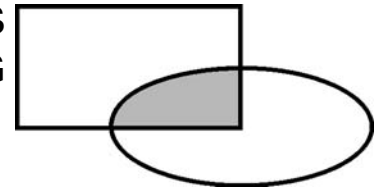


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



11. Jg. ■ Heft 4 ■ Oktober 2015

Inhalt

Themenschwerpunkt: Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation

- 3 Editorial
- 4 *Angela Buchholz*
Die ICF und ihre Bedeutung für die Versorgungspraxis
- 7 *Philipp F. Preßmann*
Eigenständiges Screening und Diagnostik durch die Soziale Arbeit – Auszüge aus einer Evaluationsstudie
- 9 *Veit Becker*
Begleitende Sozialberatung während der stufenweisen Wiedereingliederung – Evaluation eines Nachsorgeangebots
- 12 *Joachim Maier und Gisela Riedl*
Reha-/Case-Management-Support – Ein klinisches Konzept für komplexe Fälle
- 14 **Stabwechsel in der Redaktion – Das neue Redaktionsteam stellt sich vor**
- 2 Pressemeldungen, Veranstaltungs- & Projekthinweise
2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
- European Centre for Clinical Social Work e.V.



Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Veit Becker

Erziehungswissenschaftler M.A., Dipl.-Sozialpädagoge, Sozialberatung der Eifelklinik Manderscheid.
Kontakt: veit.becker@eifelklinik.de

Angela Buchholz

Dr. phil., Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung, Leiterin der Arbeitsgruppe Sucht- und Rehabilitationsforschung, Institut & Poliklinik für medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Forschungsschwerpunkte: Versorgungs- und Präventionsforschung im Bereich substanzbezogener Störungen, Diagnostik, Anwendung der ICF, Patientenbeteiligung und medizinische Entscheidungsfindung.
Kontakt: a.buchholz@uke.de

Joachim Maier

Dipl.-Sozialpädagoge, Certified Disability Management Professional (CDMP), Leiter Rehabilitationsberatung und Bereich Reha/Case Management Support der m & i Fachklinik Enzensberg. Kontakt:

joachim.maier@fachklinik-enzensberg.de

Ingo Müller-Baron

Dipl.-Sozialpädagoge/Sozialarbeiter, Referent in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). Kontakt: ingo.mueller-baron@dvsg.org

Philipp F. Preßmann

M.Sc. Public Health, Dipl.-Pfleger, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Bad Salzungen, Salzetalklinik. Kontakt: pressmann@ifr-norderney.de

Gisela Riedl

Dr. med., Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Fachärztin für Arbeitsmedizin, Certified Disability Management Professional (CDMP), Leiterin Bereich Reha/Case Management Support der m & i Fachklinik Enzensberg. Kontakt: gisela.riedl@fachklinik-enzensberg.de

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner
Hochschule München

Prof. Dr. Peter Dentler
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Matthias Hüttemann
Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

Prof. Dr. Johannes Lohner
Hochschule Landshut

Prof. Dr. Albert Mühlum
Bensheim

Prof. Dr. Helmut Pauls
Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Raab-Steiner
Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Günter Zurhorst
Hochschule Mitweida

05.-06.11.2015: DVSG-Bundeskongress 2015

Der diesjährige DVSG-Bundeskongress Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in Münster hat das Schwerpunktthema »Menschen erreichen – Teilhabe ermöglichen«. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist besonders stark mit dem Phänomen konfrontiert, dass in unserer Gesellschaft bei einer aus-

geprägten sozialen Ungleichheit ausgerechnet benachteiligte Gruppen vergleichsweise schlecht von gesundheitlichen Versorgungs- sowie Beratungs- und Präventionsangeboten erreicht werden.

Programm & Anmeldung
www.dvsg-bundeskongress.de

29.-30.04.2016: DGSA Jahrestagung – Call for papers

Die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) in Düsseldorf bietet ein Forum für die Präsentation und Diskussion empirischer, theoretischer und anwendungsorientierter

Fragen und Zugänge zum Thema »Inklusion ist ...« – Perspektiven und Positionen der Sozialen Arbeit.

Information & Anmeldung
dgsainfo.de/veranstaltungen/tagungen.html

15.-16.01.2016: Tagung Forschen und Promovieren

In den letzten Jahren haben immer mehr Absolventinnen mit einem FH-Abschluss ein Interesse daran gezeigt zu forschen und zu promovieren bzw. haben mit einem Forschungsmaster oder einer Promotion begonnen bzw. diese erfolgreich abgeschlossen. Die Bedingungen für Promotionsprojekte in der Sozialen

Arbeit sind in Deutschland weiterhin recht restriktiv, kompliziert und erfordern zeitaufwendige Umwege. Die Tagung soll Bilanz ziehen und unterschiedliche Perspektiven und Erfahrungen beleuchten.

Information & Anmeldung
dgsainfo.de/fachgruppen/promotionsfoerderung.html

ECCSW-Förderpreis »Klinische Sozialarbeit« 2016

Das »European Centre For Clinical Social Work – ECCSW« verleiht 2016 zum dritten Mal den mit EUR 1.000 dotierten Förderpreis für herausragende wissenschaftliche Beiträge im Bereich der Klinischen Sozialarbeit. Der Förderpreis wird für eine wissenschaftliche Arbeit aus dem Themenbereich Klinischer Sozialarbeit vergeben und zielt vornehmlich auf die in Masterstudiengängen der Klinischen Sozialarbeit erstellten Qualifikationsarbeiten. Die For-

schungsarbeiten können sich auf alle Tätigkeitsfelder der Klinischer Sozialarbeit beziehen. Mit den Preisträgern sollen NachwuchswissenschaftlerInnen gefördert werden, die mit ihrer Forschungsarbeit einen herausragenden Beitrag zum wissenschaftlichen Themenfeld Klinischer Sozialarbeit geleistet haben.

Information & Bewerbung: www.eccsw.eu
Kontakt: glemser@eccsw.eu

Praxishandbuch Reha-Ziele veröffentlicht

Die Vereinbarung von individuellen Reha-Zielen zwischen BehandlerInnen und RehabilitandInnen ist ein zentraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation und der PatientInnenorientierung. Zur Unterstützung dieses Prozesses ist nun ein praxisorientiertes Arbeitsbuch erschienen, das durch ein umfang-

reiches Online-Angebot mit aktuellen Alltagsbeispielen ergänzt wird. Das Arbeitsbuch richtet sich an MitarbeiterInnen in Reha-Einrichtungen, die an der Umsetzung von Reha-Zielvereinbarungen beteiligt sind und/oder selbst Materialien entwickeln möchten.

Information: www.reha-ziele.de

Aktionsbündnis Teilhabeforschung gegründet

Im Juni 2015 wurde in Berlin das Aktionsbündnis Teilhabeforschung gegründet. Ziel des bundesweiten Aktionsbündnisses ist es, die Forschungsaktivitäten zu den Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen durch eine stärkere Vernetzung und Finanzierung zu unterstützen. Mit einem geplanten

Forschungsprogramm »Teilhabeforschung« sollen systematische Erkenntnisse über Maßnahmen und Strategien zur Verbesserung der Teilhabe beeinträchtigter Menschen gewonnen werden.

Information: www.dvfr.de/aktuelles/newsdetails/aktionsbuenndnis-teilhabe-forschung-gegruendet

Impressum

Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (v. i. S. d. P.), Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA), Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) und European Centre for Clinical Social Work e. V. (ECCSW)

Redaktionsteam

Karlheinz Ortman (Leitung)
Gerhard Klug, Ute Antonia Lammel, Ingo Müller-Baron, Anna Lena Rademaker, Dieter Röh

Anzeigenakquise

Ingo Müller-Baron
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, ingo.mueller-baron@dvsg.org

Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«
c/o Prof. Dr. Karlheinz Ortman
Katholische Hochschule für Sozialwesen
Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin
Tel. 030 50 10 10-84
karlheinz.ortman@khsb-berlin.de

Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

Druck

Bachmann & Weiss Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2350

Copyright

Nachdruck und Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Das deutsche Rehabilitationssystem ist insgesamt darauf ausgerichtet, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern sowie Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Das deckt sich mit der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) etablierten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die die wesentliche konzeptionelle Grundlage für die Rehabilitation und Teilhabe darstellt. Konsequenterweise definiert das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) entsprechende Teilhabeleistungen. Damit kommt ein Paradigmenwechsel, weg von einer eindimensionalen, medizindominierten Betrachtung von Krankheit und Behinderung, zum Ausdruck. Ziel aller Rehabilitationsbemühungen ist die umfassende Teilhabe an der Gesellschaft (Inklusion). Folglich stehen auch in der medizinischen Rehabilitation die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe neben dem Auftrag, individuell die bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erreichen. Das biopsychosoziale Modell der ICF rückt die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit auf die gleiche Ebene wie biologische und psychische Aspekte.

Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe sind damit ganzheitlich auf die Folgen von Krankheit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgerichtet und folgen einem subjekt- und lebensweltorientierten Leitbild. Gerade durch den Wandel im Krankheitsspektrum, mit der Zunahme chronischer Krankheiten stehen die Krankheitsfolgen, also u. a. Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Erwerbsminderung im Vordergrund, und soziale Fragestellungen gewinnen noch mehr an Bedeutung.

Die Orientierung am biopsychosozialen Modell erfordert die Einbeziehung der klinisch-sozialarbeiterischen Expertise in die medizinische Rehabilitation. Eine qualifizierte teilhabeorientierte Beratung und Fallbegleitung, die ausgehend von der individuellen Lebenssituation die betroffenen Menschen umfassend unterstützt, Empowerment fördert und sektorenübergreifend die Angebote der unterschiedlichen Leistungssysteme bündelt (Case Management), dient der Klärung und Lösung von gesundheits- und betroffenenbezogenen Problemkonstellationen, ist prozess- und ressourcenorientiert und versteht sich als unterstützende Begleitung. Klinische Sozialarbeit ist dabei geprägt von einem ganzheitlichen Blick, der die Menschen sowohl mit ihren gesundheitlichen Belastungen als auch ihrer psychischen und sozialen Situation individuell und differenziert be-

rücksichtigt. Im Vordergrund steht hierbei der intensive Dialog mit Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung bzw. chronischer Erkrankung, die sich in einer – auch emotional – schwierigen Lebenslage befinden.

Ein wesentlicher Aspekt einer qualitativen Beratung ist die Leistungerschließung und Bedarfsfeststellung, die nicht von Systemlogiken geleitet, sondern vom betroffenen Menschen aus gedacht wird. Aus der Reflexion und Interpretation von Problemen werden materielle und soziale Ressourcen erschlossen, die dem biopsychosozialen Leitbild des Rehabilitationssystems entspricht. Grundsätzlich erfordert eine auf der ICF basierende Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung in der Rehabilitation neben medizinischer bzw. psychologischer Diagnostik auch eine (psycho)soziale Diagnostik, damit die personalen sowie sozialen Kontextfaktoren in der Bedarfsfeststellung und im weiteren Rehabilitationsprozess adäquat berücksichtigt werden und dieser konsequent auf Teilhabeziele und nicht nur auf medizinische Ziele ausgerichtet wird.

Der Beitrag von *Angela Buchholz* macht deutlich, dass die ICF grundsätzlich zu einer deutlichen Aufwertung von psychosozialen Faktoren führt und damit für psychosoziale Berufe eine große Bedeutung hat. Sie gibt zunächst einen Überblick über das der ICF zugrundeliegende Gesundheitsmodell. Danach werden verschiedenen Möglichkeiten der Umsetzung der ICF im Versorgungsalltag dargestellt. Für die Autorin ist eine konsequente Umsetzung des biopsychosozialen Modells mit wenig bürokratischem Aufwand machbar und ermöglicht eine stärker patientInnenorientierte Versorgungsgestaltung.

