

Editorial

Stephan Dettmers, Silke Neuderth & Heiner Vogel

Die Soziale Arbeit ist aus den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens nicht wegzudenken. Insbesondere werden Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen bei komplexen Problemlagen chronisch kranker Menschen tätig. Das vorliegende Schwerpunktheft spannt einen breiten Bogen vom Studium der Sozialen Arbeit über die Akutversorgung, medizinische Rehabilitation und Nachsorge hin zur sozialen und beruflichen Teilhabe und spiegelt damit die breite Palette sozialarbeiterischer Tätigkeit wider. Der Breite und Komplexität der Aufgaben der Sozialen Arbeit steht eine noch recht junge empirische Forschungstradition gegenüber.

Stephan Dettmers bindet in seinem Artikel relevante Theorien Sozialer Arbeit in der Rehabilitation ein, benennt fachliche Orientierungspunkte anhand von Qualifikationsrahmen und beschreibt Forschungsperspektiven Sozialer Arbeit im Zusammenhang mit sozialer Teilhabe.

Die Texte von Lukaszczik und Kolleg*innen, Knoop und Meyer, Hain und Labahn, Köhler und Neuderth sowie Sauer, Deeg und Vogel befassen sich mit Sozialer Arbeit im Setting der medizinischen Rehabilitation und Nachsorge.

Matthias Lukaszczik und Kolleg*innen berichten aus einem Forschungsprojekt im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung zur Entwicklung evidenzbasierter Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Dargestellt wird eine Befragung von Sozialdiensten in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen zu Art und Umfang ihrer Leistungserbringung und zu Rahmenbedingungen der Tätigkeit.

Tobias Knoop und Thorsten Meyer gehen in ihrem Beitrag auf Fragen der Inanspruchnahme sozialdienstlicher Leistungen in der medizinischen Rehabilitation ein. Die Autoren beschreiben, was Rehabilitanden charakterisiert, die Leistungen der Sozialen Arbeit nutzen und gehen der Frage nach, welche Merkmale die Inanspruchnahme bei orthopädischen und kardiologischen Rehabilitanden erklären können.

Doris Hain und Martina Labahn befassen sich mit Gruppeninterventionen der Sozialen Arbeit im Rahmen der medizinisch-beruflich

orientierten Rehabilitation (MBOR). Die Curricula der Rentenversicherung zur berufsbezogenen Gruppenarbeit in der Sozialen Arbeit werden beschrieben und es wird auf die zugehörigen Train-the-Trainer-Seminare eingegangen.

Die Artikel von Michelle Köhler und Silke Neuderth sowie Sabine Theresia Sauer, Peter Deeg und Heiner Vogel haben die Umsetzung von durch die Soziale Arbeit in der Rehaklinik initiierten Nachsorgeempfehlungen zum Thema. Wobei der Fokus in der Arbeit von Köhler und Neuderth auf Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter liegt, während sich die Arbeit von Sauer und Kollegen mit älteren Menschen über 65 Jahre auseinandersetzt. In beiden Studien wurde die Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen 8-12 Wochen nach Rehaende erhoben.

Der Beitrag von Dorothee Noeres, Siegfried Geyer und Lena Röbbel ist im Setting der Akutversorgung verortet und beschäftigt sich mit der Beratung von Patientinnen nach Brustkrebsoperationen durch Kliniksozialdienste in Brustzentren. Untersucht werden die Rahmenbedingungen der Sozialberatung aus Sicht der Mitarbeitenden sowie die Zufriedenheit der Patientinnen mit der Beratung. Über die Kombination von Fragebogendaten und Interviews werden unter anderem Optimierungspotenziale für die Umsetzung sozialdienstlicher Tätigkeit im Krankenhaus abgeleitet.

Der Beitrag von Johannes Emmerich und Sandra Meusel beschreibt anhand von theoretischen Überlegungen und Forschungsergebnissen das Potenzial von freiwilligem Engagement für die Lebensqualität und Teilhabe chronisch kranker Menschen. Der angenommene Zusammenhang von Engagement und Wohlbefinden bei chronisch Kranken wird anhand einer Sekundärdatenanalyse gestützt. Lilly Hielscher und Silke Neuderth befassen sich mit dem Phänomen der Suizidalität, welches in verschiedenen Kontexten der Sozialen Arbeit von Relevanz sein kann. Erfasst werden Wissen und Einstellungen von Studierenden der Sozialen Arbeit zum Thema Suizidalität und es erfolgt ein Abgleich mit Forschungsergebnissen aus anderen Studienfächern. Bei vergleichbarem Wissen trafen

insbesondere stigmatisierende Aussagen in Bezug auf suizidale Menschen bei Studierenden der Sozialen Arbeit auf stärkere Ablehnung als bei Medizin- und/oder Psychologiestudierenden.

