungen wesentliche Zugangsvarianten in den Einrichtungen darstellen (Tabelle 2).

Art der Einrichtung (N=265)	n (in Prozent)	
– stationär	96 (36,2%)	
– ambulant	71 (26,8%)	
– beides	98 (37,0%)	
Indikationen/Zuständigkeit (N=381)	Schwerpunktindikation (n)	Zuständigkeit Sozialdienst (n)
Orthopädie/Muskuloskeletale Erkrankungen	191	188
Psychosomatik	74	79
Onkologie	48	51
Kardiologie	66	67
Neurologie	65	65
Stoffwechselerkrankungen	26	24
Pulmologie/Pneumologie	18	18
Stellenschlüssel (N=216)		
– mittlerer Stellenschlüssel stationär (n=146)	M=1,23 (SD=0,78); Range: 0-3,2	
– mittlerer Stellenschlüssel ambulant (n=71)	M=0,75 (SD=0,80); Range: 0-6	
Zeitanteile Tätigkeit		
– mittlerer Zeitanteil Einzelberatung (n=241)	61,7%	
– mittlerer Zeitanteil Gruppeninterventionen (n=227)	16,5%	
– mittlerer Zeitanteil sonstige Tätigkeiten (n=225)	24,1%	

Tabelle 1

Rahmenbedingungen der sozialdienstlichen Tätigkeit

Anmerkung: Bei „Indikationen/Zuständigkeit“ Mehrfachnennungen möglich. Bei „Zeitanteile Tätigkeit“ aufgrund abweichender Anzahl an Antworten auf Unterfragen keine Summation auf 100%.

Vorgehensweise	Häufigkeit
Vermittlung durch zuständigen Arzt an den Sozialdienst	178
Auswahl/Zuweisung an Sozialdienst durch fachübergreifende Teamsitzung	140
Vermittlung durch Therapeuten/nichtärztliche Behandler an Sozialdienst	136
Offene Sprechstunde	111
Vermittlung durch Pflege an Sozialdienst	89
Rehabilitand wird auf Grundlage eines Eingangs-Fragebogens/Screenings vermittelt bzw. zugewiesen	76
Sozialdienst übernimmt selbst die Indikationsstellung/Diagnose der Problemlage	67
Hinweise von Angehörigen	66
Nötige Interventionen bereits durch die Akutklinik vorgeschlagen	22
Anderes	25

Tabelle 2

Zugang zum Sozialdienst (N=215)

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich.

Die Frage danach, ob Instrumente zur Sozialen Diagnostik genutzt werden bzw. mit diesen bereits gute Erfahrungen gemacht wurden (z.B. Fragebögen, Leitfäden und Checklisten), wird von 107 antwortenden Diensten bzw. Einrichtungen bejaht, 70 antworten mit „nein“. Spezifische Nennungen sind in Tabelle 3 aufgeführt. Es wurden keine Instrumente vorgegeben, die Nennungen in der Tabelle stellen vielmehr eine inhaltsanalytische Kate-

gorisierung dessen dar, was freitextlich von den befragten Einrichtungen genannt wurde.

Tabelle 3

Angaben zu Instrumenten
der Sozialen Diagnostik
(N=149)

Instrument/Verfahren	Häufigkeit Nennungen „ja, werden genutzt“
<i>Anamnesebögen/-materialien</i>	28
... davon Eigenentwicklung	7
Screenings auf berufliche Problemlagen	16
<i>Fragebögen</i>	39
... davon Eigenentwicklung	6
... davon validierte Verfahren	3
<i>Checklisten/Leitfäden</i>	23
... davon Eigenentwicklung	9
Dokumentationsbögen	4
Richtlinien	2
Interviews	1
Anderes	11

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich.