Der Schwerpunkt der weiteren drei Beiträge in dieser Ausgabe liegt auf der Integration behinderter und chronisch kranker Menschen in das Erwerbsleben. Aufgrund demografischer Entwicklungen und der Veränderung der Arbeitswelt sind auch verstärkt Menschen, die sich noch im erwerbsfähigen Alter befinden, auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation und weitere Teilhabeleistungen angewiesen. Während der medizinischen Rehabilitation rückt damit insbesondere eine Verknüpfung mit arbeitsbezogenen Maßnahmen verstärkt in den Fokus. Da auch für die Rückkehr und Eingliederung in das Arbeits- und Berufsleben die personalen und umweltbedingten Kontextfaktoren eine wesentliche Rolle spielen, gewinnen die Leistungen der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation zunehmend an Bedeutung.

Eine Studie von *Philipp Preßmann* untersucht, inwieweit eigenständiges Scree-

ning und Diagnostik durch die Soziale Arbeit einen positiven Einfluss auf die berufliche Integration bei medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsleistungen hat. Seine Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Leistungen der Klinischen Sozialarbeit als ein Erfolgsfaktor für die berufliche Integration bei medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsleistungen angesehen werden kann.

Die stufenweise Wiedereingliederung gilt als eine gute Möglichkeit, um Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen langsam an eine volle Arbeitsbelastung heranzuführen. Die betroffenen ArbeitnehmerInnen werden in individuell angepassten Schritten wieder an den bisherigen Arbeitsplatz zurückgeführt. Der Beitrag von *Veit Becker* berichtet über die Ergebnisse einer Studie, die dieses Nachsorgeangebot evaluiert hat. Im Hinblick auf die Quote der nicht erfolgreich abgeschlossenen stufenweisen Wiedereingliederungen zieht er das Fazit, dass der stärkere Einbezug der ArbeitgeberInnen erforderlich ist. Er stellt die These auf, dass dabei der begleitenden Sozialberatung eine ausgesprochen zentrale Funktion im Hinblick auf Diagnostik, Planung, Vernetzung und Fallmanagement zukäme.

Insbesondere nach schweren Unfällen und Erkrankungen sowie bei chronischen Krankheitsverläufen wird für komplexe Fälle ein intensives begleitendes und fallsteuerndes Verfahren benötigt. Ein an der Fachklinik Enzensberg entwickeltes Konzept unterstützt aus der Klinik heraus besonders komplexe Rehabilitationsprozesse bei schwer zu rehabilitierenden Menschen durch übergreifendes Case-Management. Der abschließende Beitrag von *Joachim Maier* und *Gisela Riedl* beschreibt die Erfahrungen der Klinik aus interdisziplinärer Perspektive.

Mit der Juli-Ausgabe 2015 haben sich Silke Birgitta Gahleitner und Gernot Hahn nach langjährigem intensivem Engagement aus der aktiven Redaktionsarbeit verabschiedet und eine positive Bilanz von 10 Jahren der Zeitschrift und der Entwicklung der Fachsozialarbeit »Klinische Sozialarbeit« ziehen können. Mit dieser Ausgabe übernimmt ein erweitertes Redaktionsteam den Staffelstab. Die Mitglieder der neu zusammengesetzten Redaktion stellen sich zum Auftakt der gemeinsamen Arbeit am Ende dieser Aufgabe vor. Wir hoffen, Ihnen auch weiterhin interessante Informationen und wichtige Impulse geben zu können. Alle Redaktionsmitglieder nehmen Anregungen gerne entgegen.

Für die Redaktion
Ingo Müller-Baron

Die ICF und ihre Bedeutung für die Versorgungspraxis

Angela Buchholz

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) gewinnt seit ihrer Veröffentlichung 2001 (WHO, 2001) zunehmend an Bedeutung. In allen Mitgliedsländern der Weltgesundheitsorganisation soll die Implementierung der ICF unterstützt und gefördert werden. Auch Kostenträger fordern die Umsetzung der ICF in verschiedenen Ebenen. Betrachtet man aber die bisherige Umsetzung der ICF im Versorgungsalltag, entsteht ein gemischtes Bild.

Die ICF hat eher ein schlechtes Image. Für viele ist sie mit der Befürchtung verbunden, noch mehr dokumentieren und verwalten zu müssen und damit weniger Zeit für die betroffenen Menschen zu haben. Zudem wirken die hohe Komplexität, die zum Teil konzeptuelle Ungenauigkeit und die antizipierte Mehrarbeitszeit bei der Umsetzung der ICF als Barriere. Gerade in Fachberufen, die sich seit jeher mehr auf Grundlage einer eher psychosozialen als biomedizinischen Perspektive mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen, entsteht häufig die Wahrnehmung der ICF als »alter Wein in neuen Schläuchen«. Warum es dennoch lohnend sein kann, sich mit diesem Thema zu beschäftigen, fasst dieser Beitrag zusammen.

Verständnis von Gesundheit

Natürlich ist der Gedanke, dass eine Beschreibung von Gesundheit und Krankheit über die Beschreibung biomedizinischer Zusammenhänge, Diagnosen und Symptomen hinausgehen sollte, nicht neu. Bereits in der Definition, die die Weltgesundheitsorganisation 1948 vorlegte, heißt es »Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen« (WHO, 1946, S. 1). Jedoch gab es keine Möglichkeit, jenseits der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10; WHO, 2011) Gesundheit systematisch zu beschreiben. 1980 wurde mit der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH; WHO, 1980) von der WHO erstmalig ein Gesundheitsmodell verabschiedet, mit dem Konsequenzen von Erkrankungen für den Lebensalltag beschrieben werden konnten.

Dieses, häufig auch als Krankheitsfolgenmodell beschriebene, Modell war defizitorientiert: Gesundheit konnte nur negativ im Sinne von Beeinträchtigungen der Gesundheit beschrieben werden. Auch die Beschränkung auf Folgen einer Erkrankung erscheint zu kurz gegriffen. Denn auch Aspekte, die nicht direkt mit einer Erkrankung zu tun haben oder deren Folge sind, können massiv Einfluss darauf nehmen, in welchem Ausmaß eine Person in ihrem Lebensalltag eingeschränkt wird – und zwar sowohl positiv als auch negativ.

So werden Sportbegeisterte vielleicht häufiger beobachtet haben, dass LeistungssportlerInnen auch nach schweren Verletzungen wieder aufstehen und das Spiel beenden können. Auch die Phase der Rehabilitation und Genesung verläuft in vielen Fällen komplikationsloser als bei 80-jährigen RentnerInnen. Bei diesem Beispiel begünstigen Alter und Trainingsstand – die ja keine Folge der Erkrankung sind – für LeistungssportlerInnen erheblich, inwieweit sie durch die Verletzung eingeschränkt sind, während sich dieselben Faktoren bei RentnerInnen negativ auswirken.

Mit der ICF hat die WHO nun im Jahr 2001 (vgl. DIMDI, 2005) ein vollkommen revidiertes Verständnis von Gesundheit verabschiedet. Mit der Veröffentlichung der ICF sind nun alle WHO-Mitgliedsländer aufgefordert, sie anzuwenden (Ewert & Stucki, 2007). Mit diesem Schritt sind also Krankheiten (ICD-10) und Funktions-

fähigkeit (ICF) gleich bedeutsam, was eine deutliche Aufwertung psychosozialer Faktoren mit sich bringt.

Das biopsychosoziale Gesundheitsmodell der WHO

Das biopsychosoziale Gesundheitsmodell beschreibt die sog. *funktionale Gesundheit* als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen einem Gesundheitsproblem (klassifizierbar nach ICD-10) und Kontextfaktoren. Dies geht weit über das vorhergehende Krankheitsfolgenmodell hinaus: Wenn wir uns wieder unserem Beispiel zuwenden, können die Unterschiede zwischen beiden in diesem neuen Modell adäquat beschrieben werden, indem Alter und Trainingsstand als sog. *personbezogene Faktoren* mit in die Darstellung der funktionalen Gesundheit aufgenommen werden. Die im Modell angenommenen Wechselwirkungen lassen sich auch grafisch gut abbilden (siehe Abb. 1): Alles kann mit allem zusammenhängen. Es werden dabei auch keine kausalen Richtungen festgelegt. Gerade das ermöglicht einen großen Gestaltungsspielraum.

Die mittlere Ebene enthält die vier Komponenten *Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe*, die eine genaue Beschreibung der aktuellen funktionalen Gesundheit zulassen. In der oberen Ebene des Modells ist das *Gesundheitsproblem* dargestellt, in der unteren *Kontextfaktoren*,

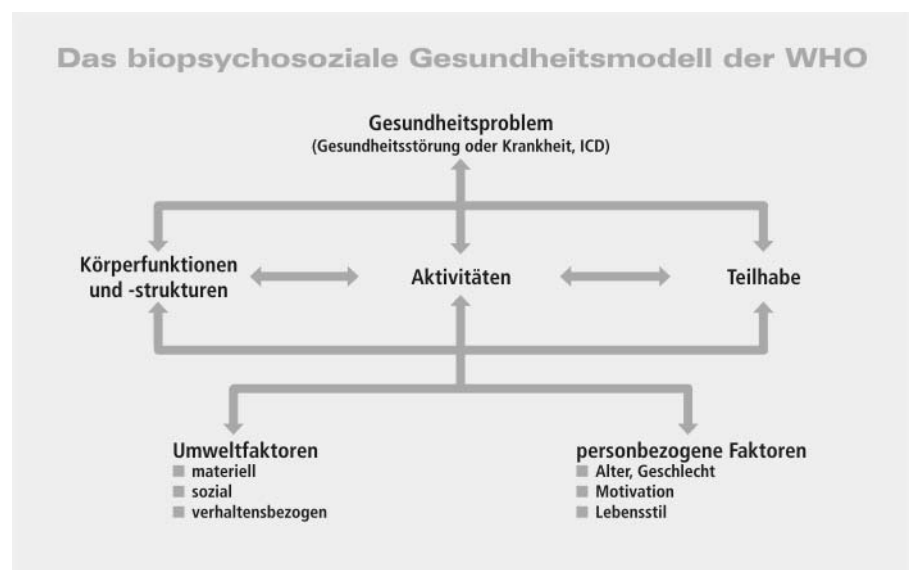


Abbildung 1: Das biopsychosoziale Gesundheitsmodell der WHO (DIMDI, 2005)

die einen positiven oder negativen Einfluss auf die funktionale Gesundheit haben können. Hierbei wird zwischen *personbezogenen Faktoren* und *Umweltfaktoren* unterschieden. Betrachten wir wieder das Beispiel der RentnerInnen: Die Frage, ob z. B. nach einer Knieverletzung in ihrer jeweiligen Umgebung ein barrierefreier Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln vorhanden ist oder nicht, hat Einfluss auf ihre Möglichkeiten der sozialen Teilhabe und kann somit als Umweltfaktor eine Bedeutung für die Beurteilung der funktionalen Gesundheit haben.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Mit dem Klassifikationssystem ICF hat die WHO erstmalig ein umfassendes, systematisches Klassifikationssystem zur Beschreibung von Gesundheit und Behinderung vorgelegt (DIMDI, 2005). Der Anspruch hierbei war, ein System zu erschaffen, mit dem Krankheit und Gesundheit in allen Mitgliedsländern weltweit vergleichend beschrieben werden können. Dies vor allem mit dem Ziel, systematisch aufzeigen zu können, in welchen Ländern dieser Welt sich Bedingungen wie z. B. Armut, politische Unruhen, Diskriminierung und mangelnder Zugang zu medizinischer Versorgung negativ auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken, und daraus auch politische Forderungen ableiten zu können.

