



Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.



Soziale Arbeit in der Rehabilitation

Kurzfassung*

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

(Marianne Künzel-Schön 1995)

Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation

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

Psychologie, Ernährungsberatung, ...). Soziale Arbeit ist damit in das gesamte Behandlungs- und Rehabilitationskonzept eingebunden (Personalbemessungszahlen der Rehabilitationsträger für stationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen unter www.dvsg.org – Fachgruppe Rehabilitation und Teilhabe).

Die Orientierung am Selbstbestimmungsrecht des Menschen und die Sicherstellung der Chancengleichheit sowie die Zusammenarbeit mit den beteiligten Berufsgruppen ist dem sozialarbeiterischen

* Die vollständige Version des Grundsatzpapiers ist im Internet zu finden unter: http://www.dvsg.org/uploads/media/Sozialarbeit_in_der_medReha.pdf

Handeln immanent. Im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen erbringt Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation Leistungen zur persönlichen, sozialen und beruflichen Integration und unterstützt die betroffenen Menschen bei der (Wieder-)Herstellung einer autonomen Lebenspraxis (vgl. Hanses/Bongartz 2002).

Inhalte sozialarbeiterischen Handelns in allen Bereichen der medizinischen Rehabilitation

- Motivierung, Begleitung und Anleitung während des Rehabilitationsprozesses
- Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien
- Entwicklung von Lösungsansätzen der individuellen gesundheitlichen und berufsbezogenen sowie sozialrechtlichen Problemsituationen
- Förderung der Transparenz und Compliance
- Stärkung der Selbstbestimmung, ggf. Übernahme der anwaltlichen Funktion, wenn die Rehabilitanden selbst nicht in der Lage sind, ihr Selbstbestimmungsrecht wahrzunehmen
- Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen und die Erschließung der persönlichen Ressourcen und die des sozialen Umfeldes
- Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten
- Beratung von Angehörigen (Unterstützung bei der Situationsbewältigung, Überforderung zu erkennen und zu akzeptieren, Angebote zur Entlastung in Anspruch zu nehmen)
- Erschließen und Nutzbarmachen der gesetzlichen Ressourcen aller Sozialgesetze sowie der Ressourcen des Gesundheits- und Sozialwesens
- die Beratung, Organisation und Umsetzung der passgenauen Anschlussversorgung in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden, seinem sozialen Umfeld und den nachstationären Diensten und Einrichtungen

Inhalte sozialarbeiterischen Handelns in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBO):

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

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

- Sozialrechtliche Beratung (KTL-Kapitel D02)
- Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben (KTL-Kapitel D03)
- Vorbereitung und Anbahnung weiterführender Maßnahmen zur Eingliederung in den Beruf und das soziale Umfeld (KTL-Kapitel D04)
- Berufliche Belastungserprobung (KTL-Katalog G...)
- Soziale Gruppenarbeit (KTL-Kapitel D05)
- Sozialtherapie, insbesondere in den Bereichen Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Abhängigkeits-erkrankungen (KTL-Kapitel D08)

Spezifische Formen der Rehabilitation wie: die Geriatrische Rehabilitation, die Mobile Rehabilitation, die Sucht-Rehabilitation und die Rehabilitation für Kinder- und Jugendliche erfordern je nach Zielgruppe und Rahmenbedingungen die Anpassung an den jeweiligen Auftrag und ein spezifisches Leistungsangebot der Sozialen Arbeit.

Versorgungsmanagement gem. § 11 Abs. 4 SGB V

Kliniken sind gesetzlich verpflichtet, die zur nahtlosen Leistungserbringung im gegliederten System der Sozialen Sicherung notwendigen Koordinierungs- und Kooperationsaufgaben sicherzustellen. Im Rahmen des Versorgungsmanagements übernimmt Soziale Arbeit das Schnittstellenmanagement zwischen Sektoren, Leistungsträgern/Leistungserbringern, Abteilungen/Berufsgruppen sowie die Vernetzung von Leistungen aus unterschiedlichen Bereichen. Sie sichert im Zusammenwirken mit den betroffenen Menschen, seinem sozialen Umfeld und dem Rehabilitationsteam die individuell passgenaue Anschlussversorgung auf der Einzelfallebene.

Ausschlaggebend für die nachhaltige Sicherstellung der nachstationären Versorgung ist dabei nicht die Art der Erkrankung oder der Grad der Pflegebedürftigkeit, sondern die Entscheidung der Versicherten unter besonderer Berücksichtigung der Tragfähigkeit des individuellen sozialen Netzes.