Maßnahmen und Leistungen der Sozialdienste. Die von den Sozialdiensten genannten Maßnahmen wurden nach inhaltlich-thematischen Gesichtspunkten gruppiert und zum Zweck der deskriptiven Auswertung zu Kategorien zusammengefasst. Die Kategorien sind nicht vollständig trennscharf und haben einen Übersichtscharakter. In Tabelle 4 sind die Kategorien aufgeführt. Es wird ersichtlich, dass berufsbezogene Themen und die allgemeine Sozialberatung einen gewichtigen Teil der erbrachten Leistungen der Sozialdienste ausmachen. Auch hier handelt es sich um eine Systematisierung dessen, was an Maßnahmen bzw. Leistungen freitextlich von den Einrichtungen genannt wurde. Ziel war die Erstellung einer Übersicht zum Spektrum der von den Sozialdiensten erbrachten bzw. angegebenen Leistungen.

Im Folgenden werden exemplarisch Ergebnisse zur Art der Maßnahmenumsetzung, zur Manualisierung und Evaluation sozialdienstlicher Interventionen dargestellt. Es ist dabei zu beachten, dass die Maßnahmenkategorien unterschiedlich stark „besetzt“ sind und die nachfolgend dargestellten Prozentanteile daher mit Einschränkungen zu interpretieren sind. Die Werte pro Subkategorie addieren sich zudem aufgrund der Art der Abfrage nicht immer auf 100%.

In Tabelle 5 ist aufgeführt, wie hoch die Nutzungsanteile für publizierte (standardisierte) Manuale in den einzelnen Maßnahmenkategorien ausfallen. Dargestellt ist außerdem die Kategorie mit dem höchsten Nutzungsanteil. So ist etwa in der Maßnahmenkategorie „Beruf“ der Nutzungsanteil für das DRV Curriculum „Arbeitsplatzkonflikte“ am höchsten (mit 22%).

Tabelle 4

Maßnahmenkategorien
der genannten Leistungen

Kategorie	Anzahl Nennungen
<i>Beruf (Berufliche Wiedereingliederung, Teilhabe, berufliche Perspektiven, LTA, MBOR)</i>	157
Sozialberatung, allgemein/orientierend	155
Sozialrecht	58
Nachsorge/weiterführende Maßnahmen (allgemein), Einleitung sportbezogener Nachsorgemaßnahmen (IRENA/Reha-Sport), Vernetzung mit anderen Diensten (Vor-, Nachbehandler etc.)	40
Behinderung (Grad der Behinderung, Schwerbehinderung, ...)	28
Pflege (Einleitung, Versorgung im häuslichen Umfeld, ...)	25
Psychosoziale Themen (Entspannungsverfahren, Stress, Konflikte, ...)	23
Wirtschaftliche Sicherung/finanzielle Fragen	14
Rente (Erwerbsminderungsrente, Altersrente, ...)	10
Sozialmedizin	5
Angehörige	4
Alltagsbewältigung	2
Anderer	15

Anmerkung: LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz. Mehrfachnennungen möglich.

Manual	Anteil Nutzung (Range in Prozent)	Maßnahmenkategorie mit dem höchsten Nutzungsanteil (Prozent)
DRV Curriculum: Konflikte am Arbeitsplatz (DRV Bund, 2018)	0 – 22%	Beruf/MBOR
DRV Curriculum: Berufswegplanung (DRV Bund, 2018)	0 – 17%	Beruf/MBOR
DRV Curriculum: Einführung in das Sozialrecht (DRV Bund, 2018)	0 – 33%	Sozialrecht
DRV Curriculum: Gesundheitstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz (GSA) (DRV Bund, o.J.; Hillert et al., 2007)	0 – 6%	Sozialberatung
DVSG Curriculum: Rehabilitation und Sozialrecht „Von A wie Arbeitsunfähigkeit bis Z wie Zuzahlung“ (DVSG, 2014)	0 – 11%	Beruf/MBOR
DVSG Curriculum: Medizinisch-berufsorientierte sozialarbeits-spezifische Gruppen – Betriebliche Integration (MBOR soG I) (DVSG, o.J.)	0 – 22%	Beruf/MBOR
DVSG Curriculum: Medizinisch-berufsorientierte sozialarbeits-spezifische Gruppen – Reha vor Rente (MBOR soG IV) (DVSG, o.J.)	0 – 17%	Beruf/MBOR
Gelassen und sicher im Stress – Trainingsprogramm zur Stressbewältigung (Kaluza, 2015)	0 – 20%	Sozialmedizin
Fit für den Beruf – AVEM-gestütztes Patientenschulungsprogramm zur beruflichen Orientierung in der Rehabilitation (Heitzmann et al., 2008)	0 – 7%	Andere
Berufliche Zukunft – Orientierungshilfe zur Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung (Bönisch & Dorn, 2014)	0 – 2%	Sozialberatung
Förderung beruflicher Motivation – Trainingsprogramm für die Rehabilitation (Fiedler et al., 2011)	0 – 9%	Psychosoziale Themen