Ein weiterer Anspruch besteht darin, Erhalt und Wiederherstellung funktionaler Gesundheit nicht als Problem des/der Einzelnen, sondern als gesellschaftliche Aufgabe zu sehen. Besondere Bedeutung erhält hierbei die Teilhabe. Damit verbunden war auch die Reduktion von Stigmatisierung, die durch Erkrankung und Behinderung entstehen können: Betrachtet man auf der Ebene der funktionalen Gesundheit beispielsweise

Arbeitsunfähigkeit, spielt es eine weniger große Rolle, wodurch diese verursacht wird (z. B. ein gebrochenes Bein vs. Depression). Für die Reduktion von Diskriminierung spielt auch eine Rolle, dass mit der ICF eine rein defizitorientierte Sichtweise verlassen wurde: Die ICF verwendet durchgängig eine neutrale Sprache, Begriffe wie Handicap oder Behinderung wurden durch neutrale Begriffe ersetzt. Zudem können auch Förderfaktoren und Ressourcen dargestellt werden.

Die ICF ist analog zum biopsychosozialen Modell aufgebaut und besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil werden als Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung in verschiedenen Kapiteln Körperfunktionen, Körperstrukturen sowie Aktivitäten und Partizipation beschrieben. Der zweite Teil enthält als Komponente der Kontextfaktoren ein Kapitel, in dem Umweltfaktoren beschrieben werden. In den verschiedenen Komponenten sind wiederum Unterkapitel und Kategorien dargestellt, die nach einem alphanumerischen Codesystem geordnet sind. Insgesamt beinhaltet die ICF 1424 verschiedene Kategorien.

Im Vergleich zum biopsychosozialen Gesundheitsmodell gibt es im Klassifikationssystem zwei gravierende Unterschiede: Aktivitäten und Partizipation werden in einem Kapitel und nicht in zwei separaten dargestellt. Personbezogene Faktoren sind im Klassifikationssystem gar nicht enthalten. Dies hat nicht den Grund, dass diesen keine große Bedeutung beigemessen wird. Vielmehr konnte über eine Klassifikation personbezogener Faktoren bislang keine Einigung erzielt werden. Eine deutsche Arbeitsgruppe hat einen Vorschlag hierzu erarbeitet (Grotkamp et al., 2010), vonseiten der WHO gibt es derzeit aber noch keine verabschiedete und gültige Version.

Ohne eine Beurteilungsmöglichkeit, ob bezüglich der verschiedenen Kategorien überhaupt Beeinträchtigungen beste-

hen oder ob es Förderfaktoren gibt, die die funktionale Gesundheit begünstigen, ist die ICF nicht sinnvoll anwendbar. Daher enthält die ICF für jede der Komponenten sog. *Beurteilungsmerkmale*. Allgemein wird dabei eine fünfstufige Beurteilungsskala verwendet, die eine Beurteilung des Schweregrads erlaubt (siehe Abb. 2).

Grenzen der ICF und Anwendungsbarrieren

Die ICF selber kann nicht direkt als Messinstrument eingesetzt werden. So geben die Beurteilungsmerkmale eine eher globale Orientierung darüber, wie eine Beurteilung ausfallen kann, und sind als Vorgabe für eine exakte Messung nicht hinreichend konkret beschrieben. Weiterhin ist es mit der ICF, anders als bei der ICD-10, nicht möglich, eine Art zusammengefasste Diagnose der funktionalen Gesundheit zu erstellen. Dies macht den großen Umfang des Klassifikationssystems zu einer Herausforderung in der praktischen Anwendung. Wenig überraschend wird die hohe Komplexität sehr häufig von AnwenderInnen als Anwendungsbarriere benannt.

Anwendung der ICF

Die Anwendung der ICF ist allerdings auf verschiedenen Umsetzungsebenen möglich. Eine erste Ebene ist die Orientierung der Fallkonzeption und Behandlungsplanung am biopsychosozialen Modell. Viele AnwenderInnen haben hierzu eigene Dokumentationsblätter entwickelt, die die einzelnen Teile des biopsychosozialen Modells enthalten. Die zweite Ebene der Umsetzung ist die zusätzliche Verwendung der ICF-Fachsprache, d. h. die Verwendung der Begriffe Aktivitäten, Teilhabe, Kontextfaktoren usw. im Sinne der ICF. Dieser Grad der Umsetzung wurde im aktualisierten Leitfadens der Deutschen Rentenversicherung zum Reha-Entlassbericht konsequent umgesetzt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014).

Der nächste Umsetzungsschritt beinhaltet, Kategorien der ICF auszuwählen und zu beurteilen. Hierbei ist die Entwicklung der sog. ICF Core Sets relevant. Für viele Erkrankungsgruppen existieren mittlerweile ICF-Core-Sets, in denen durch einen systematischen und mehrstufigen Prozess diejenigen Kategorien ausgewählt wurden, die für eine bestimmte Erkrankung und/oder einen bestimmten Versorgungssektor besonders relevant sind (Bickenbach, 2012). Für eine genauere Beurteilung der Beein-

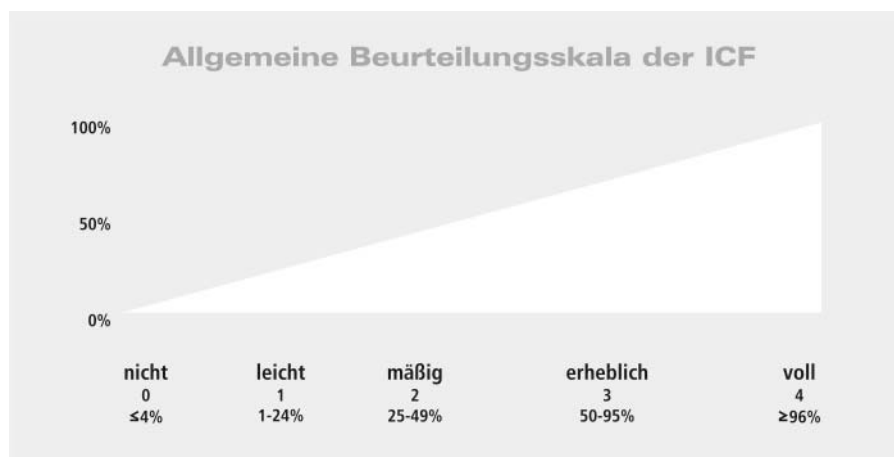


Abbildung 2: Allgemeine Beurteilungsskala der ICF

trächtigung existiert mittlerweile eine Anzahl an Messinstrumenten, u. a. das von der WHO selbst zur Verfügung gestellte WHO Disability Assessment Schedule II (Ustün et al., 2010). Der Fokus dieser neu entwickelten Instrumente liegt zumeist auf einer Erfassung von Einschränkungen im Bereich Aktivitäten und Teilhabe.

Derzeitige Umsetzung der ICF und Bedeutung für die Versorgungspraxis

Die hohe Komplexität und der große Umfang der ICF sowie auch konzeptionelle Unschärfe lassen sich nicht wegdiskutieren. Dennoch: Eine konsequente Umsetzung des biopsychosozialen Modells (erste Ebene der Umsetzung) ist mit wenig bürokratischem Aufwand machbar und ermöglicht eine stärker patientInnenorientierte Versorgungsgestaltung. Zudem existieren mittlerweile viele gut ausgear-

beitete Anwendungshilfen, die die Umsetzung der ICF erleichtern. Ein Ärgernis bleibt, dass es keine einheitlichen Vorgaben der verschiedenen Kostenträger gibt, in welchem Ausmaß die ICF umgesetzt werden sollte.

Literatur

Bickenbach, J., Cieza, A., Rauh, A. & Stucki, G. (Hrsg.) (2012). *Die ICF Core Sets. Manual für die klinische Anwendung* (Reihe: ICF Research Branch). Bern: Huber.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014). *Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015* (überarb. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. Online verfügbar: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/infos_fuer_reha_einrichtungen/download_leitfaden_einheitl_e_bericht_2015.pdf [12.08.2015].

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Neu-Isenburg: MMI.

Ewert, T. & Stucki, G. (2007). The international clas-

sification of functioning, disability and health. Potential applications in Germany. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(7), 953-961.

Grotkamp, S., Cibis, W., Behrens, J., Bucher, P. O., Deetjen, W., Nyffeler, I. D., Gutenbrunner, C., Hagen, T., Hildebrandt, M., Keller, K., Nüchtern, E., Rentsch, H. P., Schian, H.-M., Schwarze, M., Sperling, M. B. & Seger, W. (2010). Personal contextual factors of the ICF draft from the working group »ICF« of specialty group II of the German Society for Social Medicine and Prevention. *Gesundheitswesen*, 72(12), 908-916.

Ustün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Saxena, S., Korff, M. v. & Pull, C. (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(11), 815-823.

World Health Organization (WHO) (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Genf: WHO. Online verfügbar: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> [12.08.2015].

World Health Organization (WHO) (1980). *Internationale Klassifikation of impairments, disabilities and handicaps*. Genf: WHO.

World Health Organization (WHO) (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (9., überarb. Aufl.). Bern: Huber.

Anzeige



ZKS ■ Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

■ Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

Die Anerkennung durch die ZKS bietet Ihnen:

- Gütesiegel und klares professionelles Profil
- Sichtbarkeit von Qualifikation, Berufserfahrung und Kompetenzen
- Anteil an der Entwicklung einer Klinischen Fachsozialarbeit in Deutschland
- Anteil am entstehenden Netzwerk von Hochschulen, Verbänden und Praxis

Für die Anerkennung benötigen Sie:

- mehrjährige klinische Berufserfahrung
- Nachweis einschlägiger psychosozialer Fort- und Weiterbildungen, Selbsterfahrung und Supervision

Informationen erhalten Sie bei:

- Gerhard Klug, E-Mail: gerhard.klug@klinische-sozialarbeit.de
- Website der ZKS: www.klinische-sozialarbeit.de

■ Interaktive Wissensdatenbank als soziales Medium

- seit Juni 2015 online
- Vernetzung kooperierender FachsozialarbeiterInnen
- Austausch von Wissen, Inhalten, Konzepten, Veröffentlichungen
- Website: www.zks.peerconnect.eu



■ Spezialisierter Fachverlag

Angebote des Verlags:

- Veröffentlichungen als PDF downloaden
- Filme und Interviews online anschauen
- hoher Verbreitungsgrad
- fachlich-wissenschaftliches Umfeld der Veröffentlichungen
- hohe wissenschaftliche Standards
- kostenlos



Bewerbung und Information:

- eigene Artikel und Publikationen senden Sie an: einreichen@zks-verlag.de
- Weitere Informationen erhalten Sie unter: www.zks-verlag.de

Eigenständiges Screening und Diagnostik durch die Soziale Arbeit – Auszüge aus einer Evaluationsstudie

Philipp F. Preßmann

Hintergrund

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) hat einen prominenten Stellenwert bei der Behandlung und Integration von PatientInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) (Hillert et al., 2009). Die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit entsprechender MBOR-Konzepte konnten in der Vergangenheit vielfach belegt werden (Bethge, 2010, Bethge & Müller-Fahrnow, 2008, Kittel & Karoff, 2008). Insbesondere profitieren Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen von den Maßnahmen (Streibelt, 2007), d. h. Menschen, die eine deutliche Diskrepanz zwischen der Leistungsfähigkeit und den Arbeitsplatzanforderungen aufweisen. Der Anteil dieser Klientel wird auf ein Drittel der Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung geschätzt (Müller-Fahrnow & Radoschewski, 2006, 2009).