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

- Assessment inkl. Analyse der Lebens- und Berufssituation vor der Erkrankung, welche Veränderungen sich durch die Krankheit/Behinderung ergeben haben, welche Möglichkeiten zur Gestaltung der Lebenssituation mit der Krankheit/Behinderung bestehen, Vereinbarung der Ziele in Abstimmung mit dem Betroffenen und dem Rehabilitationsteam

- Hilfeplanung
- Organisation und Monitoring/Prüfung der jeweiligen Umsetzungsschritte
- ggf. Re-Assessment (inkl. angepasster Zielvereinbarung) und Anpassung des Hilfeplanes
- Auswertung der Umsetzung und des Gesamtprozesses zwecks ggf. erforderlicher Maßnahmenplanung und Anpassung der Prozesse

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

Nachsorgemanagement

Häufig ist die zeitlich begrenzte Rehabilitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung nicht ausreichend, um den Behandlungserfolg anhaltend zu stabilisieren. Viele Therapien sind langfristig effektiver, wenn sie über den Zeitraum der medizinischen Rehabilitation hinaus fortgeführt werden. Eine Möglichkeit, den Transfer in den Alltag zu unterstützen, bietet eine strukturierte Nachsorge, die insbesondere auf gesundheitsbezogene Verhaltens- und Lebensstiländerungen sowie die Bewältigung einer chronischen Krankheit und Behinderung abzielt. Von den betroffenen Menschen selbst muss dieser Prozess in Eigeninitiative und Eigenverantwortung als langfristige Anpassung an die Krankheit und ihre Folgen in das Alltagsleben integriert und dort verstetigt werden. Soziale Arbeit motiviert und fördert den Patienten, eigene Strategien zu entwickeln. Damit soll die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation gesichert werden.

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

- Information, Motivation, Schulung (z. B. Motivationsförderung, Ernährungsberatung, Lehrküche, Rückenschule, Schulungen im Umgang mit speziellen gesundheitlichen Problemen)
- Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit (z. B. zu Stressbewältigung, Entspannung, Tabakentwöhnung, Adipositas)
- Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie (z. B. Training sozialer Kompetenz, Umgang mit Arbeitslosigkeit und berufliche Orientierung, sozialrechtliche Beratung), unterstützende Fallbeglei-

- tung (z. B. bei stufenweiser Wiedereingliederung, Kontakte mit Betrieben, Betriebsärzten und der betrieblichen Sozialarbeit)
- Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen

Perspektiven

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

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

Die Gemeinsame Empfehlung der Rehabilitationsträger nach § 13 Abs 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen vom 8. November 2006 benennen Sozialdienste auf Grund ihrer interdisziplinären Perspektive und ihrer ganzheitlichen Arbeitsweise als wichtige Kooperationspartner für die Rehabilitationsträger und alle anderen am Rehabilitations- und Teilhabeprozess Beteiligten. Den Sozialdiensten wurde damit für den Bereich der Rehabilitation und Teilhabe eine Aufgabenstellung zugeordnet, die ein umfassendes Versorgungsmanagement mit sehr konkreten Handlungsaufträgen umfasst. (vgl. Harry Fuchs 2006).

Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation im Zusammenwirken mit dem Rehabilitationsteam die umfassende Berücksichtigung des Patienten in seiner individuellen Lebens- und Krankheitssituation sichert und die reibungslose und passgenaue Anschlussversorgung sicherstellt. Damit werden die Voraussetzungen für eine dauerhafte berufliche und soziale (Wieder-)Eingliederung geschaffen. Soziale

Arbeit leistet somit unter betriebs- und auch unter volkswirtschaftlichen Aspekten einen wesentlichen Beitrag im sozialen Sicherungssystem und trägt wesentlich zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages zur Teilhabesicherung chronisch kranker und behinderter Menschen bei.

Die DVSG fordert daher die standardisierte und adäquate Einbindung der Sozialen Arbeit in die medizinische Rehabilitation durch Umsetzung der BAR-Empfehlung gem. § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX sowie durch die Umsetzung der Stellenschlüssel für Sozialarbeit gem. BAR-Rahmenempfehlung und DRV-Anforderungsprofilen.

Literatur

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

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

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

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

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

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (2007), Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit, Mainz: Eigenverlag

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

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

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

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

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

*DVSG, Deutsche Vereinigung für
Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.
Der Vorstand
Mainz, 27. Mai 2008*



Deutsche Vereinigung für
Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.
Kaiserstr. 42
55116 Mainz
Tel.: 0 61 31 / 22 24 22
Fax: 0 61 31 / 22 24 58
E-Mail: info@dvsg.org
Internet: www.dvsg.org