Tabelle 5

Nutzung von bestimmten Manualen

Anmerkung: Anteil Nutzung pro Maßnahmenkategorie.

Das Ausmaß, in dem angegeben wird, keine Manuale für die entsprechende Maßnahme bzw. Leistung zu nutzen, variiert von 20% (Kategorie Sozialmedizin) bis 100% (Kategorie Angehörige, Alltagsbewältigung). Intern evaluiert werden im Schnitt 41% der Maßnahmen, 53% werden nicht evaluiert (4%: externe Evaluation, Rest: keine Angaben). Der höchste Anteil an intern evaluierten Maßnahmen findet sich in den Kategorien Vernetzung (50%) und Beruf/MBOR (48%). Eine externe Maßnahmenevaluation ist sel-

ten, der Range liegt zwischen 0 und 20% über alle Kategorien hinweg. Hinsichtlich der Umsetzung von Maßnahmen als Einzelberatung vs. (Klein-)Gruppenintervention zeigt sich eine große Bandbreite, wobei naturgemäß die (allgemeine) Sozialberatung überwiegend als Einzelmaßnahme durchgeführt wird. Relativ hohe Anteile an gruppenbezogener Umsetzung finden sich in den Kategorien psychosoziale Themen und Beruf (Tabelle 6).

Kategorie	Einzel	Kleingr. (bis 5 TN)	Gruppe (6 bis 15 TN)	Großgr. (ab 16 TN)	Kombination
Beruf/MBOR	84,5	14,2	29,7	31,0	12,3
Sozialberatung	48,3	16,5	41,5	7,5	7,5
Sozialrecht	48,3	1,7	25,9	29,3	6,9
Wirtschaftliche Sicherung	57,1	0,0	7,1	21,4	7,1
Behinderung	46,4	7,1	17,9	39,3	7,1
Rente	60,0	0,0	40,0	0,0	0,0
Pflege	92,0	0,0	4,0	4,0	0,0
Nachsorge/Vernetzung	61,5	1,8	23,3	14,7	14,0
Psychosoziale Themen	26,1	4,3	60,9	17,4	0,0
Sozialmedizin	20,0	0,0	40,0	60,0	0,0
Angehörige	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alltagsbewältigung	50,0	0,0	100,0	0,0	0,0

Tabelle 6

Umsetzung der Maßnahmen im Einzel- vs. Gruppensetting (Angaben in Prozent) (N_{max}=155)

Anmerkung: Einzel = Einzelintervention; Kleingr. = Kleingruppe (bis 5 Teilnehmer); Gruppe = bis 15 Teilnehmer; Großgr. = Großgruppe (ab 16 Teilnehmern). Kombination = Einzel- und Gruppenmaßnahmen. Mehrfachnennungen möglich.