In der Vergangenheit wurden medizinische und berufliche Teilhabeleistungen häufig zeitlich und konzeptionell unabhängig voneinander erbracht (Röckelein et al., 2011). Eine engere Verzahnung ist vor dem Hintergrund der sich wandelnden Arbeits- und Berufswelt eine notwendige Weiterentwicklung des rehabilitativen Versorgungssystems (Löffler et al., 2012). Arbeits- und berufsbezogene Problemlagen sind in Bezugnahme auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Kontextfaktoren anzusehen (WHO, 2001). Sie bestimmen die Integration ins Erwerbsleben wesentlich mit. Für die Erfassung, Beschreibung und Bearbeitung arbeitsweltlicher, beruflicher und motivationaler Problemlagen sind in der medizinischen Rehabilitation insbesondere die nichtmedizinischen Berufsgruppen verantwortlich. Eine Einbeziehung der Sozialen Arbeit stellt daher eine unabdingbare Voraussetzung für die berufliche Wiedereingliederung der PatientInnen bzw. die Reintegration ins Erwerbsleben dar. Die darauf spezialisierten Berufsgruppen der Sozialen Arbeit haben bei der Identifikation der Bedarfslagen und der Benennung deren Ausmaßes ihre eigenen Vorgehensweisen entwickelt. Der Kontakt zur Sozialen Arbeit innerhalb des klinischen Settings wird jedoch in der Regel über das ärztliche Aufnahmegespräch hergestellt, d. h., es wird ein Screening von MedizinerInnen durchgeführt.

Methode

In einer Forschungsstudie wurde ein spezielles geschlossenes MBOR-Gruppenprogramm für körperlich tätige ArbeiterInnenberufsgruppen evaluiert (Preßmann, 2014a, Preßmann et al., 2015b). Die Hauptfragestellung fokussiert auf die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit des speziellen MBOR-Programms für Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen. Die Stichprobe (n = 377) setzte sich aus Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Westfalen mit orthopädischer Indikation (Krankheiten des Muskel-Skelettsystems) zusammen, für die kein akuter Versorgungsbedarf bestand und keine Anschlussheilbehandlung indiziert war.

Die Studie war als randomisierte kontrollierte Interventionsstudie mit einem prospektiven Längsschnittdesign angelegt. Die StudienteilnehmerInnen wurden mittels Fragebogen zu vier Messzeitpunkten befragt: zum Beginn der Reha, am Ende der Reha sowie in einem Follow-up nach jeweils sechs und zwölf Monaten.

Das Interventionsprogramm ist gekennzeichnet durch intensivierte physio- bzw. sporttherapeutische Maßnahmen, eine kontinuierliche Gruppenbetreuung durch eine/n speziell qualifizierte/n TherapeutIn, eine interdisziplinäre Team-Visite sowie ein Ergonomietraining in Theorie und Praxis (auf einer Übungsbaustelle), welches auf die Arbeitssituationen im Berufsalltag abstellt. Ein wichtiges Instrument des Interventionsprogramms, das in geschlossenen Gruppen durchgeführt wird, ist die interdisziplinäre Team-Visite zu Beginn der Rehabilitation, in der die Soziale Arbeit nach integrations- bzw. teilhaberelevantem Beratungsbedarf screent und diagnostisch tätig wird, um Bedarfe zu priorisieren sowie gezielte Gespräche vorzubereiten. TeilnehmerInnen der Team-Visite sind neben den SozialarbeiterInnen der Chefarzt bzw. die Chefarztin, der/die GruppenleiterIn aus Sport- und Physiotherapie sowie ein/e externe/r ArbeitsmedizinerIn als ExpertIn für die Arbeitsplatzbedingungen und Arbeitsplatzanforderungen (umweltbezogene Kontextfaktoren nach ICF). Bei Bedarf wird das Team durch eine/n MitarbeiterIn der psychologischen Abteilung ergänzt. Die Kontrollgruppe bekam ein konventionelles orthopädisches Rehabilitationsverfahren.

Ergänzend zu der quantitativ angelegten Vorgehensweise wurden Daten von TherapeutInnen, ÄrztInnen und PatientInnen mittels qualitativer Interviewbefragungen generiert und inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring, 2010). Die Ergebnisse der Interviewerhebung bilden den Kern der nachfolgenden Ausführungen.

Ausgewählte Ergebnisse

Die Ergebnisse der quantitativen Fragebogenerhebungen zeigen, dass PatientInnen, die am Interventionsprogramm teilnahmen, im Vergleich zu PatientInnen der Kontrollgruppe einen signifikant besseren Gesundheitszustand, eine bessere körperliche Funktionsfähigkeit sowie eine verbesserte Funktionsfähigkeit im Beruf berichteten. Teilweise lassen sich die Wirkungen bis zu einem Jahr nach Abschluss der Rehabilitation nachweisen. Gleichfalls können die Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr nach der Rehabilitation im Vergleich zum Jahr vor der Rehabilitation deutlich verringert werden (in der Interventionsgruppe von ca. 34 Tagen auf knapp 16 Tage und in der Kontrollgruppe von ca. 34 Tagen auf etwa 24 Tage).

Aus den qualitativen Interviewbefragungen wurde ersichtlich, dass neben dem positiven Gruppeneffekt, der durch die geschlossene Gruppenzugehörigkeit im Interventionsprogramm erreicht wird, insbesondere der frühzeitige Einsatz der SozialarbeiterInnen bzw. SozialberaterInnen einen bedeutenden Stellenwert hat: Alle beteiligten Berufsgruppen des Reha-Teams sowie die PatientInnen geben an, aus der interdisziplinären Zusammenkunft der Team-Visite für die eigene Arbeit (Situation) einen Profit zu ziehen. Dafür vordergründig sind der unmittelbare Austausch und die Möglichkeit, unverzüglich offene Fragen abklären zu können – sowohl untereinander im Team als auch gemeinsam mit dem/der jeweiligen PatientIn. Therapien und Maßnahmen lassen sich bedarfs- und zielgerichteter, schneller und passgenauer planen, einleiten und/oder anbahnen. Die Sozialberatung profitiert in der Team-Visite von der ärztlichen Einschätzung des Belastungsspektrums bzw. des voraussichtlichen positiven und negativen Leistungsvermögens. Die ÄrztInnen schät-

zen die unmittelbare Expertise der SozialberaterInnen: Sie ermöglicht eine genaue Erfassung der arbeits- und berufsbezogenen Probleme und ggf. die rasche Einleitung weiterer Maßnahmen sowie die Priorisierung bedarfsadäquater Therapien und das Festlegen spezifischer Ziele für den Klinikaufenthalt. Umweltbezogene Kontextfaktoren, d.h. die Einschätzung zu Arbeitsplatzbedingungen bzw. -anforderungen, stehen einerseits durch die Expertise der ArbeitsmedizinerInnen zur Verfügung und können andererseits im Austausch mit den PatientInnen vervollständigt werden. Personenbezogene Kontextfaktoren werden über Befunde, Aufnahmeuntersuchungen sowie ebenfalls den Austausch mit den PatientInnen generiert.

Die Einleitung von passgenauen Maßnahmen braucht in der Regel Zeit: Der Sachstand wird zusammen mit den PatientInnen erhoben, es müssen die entsprechenden Kontakte zu externen Personen und Institutionen ermittelt werden, der »Fall« muss bearbeitet und abgestimmt werden, um für die PatientInnen einen bedarfsadäquaten Übergang mit einer individuellen Lösung zu bahnen. Das Feld der externen Personen und Institutionen ist dabei groß: ArbeitgeberInnen, Personalverantwortliche, Werks- und BetriebsärztInnen, behandelnde ÄrztInnen und/oder PhysiotherapeutInnen, RehabilitationsfachberaterInnen, Einrichtungen beruflicher Rehabilitation, Integrationsfachdienste usw. kommen für eine Kontaktaufnahme infrage, wie berichtet wird. Die eigenständige Abschätzung des Interventions- und Beratungsbedarfs durch die Sozialarbeiter wird daher als lohnend für die Ressourcenplanung und die Therapiesteuerung empfunden. Auf diese Weise können PatientInnen analog des tatsächlich vorliegenden Bedarfs im entsprechend angepassten Umfang beraten werden. Bearbeitungszeiten lassen sich von weniger beratungsintensiven Fällen auf komplexe Fälle mit hohem Beratungsbedarf umverteilen. Die klinischen ExpertInnen sind sich einig: Je früher patientInnenseitige Bedarfslagen und Bedürfnisse identifiziert und beschrieben sind, umso mehr Handlungsspielraum existiert für die Lösung der Problemlagen. Letztendlich wird das Vorgehen von den PatientInnen gelobt und als wichtiger Bestandteil auf dem Weg zur adäquaten Lösung der eigenen Problemlage empfunden.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Mittels des zielgerichteten Screenings und der Diagnostik durch die Soziale Arbeit werden Kontextfaktoren im Sinne der

ICF nahezu vollständig erfasst. Die identifizierten arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen finden zeitnah Eingang in die individuelle MBOR-Therapieplanung. Die bedarfsgerechte Bearbeitung der individuellen Problemlagen, d.h. die Empfehlung und Anbahnung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und/oder (Wieder-)Eingliederungsmaßnahmen helfen bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und sind somit essenzielle Voraussetzung für eine nachhaltige (Re-)Integration der PatientInnen ins Erwerbsleben.

Diese Einschätzung aus dem therapeutischen ExpertInnenteam wird von den quantitativen Daten der Evaluationsstudie gestützt: PatientInnen, die die MBOR-Interventionsbehandlung bekommen, berichten sechs und zwölf Monate nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung von einem besseren Gesundheitszustand, einer besseren körperlichen Funktionskapazität und einer besseren Funktionsfähigkeit im Beruf im Vergleich mit PatientInnen, die eine konventionelle orthopädische Rehabilitationsbehandlung bekamen (Preßmann, 2014a).

Als Limitation muss erwähnt werden, dass das beforschte MBOR-Programm als komplexe Gesamtintervention verstanden werden muss. Die Ergebnisse der quantitativen Evaluationsstudie lassen daher keine Rückschlüsse zu auf die einzelnen Bestandteile des Programmes (also auch die Team-Visite), sondern nur Aussagen zur Wirksamkeit der kompletten MBOR-Intervention. Durch die Triangulation mit dem zweiten (qualitativen) methodischen Zugang konnten jedoch einzelne Bestandteile der MBOR-Behandlung als Wirkfaktoren eingegrenzt werden. Dazu zählen insbesondere das Screening und die Diagnostik der Sozialen Arbeit innerhalb der Team-Visite. Diese eigenständige Filterung und Bedarfsabschätzung für weitere Maßnahmen kann somit als ein Erfolgsfaktor für die berufliche Integration bei medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsleistungen angesehen werden. Allerdings sollte in weiterführenden Studien das genaue Potenzial der frühzeitigen und eigenständigen Intervention der Sozialen Arbeit zur Optimierung der Versorgungsprozesse geklärt werden. Dieser Aspekt ist derzeit Bestandteil einer formativen Evaluation (Preßmann, 2014b, Preßmann et al., 2015a).

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutsamkeit von eigenem Screening und der Diagnostik durch die Soziale Arbeit als wichtigem Bestandteil für die Bedarfsadäquanz, die Kontinuität der Versorgung sowie die Ressourcenallokation im Prozess der MBOR-Behandlung. Rationierung und Priorisierung nach den not-

wendigen Grundsätzen einer wirtschaftlichen Versorgung gehen somit nicht zu Lasten der Versorgungsqualität, insbesondere nicht zu Lasten der PatientInnenorientierung, wie aus dem vorliegenden Beispiel ersichtlich wird.

Literatur

- Bethge, M. (2010). *Patientenorientierung und Wirksamkeit einer multimodalen medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation*. Lengerich: Pabst.
- Bethge, M. & Müller-Fahrnow, W. (2008). Wirksamkeit einer intensivierten stationären Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen: systematischer Review und Meta-Analyse. *Die Rehabilitation*, 47(4), 200-209.
- Hillert, A., Müller-Fahrnow, W. & Radoschewski, F. M. (Hrsg.) (2009). *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kittel, J. & Karoff, M. (2008). Lässt sich die Teilhabe am Arbeitsleben durch eine berufsorientierte kardiologische Rehabilitation verbessern? Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie. *Die Rehabilitation*, 47(1), 14-22.
- Löffler, S., Gerlich, C., Lukaszczik, M., Vogel, H., Wolf, H.-D. & Neuderth, S. (2012). *Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation* (3., akt. u. erw. Aufl.). Würzburg: Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften. Online verfügbar: http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/praxishandbuch_2012/ [11.08.2015].
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11., akt. u. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Müller-Fahrnow, W. & Radoschewski, F. M. (2006). Theoretische Grundlagen der MBO-Rehabilitation. In W. Müller-Fahrnow, T. Hansmeier & M. Karoff (Hrsg.), *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments – Interventionen – Ergebnisse* (S. 36-46). Lengerich: Pabst.
- Müller-Fahrnow, W. & Radoschewski, F. M. (2009). Grundlagen: Einleitung. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow & F. M. Radoschewski (Hrsg.), *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis* (S. 1-14). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Preßmann, P. F. (2014a). Evaluation der Nachhaltigkeit einer berufsorientierten Rehabilitation am Beispiel des RehaBau-Projektes für Bauhandwerker (NABEOR). In Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V. Norderney (Hrsg.), *VFR-Forschungsbericht. Ausgabe 2014* (S. 38-39). Norderney: VFR.
- Preßmann, P. F. (2014b). Optimierung von medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsprozessen und Identifikation von Indikatoren guter Praxis (OptiPro). In Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V. Norderney (Hrsg.), *VFR-Forschungsbericht. Ausgabe 2014* (S. 44-45). Norderney: VFR.
- Preßmann, P. F., Kleine, S., Philipp, J. & Leibbrand, B. (2015a). *Bedingungsfaktoren bei der Implementierung von medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsprozessen*. Vortrag beim 14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung »Systeminnovationen für eine bessere Gesundheit!?, 07.-09.10.2015 in Berlin.
- Preßmann, P. F., Philipp, J. & Leibbrand, B. (2015b). *MBOR für körperlich tätige Arbeiterberufe*. Online verfügbar: <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/umsetzung/praxisbeispiele/057/> [11.08.2015].
- Röckelein, E., Lukaszczik, M. & Neuderth, S. (2011). Neue Ansätze zur arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54(4), 436-443.
- Streibelt, M. (2007). *Aktivität und Teilhabe. Wirksamkeit berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung*. Lengerich: Pabst.
- World Health Organization (WHO) (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Genf: WHO.

Begleitende Sozialberatung während der stufenweisen Wiedereingliederung – Evaluation eines Nachsorgeangebotes

Veit Becker

Hintergrund

In der Eifelklinik Manderscheid konnte im Februar 2015 die Studie zur begleitenden Sozialberatung während der stufenweisen Wiedereingliederung erfolgreich abgeschlossen werden. Die im Januar 2012 mit 351 StudienteilnehmerInnen gestartete Untersuchung basierte auf Ergebnissen aus aktuellen Studien zum Empfehlungsverhalten und zur Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung, auf ersten Erfahrungen mit begleitender Nachsorge (vgl. Bürger, 2010) und der seit 2007 erhobenen klinik-internen Evaluation. Neben der Hauptfragestellung, ob die begleitende Sozialberatung in der stufenweisen Wiedereingliederung zu höheren Wiedereingliederungsraten führt, wurde der Frage nachgegangen, welcher Zusammenhang zwischen Vorerkrankung, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitsplatz bzw. Belastungen am Arbeitsplatz, Zukunftsver-

trauen und dem Verlauf der stufenweisen Wiedereingliederung besteht. Die Ergebnisse konnten auf dem Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Augsburg im März 2015 erstmals der Öffentlichkeit vorgestellt werden. Einen umfassenden Überblick über die Studie bietet der gemeinsame Evaluationsbericht der Universität Trier und der Eifelklinik Manderscheid, der demnächst veröffentlicht wird (vgl. auch Krampen et al., 2014).

Die Erprobung des Nachsorgeangebotes wurde im Rahmen einer Kontrollstudie durch das Rehabilitations-Forschungsnetzwerk (refonet) der Deutschen Rentenversicherung Rheinland gefördert und in der Eifelklinik Manderscheid, einer Fachklinik für Psychosomatik, evaluiert. Die als begleitende Sozialberatung während der stufenweisen Wiedereingliederung angebotene Nachsorge wurde als intensiviertere Beratung während der stationären Behandlung

und als telefonische Nachsorge nach Reha-Entlassung zur stufenweisen Wiedereingliederung angeboten.

Methode

Die Wirkung der begleitenden Sozialberatung wurde mit einem Kontrollgruppen-Design evaluiert. Die Einteilung der StudienteilnehmerInnen in Interventions- und Kontrollgruppen erfolgte in monatlichem Wechsel. Gesundheitsökonomische Daten wurden durch ein Krankheitskostentagebuch erfasst, in dem die StudienteilnehmerInnen nach Entlassung aus der Rehabilitation Gesundheitsdaten (u.a. ArztInnenbesuche bzw. spezifische Behandlungen, Medikamentenkosten) eintrugen.

In einem ersten Schritt wurden über alle für die Wiedereingliederung vorgesehenen PatientInnen Daten zur Diagnose, Krankheitsverlauf, Arbeitsunfähig-

Anzeige

MASTER KLINISCHE SOZIALARBEIT

Berufsbegleitender postgradualer Masterstudiengang

Voraussetzungen:

berufsqualifizierender Abschluss eines Hochschulstudiums, mindestens einjährige einschlägige Berufspraxis

Studienumfang:

90 Credits

Studienkosten:

z. Zt. 7.000,- Euro

Bewerbungsschluss:

1. Juli 2016

Studienbeginn:

WS 2016/17

Kontakt/Informationen:

Katholische Hochschule
für Sozialwesen
Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin

Ansprechpartnerin:

Margit Wagner
Tel. +49 (0)30. 50 10 10 -47
margit.wagner@khsb-berlin.de



www.khsb-berlin.de



keitszeiten, Beratungsbedarf und Risikofaktoren erhoben. Der Fragebogen umfasst 13 Items zu Geschlecht, Alter, genauen Familienverhältnissen, Ausbildungs-, Berufs- und Gesundheitsinformationen. Diese Daten wurden über die PatientInnenakten und die Stammdaten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ohne persönliche Beteiligung der PatientInnen ermittelt. Mit Studienaufnahme erhielten die TeilnehmerInnen einen Fragebogen zu Arbeitszufriedenheit, Handlungsspielraum und Zukunftstrauen. Zwei Wochen später wurde ein Wiederholungsfragebogen ausgegeben, um Veränderungen im Behandlungsverlauf messen zu können. Sechs Monate nach Reha-Entlassung erhielten die StudienteilnehmerInnen einen Katamnesefragebogen zum Eingliederungsverlauf, zur Bewertung des Angebots »Begleitende Nachsorge« sowie zur Angabe von hindernden und fördernden Faktoren des Eingliederungsverlaufs.

Die Daten zum langfristigen Wiedereingliederungsergebnis, zu Erwerbsstatus sowie langfristigen Arbeitsunfähigkeitszeiten konnten aus den Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung Rheinland erhoben werden. Die Daten wurden in der Klinik erfasst und zur weiteren Bearbeitung und Auswertung an die Universität Trier pseudonymisiert weitergeleitet. Aus den Versicherungskonten wurden zudem Daten zum Sozialstatus ein Jahr nach Entlassung aus der Rehabilitation bezogen. Diese Daten fließen noch bis Ende 2015 als Ergänzung in die abgeschlossene Studie ein.

Die telefonische Nachsorge wurde qualitativ durch eine Inhaltsanalyse der Telefongespräche untersucht. Dabei wurden die Telefonate zunächst protokolliert und nach Gesprächsinhalten analysiert. Die Reduktion der Gesprächsinhalte auf wesentliche Aussagen folgte der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). In einem weiteren Schritt wurden aus den Gesprächsinhalten die Verläufe der Wiedereingliederung rekonstruiert. So konnten Verlaufstypen gebildet und miteinander verglichen werden.

Ergebnisse

Der intendierte Interventionscharakter einer intensivierten Beratung fiel im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht so deutlich aus wie ursprünglich beabsichtigt. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass ProbandInnen der Kontrollgruppe häufiger die reguläre Sprechstunde der Sozialberatung aufsuchten als ProbandInnen der Interventionsgruppe. Zudem kann vermutet werden, dass PatientInnen die Kompetenz besitzen, einen ei-

genen Beratungsbedarf zu erkennen und sich die benötigte Unterstützung auch selbstständig einzuholen (siehe Abb. 1 und 2).

Die Interventionsgruppe weist mit 83,7% eine etwas höhere Rate zur Arbeitsplatzrückkehr auf als die Kontrollgruppe (80,2%). Allerdings fällt dieser Unterschied bei näherer Betrachtung nicht deutlich aus. Auch die Wiedereingliederungsquoten fallen sowohl in der Gesamtstichprobe mit 82,1% als auch in der Interventionsgruppe mit 83,2% und der Kontrollgruppe mit 87,4% durchgängig hoch aus (Abb. 3).

Dagegen sind die Abbruchquoten vor allem im Vergleich zu der Studie von Bürger, Kluth und Koch (2008) mit 4,2% in der Gesamtstichprobe, mit 4,7% in der Interventions- und 3,5% in der Kontrollgruppe als äußerst gering anzusehen. Zwar bestehen auch hier keine abgesicherten Gruppenunterschiede, jedoch weisen die sehr geringen Abbruchquoten insgesamt auf einen positiven Einfluss von guter Beratung und Begleitung des Wiedereingliederungsprozesses durch den Sozialdienst hin (vgl. Krampen et al., 2014).

Insgesamt betrachtet können die ursprünglich postulierten mittleren Effekte einer intensivierten Begleitung der stufenweisen Wiedereingliederung auf Variablen wie Beratungszufriedenheit, Arbeitszufriedenheit, körperliche und psychische berufsbedingte Belastung, erfolgreiche Beendigung der stufenweisen Wiedereingliederung, Fortsetzung der Berufstätigkeit oder den Beschäftigungsstatus nicht deutlich bestätigt werden (vgl. ebd.). Entsprechend *kleinere* Effekte der Intervention sind jedoch nach wie vor denkbar, würden jedoch eine (bezüglich der Anzahl der StudienteilnehmerInnen) umfangreichere Evaluation erfordern. Für die Raten zur Arbeitsplatzrückkehr zeigte sich eine leichte Überlegenheit der Interventions- gegenüber der Kontrollgruppe. Mittlere Effekte der Intervention können hingegen mit ausreichender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

In der vorliegenden Studie konnte der Befund von Bürger, Kluth und Koch (2008) bestätigt werden. PatientInnen, die eine Wiedereingliederung abbrechen, sind signifikant älter als TeilnehmerInnen der stufenweisen Wiedereingliederung, die diese beenden und die Berufstätigkeit wieder aufgreifen (vgl. Krampen et al., 2014).