Tabelle 7

Kategorisierte freitextliche Angaben zu klinikinternen Fortbildungen (N=165)

Kategorie	Häufigkeit Nennungen
Erste Hilfe/Reanimation/Notfälle	17
Hygiene	17
Allgemeine bzw. fachbezogene Fortbildungen/n.n.b.	16
Krankheitsbilder/medizinische, therapeutische, pflegerische Themen	15
Brandschutz	15
Datenschutz	14
Arbeitsschutz	13
Mehrere/diverse Fortbildungsthemen (n.n.b.)	13
Kommunikation/Gesprächsführung	11

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich. Es sind lediglich Kategorien mit mindestens zehn Nennungen aufgeführt.

Eine Mehrheit der Antwortenden gibt an, dass Mitarbeitende des Kliniksozialdienstes bei bestimmten Rehabilitanden/innen (regelmäßig oder gelegentlich) einen fachspezifischen Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung verfassen (zutreffend: n=104; nicht zutreffend: n=78). Vergleichbares gilt für das Erstellen einer (formalen) sozialdienstlichen Stellungnahme am Ende der Rehabilitation, die ggf. in angepasster Form in den Entlassungsbericht eingeht (zutreffend: n=147; nicht zutreffend: n=35). Die Stellungnahme wird im Entlassungsbericht berücksichtigt, indem

- die gesamte Stellungnahme beigefügt wird (n=57),
- die Stellungnahme oder eine Zusammenfassung in den Entlassungsbericht übernommen wird (n=54),
- von ärztlicher Seite nach eigenem Ermessen Inhalte aus der Stellungnahme in den Entlassungsbericht übernommen werden (n=52).
- Eine Minderheit der Befragten gibt an, dass die Stellungnahme nicht im Entlassungsbericht berücksichtigt wird (n=3).

123 Dienste geben an, dass es in ihrer Einrichtung ein schriftliches Konzept für die Tätigkeiten des Kliniksozialdienstes gibt. 55 der Befragten geben an, dass dies nicht der Fall ist.

50 Antwortende geben an, regelmäßig Supervision zu erhalten (davon 42 extern; 8 intern). In 107 Fällen werden Fallbesprechungen oder Intervention innerhalb des Teams des Kliniksozialdienstes durchgeführt. 69 Dienste geben an, keine Supervision oder Intervention zu erhalten.

126 Dienste bzw. Einrichtungen geben an, dass die Mitarbeiter des Sozialdienstes regelmäßig an klinikinternen Fortbildungen teilnehmen. 56 verneinen dies. Die genannten bzw. in Anspruch genommenen Fortbildungen verteilen sich auf die in Tabelle 7 genannten Kategorien.

Erwartungen an die Praxisempfehlungen.

Danach gefragt, welche Inhalte die Praxisempfehlungen für die Sozialdienste in der medizinischen Rehabilitation umfassen sollten und welche Inhalte für die Tätigkeit besonders hilfreich wären, äußern die Mitarbeitenden der Sozialdienste Wünsche und Bedarfe u.a. hinsichtlich der Durchführung spezifischer Maßnahmen, der Erfassung bestimmter Bedarfs-/Problemlagen und zur Sozialen Diagnostik (Tabelle 8).

Tabelle 8

Wünsche und Erwartungen an die PE (N=215)

Themenbereich	Anzahl Nennungen
Durchführung einzelner Maßnahmen	131
Erfassung von/Umgang mit spezifischen Problemlagen	131
Soziale Diagnostik	129
Instrumente und Assessments	104
Dokumentation	101
Strukturelle Merkmale	96
Indikationsstellung	70
Indikationspezifität von Maßnahmen	64
Sonstiges (Freitext)	6

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich.

4 Diskussion

Über die Bestandserhebung in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen konnten wichtige erste Eindrücke zum aktuellen Vorgehen in der sozialdienstlichen Praxis im Kontext medizinischer Rehabilitation gewonnen werden. Deutlich wird bei allen Angaben eine breite Varianz bezüglich der Rahmenbedingungen wie auch in der Umsetzung von Zugang, Diagnostik, Interventionen und weitergehenden Empfehlungen.