Ein Gelingen der Wiedereingliederung und ein Fortsetzen der Berufstätigkeit scheinen mit erfolgreichen Verläufen der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung und mit einer hohen Qualität der Beratung des Sozialdienstes

in Verbindung zu stehen, wie die Ergebnisse zur Beratungszufriedenheit und zur Therapieerfolgsmessung nahelegen (vgl. ebd.). Weiterhin scheinen diejenigen StudienteilnehmerInnen, die eine stufenweise Wiedereingliederung beenden, sich dadurch auszuzeichnen, dass sie eine geringere körperliche berufsbedingte Belastung (zu Behandlungsbeginn), eine höhere Arbeitszufriedenheit (zu allen Messzeitpunkten) sowie einen Arbeitsplatz haben, der mehr soziale Rückendeckung, eine bessere Zusammenarbeit und bessere Informations- sowie Rücksprachemöglichkeiten aufweist, als die TeilnehmerInnen, die die stufenweisen Wiedereingliederung nicht beenden (vgl. ebd.).

Darüber hinaus schätzten diejenigen StudienteilnehmerInnen, die später ihre Berufstätigkeit fortsetzen konnten, die Ganzheitlichkeit (u. a. Handlungsspielräume, Vielseitigkeit, Zusammenarbeit, Qualitative Arbeitsbelastung, Information und Mitspracherecht) ihrer Arbeit sowie die soziale Rückendeckung (u. a. soziale Unterstützung, soziale Geborgenheit) an ihrem Arbeitsplatz wie auch ihre eigenen Distanzierungsfähigkeiten (Fähigkeit zur psychischen Erholung von der Arbeit) gegenüber der Arbeit höher ein als TeilnehmerInnen, die ihre Berufstätigkeit nicht fortsetzten (vgl. ebd.).

Die Untersuchung der Verläufe der stufenweisen Wiedereingliederung hat verdeutlicht, dass PatientInnen sich in den meisten Fällen mit zunehmender Dauer des Arbeitsversuchs offensichtlich stabilisieren. Ebenso wurde deutlich, dass die »Begleitende Sozialberatung« zur Klärung von formalen und arbeitsinhaltlichen Fragen rege in Anspruch genommen wurde und zur Stabilisierung des Verlaufs der stufenweisen Wiedereingliederung beitragen konnte. Die meisten Fälle (44%) konnten dem Verlaufstyp »schwieriger Verlauf der stufenweisen Wiedereingliederung, PatientIn kommt zurecht« zugeordnet werden.

Diese und die folgenden Kategorien wurden durch die abschließende Auswertung aller Telefonprotokolle (u. a. durch Inhaltsanalyse nach Mayring, 2010, Erfassen und Einordnen der Gesprächsthemen) gebildet. Die Kategorien bildeten den Verlauf der stufenweisen Wiedereingliederung ab, der durch das telefonische Beratungsgespräch rekonstruiert wurde. 33% der StudienteilnehmerInnen berichteten von »positiven Erfahrungen mit der stufenweisen Wiedereingliederung und ihren ArbeitgeberInnen«. Hier wurden keine Startschwierigkeiten berichtet. Bei 11% der StudienteilnehmerInnen wurde trotz erfolgreich abgeschlossener stufenweiser Wiedereingliederung von »negativen Erfah-

Absolute Häufigkeiten selbstinitiiierter Sprechstundentermine

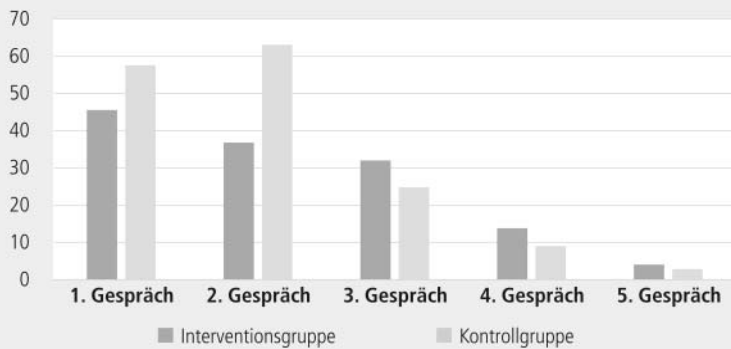


Abbildung 1: Vergleich der absoluten Häufigkeiten der selbstinitiierten Sprechstundentermine (während der stationären Rehabilitation) zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

Relative Häufigkeiten selbstinitiiierter Sprechstundentermine

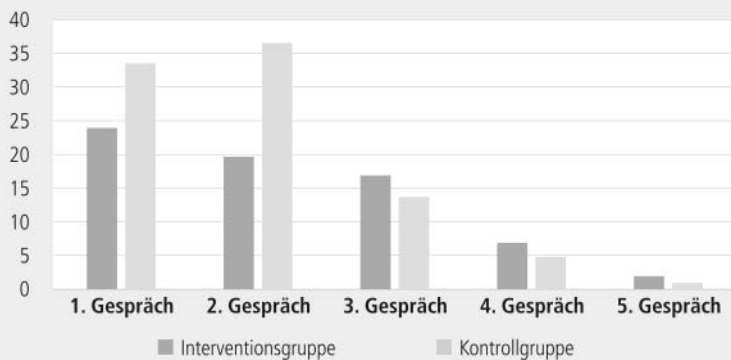


Abbildung 2: Vergleich der relativen Häufigkeiten (in Prozent; relativiert an den gültigen Fällen der jeweiligen Untersuchungsbedingung) der selbstinitiierten Sprechstundentermine (während der stationären Rehabilitation) zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

Beendigung der stufenweisen Wiedereingliederung

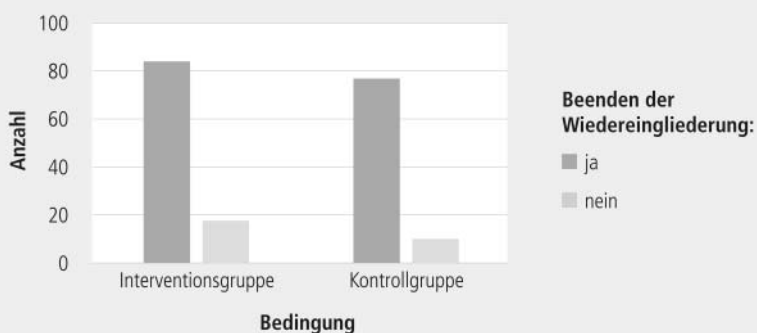


Abbildung 3: Erfolgreiche Beendigung der stufenweisen Wiedereingliederung in der Interventions- und Kontrollgruppe

rungen mit der stufenweisen Wiedereingliederung und ihren ArbeitgeberInnen« berichtet. Bei 12% der StudienteilnehmerInnen wurde der Verlauf der stufenweisen Wiedereingliederung als äußerst unsicher bzw. als gescheitert bezeichnet. Bei diesen Fällen wurde die stufenweise Wiedereingliederung aus gesundheitlichen oder organisatorischen Gründen meist verzögert begonnen, unter-

brochen, verschoben oder im Verlauf abgebrochen.

Bei Betrachtung der Gesamtgesprächsdauer sämtlicher Beratungsgespräche fiel folgende Verteilung auf: PatientInnen, die die Wiedereingliederung erfolgreich beendeten, hatten eine signifikant kürzere Gesprächsdauer im Vergleich zu denjenigen, die die Wiedereingliederung nicht erfolgreich beenden

konnten (vgl. Krampen et al., 2014). Dieser Unterschied betrug jedoch im Durchschnitt nur ca. zehn Minuten (45,64 Minuten bei erfolgreicher stufenweiser Wiedereingliederung, 54,81 Minuten bei nicht erfolgreicher stufenweiser Wiedereingliederung). Möchte man trotzdem eine inhaltliche Erklärung in Erwägung ziehen, so ist denkbar, dass der Beratungsbedarf in der Gruppe mit hohem Abbruchrisiko höher ausgeprägt ist und dieser zu einer entsprechend längeren Beratung beigetragen hat – auch wenn sich hierdurch der Abbruch nicht abwenden ließ. Die reine Quantität des Beratungsangebotes scheint hingegen keinen Effekt zu haben. Hier drückt sich möglicherweise lediglich der höhere Beratungsbedarf von StudienteilnehmerInnen aus, die einem höheren Risiko für ein späteres Scheitern der Wiedereingliederung ausgesetzt sind.

Fazit

Vor allem aus den Charakteristika der weniger erfolgreichen Wiedereingliederungsverläufe lassen sich inhaltliche Themen ableiten, die noch stärker als bisher in der Beratung und Psychotherapie der PatientInnen integriert werden können. Dies würde zudem den Einbezug der ArbeitgeberInnen erfordern, wenn es etwa um die Anpassung des Arbeitsplatzes an die Bedürfnisse älterer oder körperlich stärker belasteter ArbeitnehmerInnen, aber auch, wenn es um eine Verbesserung von sozialem Rückhalt im Betrieb, um eine bessere Zusammenarbeit, bessere Informations- sowie Rücksprachemöglichkeiten sowie bessere Handlungsspielräume und Mitsprachemöglichkeiten der Arbeit selbst geht. Die begleitende Sozialberatung würde dabei eine ausgesprochen zentrale und wichtige Rolle einnehmen, da ihr zahlreiche Schnittstellenkompetenzen der Diagnostik, Planung, Vernetzung und des Fallmanagements zukämen. Dabei ließe sich eine an den obigen Themen ausgerichtete individuelle Fallbegleitung vom Sozialdienst gut verwirklichen, die das Potenzial hat, die Abbruchquoten weiter zu reduzieren sowie die Raten erfolgreicher Rückkehr an den Arbeitsplatz weiter zu erhöhen.

Eine vernetzende und begleitende Sozialberatung in Form eines Fallmanagements könnte noch intensiver mit dem Gesundheitsmanagement der ArbeitgeberInnen kooperieren. So ließen sich langwierige betriebliche Entscheidungsprozesse, von denen laut einer klinikinternen Erhebung im Vorfeld der Studie ca. 40% aller Wiedereingliederungen betroffen sind, durch dichten

Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten verringern. Eine klinikinterne Erhebung im Vorfeld der Studie konnte zeigen, dass die Fälle mit langwierigen betrieblichen Entscheidungsprozessen deutlich das Risiko der Ablehnung durch ArbeitgeberInnen tragen. Dabei scheint nicht eine grundsätzlich ablehnende Haltung der Arbeitgeber gegenüber diesem Verfahren zum genannten Risiko beizutragen, sondern eher die Begleitumstände. Aus diesen Gründen sollte es weitere Anstrengungen wert sein, das Modell der stufenweisen Wiedereingliederung weiterzuentwickeln und ein inten-

siv mit den ArbeitgeberInnen kooperierendes Fallmanagement im Rahmen einer weiteren Studie zu evaluieren.

Literatur

Bürger, W. (2010). Begleitende Nachsorge bei Stufenweiser Wiedereingliederung zu Lasten der Rentenversicherung – Erste Erfahrungen über den inkrementellen Nutzen eines solchen Angebotes. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung*. 19. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8. bis 10. März 2010 in Leipzig* (Reihe: DRV-Schriften, Bd. 88; S. 266-268). Berlin: Deutsche Rentenversicherung. Online verfügbar: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/r>

essource?key=tagungsband_19_reha_kolloqu.pdf [13.08.2015].
 Bürger, W., Kluth, W. & Koch, U. (2008). *Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung – Häufigkeit, Indikationsstellung, Einleitung, Durchführung, Bewertung und Ergebnisse. Abschlussbericht. Ergebnisse von Routinedatenanalysen und Versichertenbefragungen zur stufenweisen Wiedereingliederung*. Karlsruhe: FBG. Online verfügbar: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=STW_Abschlussbericht.pdf [13.08.2015].
 Krampen, G., Munz, H. & Janke, D. (2014). *Begleitende Sozialberatung während der stufenweisen Wiedereingliederung. Evaluationsbericht*. Trier: Universität Trier.
 Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11., akt. u. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Reha-/Case-Management-Support – Ein klinisches Konzept für komplexe Fälle

Joachim Maier und Gisela Riedl

Die meist komplexen, komplizierten und lang dauernden Verfahrenswege bis zur beruflichen und sozialen Integration nach schweren Unfällen und bei chronifizierten Krankheitsverläufen belasten nicht nur die Versicherten durch Verschlechterung des Gesundheitszustandes, finanzielle Einbußen, soziale Isolation oder durch den Verlust an Selbstvertrauen. Sie verursachen auch extrem hohe Kosten bei Sozialleistungsträgern, privaten und öffentlich-rechtlichen Versicherern und ArbeitgeberInnen (Lohnersatzleistungen, medizinische und berufliche Maßnahmen zur Teilhabe, Entschädigungszahlungen).

Der Reha-/Case-Management-Support in Enzensberg

Vor diesem Hintergrund wurde an der m&i-Fachklinik Enzensberg ein interdisziplinäres Konzept entwickelt, das die – üblicherweise als Reha- oder Case-Management bezeichnete Steuerung dieser besonders komplexen Rehabilitationsprozesse schwer zu rehabilitierender Menschen im Auftrag eines Leistungsträgers unterstützt. Dies geschieht durch das Erarbeiten eines richtungsweisenden, konkreten Handlungsplans mit interdisziplinärem medizinischem Schwerpunkt und durch das Einbeziehen bestehender bzw. zukünftiger Arbeitsplatzanforderungen.

Der Reha-/Case-Management-Support der Fachklinik richtet sich vorwiegend an besonders gelagerte, komplizierte Fälle. Das sind PatientInnen mit lang andauernden Arbeitsunfähigkeitszeiten, abgebrochenen beruflichen Maßnah-

men, die durch ein unklares Leistungsprofil gekennzeichnet und deren Krankheitsverläufe und Behinderungsfolgen schwer einzuschätzen sind (z. B. neurologische Erkrankungen, Schädelhirnverletzungen, Amputationen, Schmerzsyndrome).

Ein Beispiel aus der Praxis: Paul, ein 44-jähriger Kraftfahrer, verheiratet und zweifacher Vater, erlitt im Dezember 2011 einen Arbeitsunfall. Diagnose: Trümmerbruch des linken Fußes. Die Folgen: CRPS (komplexes regionales Schmerzsyndrom)/Morbus Sudeck, eine Fußwurzelarthrose und ein chronisches posttraumatisches Schmerzsyndrom. Nach einer Reihe von stationären und ambulanten Behandlungen mit orthopädischer Schuhversorgung und operativer Versteifung des betroffenen Fußwurzelgelenkes folgte ein misslungener Arbeitsversuch. Paul war also weiterhin arbeitsunfähig und sein Arbeitsplatz in akuter Gefahr. Ein typischer Fall für das Netzwerk des Reha-/Case-Management-Support.

Interdisziplinäre Ausrichtung

Zentrale Bestandteile des Konzeptes sind die zeitnahe und umfassende Situationsanalyse und Leistungsdiagnostik mit Rehapotenzialermittlung, lösungsorientierte, interdisziplinäre Fachgutachten und unabhängige Empfehlungen. Es werden berufs- und arbeitsplatzorientierte Therapie- und Trainingsmaßnahmen angeboten. Ferner besteht die Möglichkeit einer Fahreignungsüberprüfung mit Fahrtraining und Fahrausbildung auf verschiedenen Fahrzeugklas-

sen für betriebsbedingte und persönliche Mobilität. Hierzu stehen behinderungsgerecht angepasste Fahrzeuge sowie das Medical Car für Brems- und Lenktests zur Verfügung.

Dies findet unter Zuhilfenahme des eigens aufgebauten Netzwerkes aus internen und externen Partnern statt, zu denen unter anderem medizinische Facheinrichtungen, berufliche Bildungseinrichtungen, Betriebe, Fahrschulen und der Technische Überwachungsverein (TÜV) gehören. Ziele dieses Ansatzes sind:

- Feststellen des Restleistungsvermögens bei verminderter Erwerbsfähigkeit,
- gezieltes Herausarbeiten geeigneter Therapieformen,
- die adäquate Steuerung notwendiger medizinischer, therapeutischer, pflegerischer und sonstiger Maßnahmen – unter Ausfilterung vermeidbarer Maßnahmen,
- der Erhalt des Arbeitsverhältnisses, das Eröffnen neuer beruflicher Perspektiven und/oder das Sichern begonnener beruflicher Maßnahmen,
- der Erhalt bzw. das Wiedergewinnen der persönlichen Mobilität (Fahren, Amputations-Gehschule),
- das Verbessern bzw. Beschleunigen von Verfahrensabläufen im Sinne einer nahtlosen Rehabilitation und schnellen beruflichen und sozialen Wiedereingliederung.

Für den Kraftfahrer Paul bedeutete dies konkret, dass die für ihn verantwortliche Berufsgenossenschaft den Reha-/Case-Management-Support beauftragte, eine Situationsanalyse durchzuführen. Innerhalb von fünf Tagen sollten Ergebnisse und neutrale Empfehlungen zu gezielten

Fragestellungen erarbeitet werden. Diese lauteten:

- Ist eine Schmerzlinderung möglich? Mit welchen medizinischen Maßnahmen?
- Ist LKW-Fahren möglich? Sind Ladetätigkeiten möglich?
- Kann der Arbeitsplatz erhalten werden?

Vorgehensweise und Leistungsspektrum

Ein aus Medizin und Klinischer Sozialarbeit/Rehabilitation (CDMP = Certified Disability Management Professional) besetztes Kernteam leitet und koordiniert den übernommenen Auftrag und stellt das individuell erforderliche Programm zusammen. Besonderer Wert wird in der praktischen Umsetzung darauf gelegt, mit dem kompletten Leistungsspektrum erfahrener ExpertInnen aus dem Akut- und Rehabereich und geeigneten regionalen und wohnortnahen NetzwerkpartnerInnen zu kooperieren.

Das Netzwerk umfasst:

- die Fachklinik Enzensberg mit ihrem gesamten diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Spektrum (Neurologie, Neuropsychologie, Orthopädie, Traumatologie, innere Medizin, Schmerzzentrum, Psychosomatik),
- Kooperation mit medizinischen Facheinrichtungen und Sozialdiensten,
- Kooperation mit Bildungseinrichtungen (Berufsförderungs-, Berufsbildungswerke, Berufliche Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft, Dekra, Kolpingwerk, Werkstätten für Behinderte) für berufsspezifische Kurz- und Belastungs-erprobungen,
- Kontaktaufnahme mit ArbeitgeberInnen/BetriebsärztInnen (Arbeitsplatzanalyse/-gestaltung),
- Kooperation des am Reha-/Case-Management-Support angegliederten Fahrernutzungszentrum Allgäu mit dem Technischen Überwachungsverein (TÜV), Fahrschulen, Fahrsicherheitszentrum des ADAC und der Firma AGCO/Fendt (Fuhrpark landwirtschaftlicher Fahrzeuge) für Fahrernutzungsbegutachtung, Fahrtraining und -ausbildung sowie behindertengerechte Fahrzeugumrüstung,
- regelmäßige Präsenz von RefahfachberaterInnen/BerufshelferInnen (Agentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Rehabilitationsdienste privater Versicherungen) und des Integrationsfachdienstes in der Fachklinik.

Zunächst werden die vorliegenden Vorbefunde eingehend gesichtet und ausgewertet. Dabei wird entschieden, welche NetzwerkpartnerInnen für den individuellen Fall hinzugezogen werden. Es erfolgt eine fachübergreifende Exploration

durch ÄrztIn, Klinische/n SozialarbeitIn/RehabilitatorIn und (Neuro-)PsychologIn. Basierend hierauf wird eine erste Situationsanalyse nach medizinischen, sozialen und beruflichen Gesichtspunkten erstellt. Zusammen mit dem/der Betroffenen und in Abstimmung mit dem/der AuftraggeberIn wird ein erster Richtungsplan in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gesellschaft erarbeitet.

Abhängig von der individuellen Erstanalyse erfolgen im Netzwerk weiterführende Untersuchungen in den erforderlichen medizinischen Fachrichtungen, Pflegeassessment, eingehende psychosoziale Exploration, ggf. neuropsychologische Testung, Beurteilung des Verhaltens und der Motivationslage. Das Team klärt die individuell gegebenen Rahmenbedingungen (soziales Umfeld, familiäre und berufliche Situation bzw. Perspektive) und erstellt ein sozialmedizinisches positives und negatives Leistungsbild des/der Versicherten. Die arbeitsbezogene funktionelle Leistungsfähigkeit wird mittels berufsorientierter Assessmentinstrumente wie EFL-Testung (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit) und IMBA (Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt) evaluiert. Bei Bedarf kann eine Fahrernutzungsbegutachtung durchgeführt und behinderungsbedingt erforderliche Zusatzausstattung von Kraftfahrzeugen festgelegt werden.

Nach der Auswertung der Gesamtsituation legen die MitarbeiterInnen des Teams gemeinsam mit dem/der Versicherten in Abstimmung mit dem/der AuftraggeberIn realistische Handlungsstrategien fest, die in einem lösungsorientierten interdisziplinären Abschlussbericht festgehalten und dem/der AuftraggeberIn zeitnah übermittelt werden.

In Pauls Fall wurde aufgrund seiner großen Schmerzen zunächst die Durchführung einer intensiven stationären, multimodalen Schmerztherapie empfohlen. Ziel sollte eine Verbesserung der Fußstatik, Schmerzverarbeitung und eine Anpassung der Schmerzmedikation sein. Eine erste Fahrprobe mit LKW und die Klärung seiner beruflichen Einsatzmöglichkeiten sollten ebenfalls während der Schmerztherapie erfolgen.

Die Berufsgenossenschaft und Paul entschlossen sich daraufhin, die dreiwöchige Schmerztherapie in der Schmerzklinik unter Hinzunahme des Reha-/Case-Management-Supports durchzuführen. So konnte eine praktische Fahrprobe mit einem schaltgetriebenen LKW erfolgen, wobei von den Netzwerkpartnern Fahrschule und TÜV festgestellt wurde, dass eine Tätigkeit als LKW-Fahrer mit Ladetätigkeit nicht befürwortet werden kann, einer Tätigkeit als Busfahrer im Linien-

dienst hingegen nach Stabilisierung des medizinischen Status' nichts im Wege steht. Nach Rücksprache mit Paul und seinem Arbeitgeber bestand die Möglichkeit, ihn als Fahrer von Schulbussen weiter zu beschäftigen. So empfahl der Reha-/Case-Management-Support die Teilqualifikation zum Busfahrer im Liniendienst, um Paul eine Weiterbeschäftigung beim bisherigen Arbeitgeber und eine auf Dauer wettbewerbsfähige Berufsausübung zu ermöglichen. Diese Qualifizierung erwarb Paul unter medizinisch-therapeutischer Begleitung im Rahmen eines Heilverfahrens während eines weiteren dreiwöchigen Aufenthaltes in der Fachklinik Enzensberg.