Gemäß den Ergebnissen erfolgt der Zugang zum Sozialdienst meist durch Zuweisung der Ärzte. Interprofessionelle Teamsitzungen, eine Vermittlung durch Therapeuten/nicht-ärztliche Behandler sowie offene Sprechstunden stellen weitere bedeutsame Zugangswege zum Sozialdienst dar. Aus der im Rahmen des Projekts erfolgten Literaturrecherche (hier nicht dargestellt) lässt sich für keine der genannten Varianten eine empirisch begründete „Überlegenheit“ ableiten. Streibelt und Kollegen (2018) dokumentierten in ihrer Befragung von Sozialdiensten, dass diese nur in weniger als der Hälfte der befragten Einrichtungen in die Auswahl der Rehabilitanden eingebunden sind, Vergleichbares galt für die Nutzung von Screenings bzw. definierten Zugangs-/Zuweisungskriterien.

Als Instrumente Sozialer Diagnostik werden in der vorliegenden Befragung vor allem (teilweise selbstentwickelte) Anamnesebögen, Fragebögen sowie Checklisten angegeben. Komplexe Verfahren der Sozialen Diagnostik, wie z.B. Netzwerkkarten (vgl. Buttner, Gahlleitner, Hochuli Freund & Röh, 2018), sind für das zeitliche „Korsett“ der Sozialen Arbeit in der Rehabilitation möglicherweise zu aufwändig und auch nicht unbedingt angezeigt. Eine Herausforderung für die Forschung in der Sozialen Arbeit wäre eine verstärkte Entwicklung „kompakter“ diagnostischer Verfahren, die sich idealerweise weitgehend an der International Classification of Functioning, Disability and Health ICF (DIMDI, 2005) orientieren.

Im Rahmen von Leistungen des Sozialdienstes werden insbesondere die Themenbereiche Beruf bzw. berufliche (Wieder-)Eingliederung und allgemeine Sozialberatung herausgestellt. Was das hierbei gewählte Setting betrifft, so werden Bedarfslagen in den Bereichen Beruf/MBOR, Nachsorge/Vernetzung, Rente sowie wirtschaftliche Sicherung vorrangig durch Einzelmaßnahmen bedient, wobei teilweise auch verschiedene große Gruppen eine Rolle spielen. Die Themen Pflege und Angehörige werden (fast) ausschließlich durch Einzelmaßnahmen abgedeckt. Während psychosoziale Themen häufig in Gruppen bearbeitet werden,

kommen bei sozialmedizinischen Themen vor allem Großgruppen zum Einsatz.

Manuale werden nur in relativ geringem Maß eingesetzt. Eine Nutzung erfolgt insbesondere im Kontext von MBOR-Maßnahmen. In diesem Bereich liegen zu einzelnen Gruppenprogrammen Wirksamkeitsstudien vor (z.B. Bönisch & Dorn, 2012; Hinrichs et al., 2014). Berufsbezogene Maßnahmen stellen einen Schwerpunkt der Leistungen der Sozialen Arbeit dar (vgl. das MBOR-Anforderungsprofil der DRV Bund (2015); Bethge et al., 2018). Gleichwohl ist die Nutzung existierender standardisierter Manuale den Daten der Erhebung zufolge auch in diesem Bereich vergleichsweise selten.

Die Mehrheit der Sozialdienste gibt an, dass bei Rehabilitanden mit bestimmten Problemlagen ein fachspezifischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bzw. eine sozialdienstliche Stellungnahme am Reha-Ende erstellt wird. Dies ist sicher in hohem Maße begründet, denn in der Anamnese und Beratung des Sozialdienstes kommen gerade jene anforderungs-, fähigkeits- und alltagsrelevanten Themen vertieft zur Sprache, auf die sich die Leistungsbeurteilung in der sozialmedizinischen Stellungnahme beziehen muss.

Generell lässt sich festhalten, dass Sozialdienste im Bereich medizinischer Rehabilitation von einer großen Bandbreite an Maßnahmen und Leistungen Gebrauch machen und ihre individuellen Gestaltungsspielräume bei deren Umsetzung stark nutzen.

Wünsche und Erwartungen an die PE werden vor allem hinsichtlich der Durchführung einzelner Maßnahmen, der Erfassung von und dem Umgang mit spezifischen Bedarfslagen sowie Sozialer Diagnostik genannt. Des Weiteren geben die Teilnehmer dieser Befragung besonders häufig an, dass Input und Inhalte zu Instrumenten und Assessments sowie der Dokumentation gewünscht werden. Die Vielfalt an Informations- und Unterstützungsbedarf ist vermutlich einerseits dadurch erklärbar, dass die verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen teils sehr unterschiedliche Patienten haben. Daneben gibt es bislang aber auch wenig übergreifende Orientierung und Empfehlungen für den Alltag in der medizinischen Rehabilitation, an denen sich die Tätigkeiten des Sozialdienstes orientieren sollen oder können.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Einrichtungsbefragung sind Limitationen zu beachten: So ist es nicht auszuschließen, dass aus einer Einrichtung mehrere Rückmeldungen (von verschiedenen Mitarbeitenden) kamen. Zudem ist die Repräsentativität der Befragungsergebnisse nicht gesichert: Zum einen beträgt der maximale Rücklauf 25% (mit

den o.g. potenziellen Dopplungen). Zum anderen ist denkbar, dass im Sinne einer „Positivselektion“ vor allem solche Sozialdienste bzw. Einrichtungen geantwortet haben, in denen ein vergleichsweise hohes Engagement der Mitarbeitenden im Sozialdienst und/oder ausreichende Kapazitäten zur Bearbeitung der Befragung vorhanden waren. Zudem ist es denkbar, dass vor allem Einrichtungen mit einem großen sozialdienstlichen Behandlungsspektrum an der Umfrage teilnahmen. In den nächsten Arbeitsschritten des Projekts werden die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung mit den Ergebnissen der Literaturanalyse zur sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation zusammengeführt und es wird eine erste Version für eine Konsultationsfassung der Praxisempfehlungen erstellt. Diese Version stellt teilhaberelevante Problem- bzw. Bedarfslagen und exemplarische Maßnahmen der Sozialdienste für Rehabilitanden mit diesen Problemlagen in den Mittelpunkt. Die Konsultationsfassung soll sodann den Rehabilitationseinrichtungen zur Kenntnis gegeben werden und diese sollen (wiederum im Rahmen einer Online-Befragung) die Möglichkeit erhalten, die Fassung zu kommentieren bzw. Ergänzungen vorzuschlagen. Die auf dieser Grundlage erstellte revidierte Version der Praxisempfehlungen (PE) wird mit dem projektbegleitenden Expertengremium im Hinblick auf das Ziel diskutiert, eine abschließende, konsentiertere Fassung der PE zu erstellen. Diese soll dann den Sozialdiensten sowie allen Behandlern in Rehabilitationseinrichtungen verfügbar gemacht werden (Publikation durch die Deutsche Rentenversicherung).