Seit über zwei Jahren fährt Paul nun halbtags als Busfahrer bei seinem bisherigen Arbeitgeber. Ihm konnte also in diesem komplexen Fall durch die Zusammenarbeit im interdisziplinären Netzwerk mit einer gezielten Koordination durch den Reha-/Case-Management-Support schnell und in einem Verfahren aus einer Hand geholfen werden.

Nutzen und Erfolg des Programms

Im Reha-/Case-Management-Support mit Fahrernutzungszentrum Allgäu erhalten Versicherte und Leistungsträger neutrale Empfehlungen zu erforderlichen weiterführenden Maßnahmen und einen zeitnahen Zugang zu fallbezogen relevanten (fach)medizinischen und (fach)therapeutischen, beruflichen und sozialen Informationen. Die Stärken des/der Versicherten werden als Basis eines ressourcenorientierten Prozesses klar herausgearbeitet. Durch gezielte Kooperation und Leistungscoordination im Netzwerk können zeitaufwändige, teure und unnötige Unterbrechungen im Verfahrensablauf und Doppelleistungen vermieden werden. Zudem beschleunigt die zeitlich komprimierte Vorgehensweise hinsichtlich Aufnahmetermin, Aufenthaltsdauer und Ergebnisübermittlung das Verfahren. Ferner werden vorhandene Fachstrukturen im Nahbereich besser genutzt.

Wie der Name »Reha-/Case-Management-Support« deutlich macht, unterstützt dieser innovative Bereich das Rehamanagement der Leistungsträger für Versicherte mit komplexen, chronifizierten Krankheitsverläufen und Unfallfolgen. Die Betonung liegt auf fallbezogener, individueller Beratung und Betreuung in einem flexiblen, unabhängigen Netzwerk. Dadurch kann das Verfahren zeitlich komprimiert, kontinuierlich und mit den im individuellen Fall optimierten Leistungen erfolgen.

Stabwechsel in der Redaktion – Das neue Redaktionsteam stellt sich vor

Redaktion

Mit der 10-jährigen Jubiläumsausgabe und einem Heft, das eine Bilanz der Entwicklung Klinischer Sozialarbeit in dieser Zeit zog, haben sich die Redaktionsmitglieder Silke Birgitta Gahleitner und Gernot Hahn aus der Redaktionsarbeit verabschiedet. Für das langjährige außerordentliche Engagement und die hervorragende Entwicklung der Fachzeitschrift bedanken sich die HerausgeberInnen sehr herzlich. Ein erweitertes neues Redaktionsteam übernimmt ab dieser Ausgabe die Verantwortung für die mittlerweile etablierte Publikation und kann auf ein sehr solides Fundament aufbauen.

Gerhard Klug: M.A. Klinische Sozialarbeit, Diplom-Sozialpädagoge, studierte Soziale Arbeit an der Fachhochschule Coburg und Klinische Sozialarbeit an der Hochschule Coburg und der Alice-Salomon-Hochschule Berlin. Arbeits- und Studienschwerpunkte sind sozialtherapeutische (Krisen-)Interventionskonzepte in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe sowie die Arbeit in Kinderschutz und familiengerichtlichen Verfahren. Mitglied im European Centre for Clinical Social Work (ECCSW) und Mitarbeiter in der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS), seit 2011 engagiertes Mitglied im Redaktionsteam dieser Fachzeitschrift. *»Ich freue mich auf die Zusammenarbeit mit dem neuen Team und möchte Silke Birgitta Gahleitner und Gernot Hahn Anerkennung und Dank aussprechen für eine lange und erfolgreiche Redaktionsarbeit.«* Kontakt: gerhard.klug@googlemail.com

Ute Antonia Lammel: Prof. Dr. phil., Soziotherapeutin (FPI-EAG); Supervisorin (DGSV), studierte Soziale Arbeit und promovierte in Soziologie. Sie ist Professorin für Theorien und Konzepte der Sozialen Arbeit an der Katholischen Hochschule NRW, Leiterin des Masterstudiengangs »Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit« und Dekanin der Abteilung Aachen. Arbeitsschwerpunkte sind Theorien und Methoden Sozialer Arbeit, Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie, Suchtbehandlung, kreative und körperbezogene Arbeitsansätze. Forschungsschwerpunkte als Mitglied im Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) sind Sucht-, Präventions- und Jugend(kultur)forschung. Sie verfügt über langjährige Berufserfahrung in der Suchtbehandlung. *»Ich engagiere mich für die Zeitschrift, da fachspezifische Veröffentlichungen wichtig für die Etablierung der Klinischen Sozialarbeit in Deutschland sind und aktuelle Entwicklungen somit regelmäßig in den akademischen Diskurs eingespeist werden können. Die Zeitschrift wird m.E. zur Profilierung der Profession und zur Weiterentwicklung der fachspezifischen Netzwerke beitragen.«* Kontakt: ua.lammel@katho-nrw.de

Ingo Müller-Baron: Diplom-Sozialpädagoge/Sozialarbeiter, studierte Sozialpädagogik und Sozialarbeit an der Hochschule RheinMain (vormals Fachhochschule Wiesbaden) mit dem Schwerpunkt Rehabilitation und Behindertenhilfe. Seit 2004 ist er als Referent der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen Ver-

einigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) zuständig für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und die Entwicklung von Fachkonzepten. Gleichzeitig stellt er als Redaktionsleiter der Fachzeitschrift FORUM sozialarbeit + gesundheit seit 2011 die redaktionelle Verbindung zwischen beiden Zeitschriften her. *»Ich freue mich, gemeinsam mit einem sehr kompetenten Redaktionsteam aufbauend auf der bisherigen engagierten Redaktionsarbeit auch künftig die Zeitschrift als ein wichtiges Publikationsorgan der Klinischen Sozialarbeit weiterentwickeln zu können. Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit braucht eine regelmäßige fachliche Plattform. Aus meiner Sicht bieten die Zeitschriften »Klinischen Sozialarbeit« und »FORUM sozialarbeit + gesundheit« eine gute Möglichkeit, Theorien und Konzepte aller gesundheitsbezogenen Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit auf einer gemeinsamen Basis in den fachlichen Diskurs einzubringen. Dadurch kann die Verknüpfung zwischen Wissenschaft, Forschung und Praxis verbessert werden.«* Kontakt: ingo.mueller-baron@dvsg.org

Karlheinz Ortman: Prof. Dr. phil., Sozialpädagoge (grad.), studierte an der Fachhochschule Ostfriesland in Emden und promovierte in Soziologie an der Freien Universität Berlin. Nach langjähriger Tätigkeit als Sozialarbeiter am Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin und am Zentrum für Gesundheitswissenschaften der Charité ist er seit 2002 Professor für gesundheitsorientierte Sozialarbeit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Ber-



Gerhard Klug



Ute Antonia Lammel



Ingo Müller-Baron

Anzeige

Das European Centre for Clinical Social Work ist ein von PraktikerInnen und HochschullehrerInnen gegründeter Verband, der Entwicklungen von Praxis, Wissenschaft und Forschung zur Klinischen Sozialarbeit auf europäischer Ebene bündelt und fördert.



Aktivitäten: Regelmäßige Informationen aus dem Feld der Klinischen Sozialarbeit, Ausrichtung wissenschaftlicher Tagungen, Seminare und Workshops, Vergabe des »Europäischen Förderpreises Klinische Sozialarbeit«, Publikationsförderung

Mitglied werden: Als Mitglied bewegen Sie sich in einem Netzwerk von Professionellen, die die Konturen und Entwicklungen einer Klinischen Sozialarbeit in Europa an vorderster Stelle bestimmen.

ECCSW-Förderpreis 2016 für herausragende wissenschaftliche Beiträge im Bereich der Klinischen Sozialarbeit. Bewerbung ab sofort. Bewerbungsunterlagen: www.eccsw.eu.

Informationen: www.eccsw.eu ■ info@eccsw.eu

lin (KHSB). Er ist dort zudem Leiter des Instituts für Soziale Gesundheit (ISG) und Beauftragter für den Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit. *»Ich bin ja seit vielen Jahren in Sachen Klinischer Sozialarbeit unterwegs und freue mich sehr, dass ich nunmehr der Redaktion der Zeitschrift für Klinische Sozialarbeit angehöre, deren Fortbestand und Weiterentwicklung für die Etablierung der Klinischen Sozialarbeit von allergrößter Bedeutung ist. Ich bin gespannt und freue mich auf die Zusammenarbeit im neuen Redaktionsteam.«* Kontakt: ortmann@khsb-berlin.de

Anna Lena Rademaker: M.A. Soziale Arbeit, studierte Soziale Arbeit an der HAWK in Holzminden und ist aktuell als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Katholischen Hochschule NRW in Paderborn mit Arbeitsschwerpunkt im Masterstudiengang »Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit« tätig. Als Mitglied des hochschulinternen Instituts für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp) richten sich ihre Forschungsinteressen auf Gesund-

heitsvorstellungen Jugendlicher und ihre Gesundheitsförderung. Sie promoviert an der Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld in der AG 8 »Soziale Arbeit«. *»Als wohl jüngstes Teammitglied freut es mich ganz besonders, die Klinische Sozialarbeit von nun an auf ihrem Erfolgskurs mitzugestalten. Die Zeitschrift ist aus dem heutigen Fachdiskurs kaum mehr wegzudenken. Gesundheit ist längst kein medizinisch dominiertes Thema mehr, sondern auf den Fachdiskurs und empirische Befunde Sozialer Arbeit angewiesen. Die redaktionelle Mitarbeit bei der Zeitschrift »Klinische Sozialarbeit« stellt daher eine spannende Herausforderung für mich dar, die ich gerne und engagiert annehme.«* Kontakt: al.rademaker@katho-nrw.de

Dieter Röh: Prof. Dr. phil., Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, Master Public Health, rBSA, registriert im Berufsregister für Soziale Arbeit. Er ist Professor für Sozialarbeitswissenschaft an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Sprecher des Forschungs-

verbunds BAESCAP, Leiter des Masterstudiengangs Soziale Arbeit und Beauftragter für die Belange behinderter und chronisch kranker Studierender an der HAW sowie Mitglied des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA). Arbeitsschwerpunkte sind Grundlagen Sozialer Arbeit, Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie, Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie. *»Ich möchte die Zeitschrift für Klinische Sozialarbeit zusammen mit den anderen Redaktionsmitgliedern weiter fachlich profilieren und so dafür sorgen, dass die Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit wahrgenommen wird. Die Veröffentlichung theoretischer und forschungsbezogener Beiträge ist sowohl für die Wissenschaft als auch für die Praxis Sozialer Arbeit im gesundheitsbezogenen Bereich von großer Bedeutung, und mit dieser Zeitschrift ist das zentrale Publikationsorgan (in Verbindung mit dem FORUM sozialarbeit + gesundheit) vorhanden, um diese Zielgruppe zu erreichen.«* Kontakt: dieter.roeh@haw-hamburg.de



Karlheinz Ortmann



Anna Lena Rademaker



Dieter Röh



MASTERSTUDIENGANG KLINISCHE SOZIALARBEIT



**Der konsekutive Studiengang beginnt jeweils zum Sommersemester
mit einer Dauer von drei Semestern.**

Bewerbungszeitraum: 15.11.2015 - 15.01.2016

Weitere Infos unter: www.haw-landshut.de/master-ksa

HOCHSCHULE LANDSHUT
Hochschule für angewandte Wissenschaften
Am Lurzenhof 1 | 84036 Landshut
Tel. +49 (0)871 - 506 0
Fax +49 (0)871 - 506 506
info@haw-landshut.de
www.haw-landshut.de