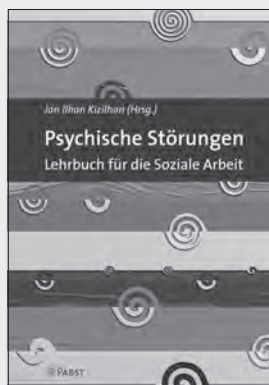
Literatur

- Anton, E. (2018). Die Rückkehr an den Arbeitsplatz optimal vorbereiten und begleiten durch Soziale Arbeit in der medizinischen berufsorientierten Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 31, 76-82.
- Bethge, M. (2017). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 56, 14-21.
- Bethge, M., Markus, M., Streibelt, M., Gerlich, C. & Schuler, M. (2018). Implementing the German model of work-related medical rehabilitation: Did the delivered dose of work-related treatment components increase? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99, 2465-2471.
- Bönisch, A. & Dorn, M. unter Mitarbeit von Buschmann, S. & Schwarze, M. (2014). Berufliche Zukunft – Orientierungshilfe zur Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung – Manual und CD mit Seminarunterlagen. Regensburg: Roderer.
- Bönisch, A., Dorn, M. & Ehlebracht-König, I. (2012) „Berufliche Zukunft“ – Kurzzeiteffekte eines Behandlungsprogramms bei sozialmedizinisch relevanter Problemlage im Verlauf einer medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 51, 39–51.
- Buttner, P., Gahleitner, S. B., Hochuli Freund, U. & Röh, D. (Hrsg.) (2018). *Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit*. Berlin: Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Köln: DIMDI.
- DRV Bund (2018). *Curricula Soziale Arbeit in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)*. Berlin: DRV Bund. https://deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Traeger/Bund/infos-rehaeinrichtungen/arbeitsfelder_soziale_arbeit.html (zuletzt aufgerufen am 18.04.2019)
- DRV Bund (2015a). *Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL)*. Berlin: DRV Bund. https://deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/klassifikationen/dateianhaenge/KTL/ktl_2015_pdf.html (zuletzt aufgerufen am 09.08.2019)
- DRV Bund (2015b). *Reha-Therapiestandards*. Berlin: DRV Bund. <https://deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rts.html> (zuletzt aufgerufen am 09.08.2019)
- DRV Bund (2015c). *Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung*. Berlin: DRV Bund. https://deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/mbor_datei.html (zuletzt aufgerufen am 09.08.2019)
- DRV Bund (o.J.). *Manual zum Gesundheitstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz (GSA)*. Berlin: DRV Bund. http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Manual_%20Gesundheitstraining_am_Arbeitsplatz_GSA.pdf (zuletzt aufgerufen am 09.08.2019)
- DVSG Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2014). *Curriculum: Rehabilitation und Sozialrecht „Von A wie Arbeitsunfähigkeit bis Z wie Zuzahlung“ – Schulungsprogramm für die medizinische Rehabilitation*. Berlin: DVSG.
- DVSG Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (o.J.). *Schulungsprogramme medizinisch-berufsorientierte sozialarbeitspezifische Gruppen (MBOR soG)*. Berlin: DVSG. <https://dvsg.org/die-dvsg/fachbereiche/>

- rehabilitation-und-teilhabe/dvsg-manual-mbor-sog/ (zuletzt aufgerufen am 09.08.2019)
- Fiedler, R. G., Hanna, R., Hinrichs, J. & Heuft, G. (2011). Förderung beruflicher Motivation. Trainingsprogramm für die Rehabilitation. Weinheim: Beltz.
- Heitzmann, B., Helfert, S. & Schaarschmidt, U. (2008). Fit für den Beruf – AVEM-gestütztes Patientenschulungsprogramm zur beruflichen Orientierung in der Rehabilitation. Bern: Huber.
- Hillert, A., Koch, S., Beutel, M. E., Holme, M., Knickenberg, R., Middeldorf, S., Wendt, T., Milse, M., Scharl, W., Schröder, K. & Zwerenz, R. (2007). Berufliche Belastungen und Indikationsstellung für ein berufsbezogenes Schulungsmodul in der medizinischen Rehabilitation: Bericht einer multizentrischen Evaluationsstudie. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 77, 147-154.
- Hinrichs, J., Fiedler, R. G., Hawener, I., Greitemann, B. & Heuft, G. (2014). Förderung beruflicher Motivation: Das ZAZO-Gruppentraining in der Routineversorgung der medizinischen Rehabilitation. Ergebnisse aus der Implementierungsstudie. DRV-Schriften, 103, 226-228.
- Kaluza, G. (2015). Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Berlin: Springer.
- Knoop, T., Dettmers, S. & Meyer, T. (2019). Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung. Die Rehabilitation, 58, 89-95.
- Lukasczik, M., Wolf, H.-D., Gerlich, C., Küffner, R., Vogel, H. & Neuderth, S. (2016). Addressing work-related issues in medical rehabilitation: revision of an online information tool for healthcare professionals. Rehabilitation Research and Practice, vol. 2016, Article ID 7621690.
- Schwarz, B., Neuderth, S., Gutenbrunner, C. & Bethge, M. (2015). Multiprofessional teamwork in work-related medical rehabilitation for patients with chronic musculoskeletal disorders. Journal of Rehabilitation Medicine, 47, 58-65.
- Streibelt, M., Adolph, H., Gödecker-Geenen, N. & Kessler, C. (2018). Zugangswege zum Sozialdienst in Reha-Einrichtungen – Ergebnisse der Befragung der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG). Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht, Beitrag C1-2018. www.reha-recht.de.

Dr. Matthias Lukasczik

Universität Würzburg
Arbeitsbereich Medizinische Psychologie
und Psychotherapie
Klinikstraße 3
97070 Würzburg
matthias.lukasczik@uni-wuerzburg.de



Jan Ilhan Kizilhan (Hrsg.)

Psychische Störungen Lehrbuch für die Soziale Arbeit

Psychische Erkrankungen sind nicht mehr nur ein Arbeitsbereich für klinische Psychologen und Ärzte, sondern auch für Tätige im sozialen Beruf und ein Teil des Studiums geworden.

Wie äußern sich psychische Erkrankungen? Wie werden diese behandelt? Wie kann ein professioneller Umgang mit psychisch erkrankten Menschen gestaltet werden? Welche Schwierigkeiten und Herausforderungen bringt diese Arbeit mit sich?

Mit solchen Fragestellungen werden Studierende und Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Beruf und Studium immer wieder konfrontiert. Experten aus der Medizin, Psychologie und Sozialen Arbeit haben sich mit diesen Themen beschäftigt und dieses kompakte und inhaltsreiche Lehrbuch der Sozialen Arbeit erstellt. Es richtet sich neben Fachkräften sozialer Berufe und anderen Interessierten insbesondere an Studierende der Sozialen Arbeit. Das Buch bietet einen umfassenden Überblick und ermöglicht einen Einstieg in die Thematik.

Von Alkoholabhängigkeit über Depression bis hin zu Schizophrenie werden grundlegende psychische Erkrankungen dargestellt. Dabei wird sowohl auf ihre Entstehung, Symptomatik und Diagnosekriterien als auch auf mögliche Behandlungsansätze eingegangen. Darüber hinaus werden gängige Psychotherapieformen erläutert.

Um hilfreiche Anregungen für den Berufsalltag zu geben, werden zu den dargestellten psychischen Erkrankungen und Psychotherapieformen entsprechende sozialpädagogische Interventionsmöglichkeiten aufgezeigt.

Prof. Dr. Dr. Jan Ilhan Kizilhan ist international anerkannter Experte der Transkulturellen Psychiatrie, kultursensiblen Psychotherapie, Traumalogie, Migration und Minderheitenreligionen. Er studierte Psychologie, Soziologie und Iranistik in Bochum, Köln, Göttingen, Konstanz und Washington und ist Professor für Gesundheitswissenschaften, Psychologie und Migration. Er ist Leiter des Studiengangs Psychische Gesundheit und Sucht an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg. Kizilhan ist zudem Dekan des Instituts für Psychotherapie und Psychotraumatologie an der Universität Duhok/Irak und Leiter der transkulturellen psychosomatischen Abteilung in der Klinik MediClin in Donaueschingen. Er ist Autor zahlreicher Bücher und internationaler Publikationen.

2017, 296 Seiten,
ISBN 978-3-95853-326-4,
Preis: 20,- €
eBook:
ISBN 978-3-95853-327-1,
Preis: 10,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS · Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. ++49 (0) 5484-308 · Fax ++49 (0) 5484-550 · E-Mail: pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com · www.psychologie-aktuell.com