Das Heft wird durch das Manuskript von *Monika Vogelgesang* abgerundet, welches themenschwerpunktunabhängig beigefügt ist. Die Autorin charakterisiert die spätmoderne Gesellschaft mit ihren Anpassungserfordernissen an und Auswirkungen auf das Individuum – unter anderem im Hinblick auf psychische Störungen. Sie diskutiert in diesem Zusammenhang die Möglichkeiten und Grenzen moderner Psychotherapie und schlussfolgert Erfordernisse an die Psychotherapie in der Spätmoderne.

Allen Autorinnen und Autoren wie auch den Reviewern sei von Seiten des Herausgeber-teams recht herzlich für die engagierte Mitwirkung an diesem Schwerpunktheft gedankt. Wir freuen uns insbesondere, dass wir

Autorinnen und Autoren sowohl aus der klinischen Versorgung als auch aus der Wissenschaft gewinnen konnten, einen Beitrag zu leisten.

Während in einzelnen Beiträgen bewusst genderneutrale Formulierungen genutzt wurden, wurde in anderen Manuskripten der besseren Lesbarkeit halber für alle Personenbezeichnungen die männliche Form gewählt. Gemeint sind hierbei immer alle Geschlechter. Das Herausgeberteam hat die Entscheidung hinsichtlich einer gendergerechten Schreibweise bewusst den Autorinnen und Autoren überlassen.

Wir wünschen allen Leserinnen und Lesern viel Freude und interessante Erkenntnisse bei der Rezeption dieses Schwerpunkthefts!

Stephan Dettmers
Silke Neuderth
Heiner Vogel

Dank an unsere Gutachterinnen und Gutachter

Im zurückliegenden Jahr 2018 wurden wir durch viele externe Gutachter/innen unterstützt, denen wir hiermit ausdrücklich danken möchten!

Jutta Ahnert

Dr. phil., Abteilung Medizinische Psychologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

Patricia Appel

Dr. med., Abteilung Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Würzburg

Markus Bassler

Prof. Dr. med., Reha-Zentrum Oberharz der DRV Braunschweig-Hannover

Wolfram Franke

Dr. med., Rehabilitationszentrum Bad Kissingen der DRV Bund

Heide Glaesmer

PD Dr., Universitätsklinikum Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Udo Kaiser

Dr. Dipl.-Psychologe, Dipl.-Betriebswirt, Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen/GfQG, Karlsruhe

Rainer Kaluscha

Dr. biol. hum. Dipl.-Inform., Institut für rehabilitationswissenschaftliche Forschung an der Universität Ulm

Volker Köllner

Prof. Dr. med., Rehasentrum Seehof der DRV Bund, Teltow

Michael Linden

Prof. Dr. med., Charité Universitätsmedizin Berlin, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation

Matthias Lukasczik

Dr. phil., Abteilung Medizinische Psychologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

Rüdiger Nübling

Dr. phil., Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Stuttgart

Margarete Ostholt-Corsten

Dr. med. MPH, DRV Bund, Bereich Reha-Qualitätssicherung

Christoph Reichel

Prof. Dr. med., Reha-Zentrum Bad Brückennau der DRV Bund, Klinik Hartwald

Frank Matthias Rudolph

Dr. med., Mittelrhein-Klinik der DRV Rheinland-Pfalz, Boppard-Bad Salzig

Konrad Schultz

Dr. med., Klinik Bad Reichenhall der DRV Bayern Süd

Edwin Toepler

Prof. Dr., Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Hennef

Teresia Widera

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation/BAR, Frankfurt

Ulrike Worringen

Dr. phil., Psychologische Psychotherapeutin, DRV Bund, Abteilung Rehabilitation

Erratum

In Heft 2/2018 ist durch ein technisches Versehen leider ein Fehler aufgetreten:

Im Artikel

**„FAT ambulant“ – ein Nachsorgeprogramm für Patienten mit Adipositas per magna:
Studienprotokoll für eine randomisierte kontrollierte Evaluationsstudie** (S. 106-113)
ist bei der Autorenzeile eine Autorin nicht abgedruckt worden.

Die vollständige Autorenliste lautet korrekt:

**Jutta Ahnert¹, Christian Toellner², Katharina Heilig²,
Rainer Tischendorf² & Hermann Faller¹**

¹ Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie,
Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften

² Frankenland-Klinik, Bad Windsheim

Wir bitten diesen Fehler zu entschuldigen!

Soziale Arbeit in der Rehabilitation – Theoretische Rahmung und Forschungsperspektiven

Stephan Dettmers

Fachhochschule Kiel, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit

Zusammenfassung

Soziale Arbeit hat sich als Profession international seit einhundert Jahren in Praxisfeldern der Gesundheitsversorgung etabliert. In Deutschland ist bis in die 2000er Jahre keine einheitliche curriculare Ausbildungsstrategie für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit entwickelt worden. Dies hat zur Folge, dass Sozialarbeiter nicht als Gesundheitsfachberuf identifiziert sind. Im Folgenden werden wesentliche theoretische und methodische Zugänge für die Soziale Arbeit in der Rehabilitation beschrieben, die insbesondere das Verhältnis von Person und Umwelt thematisieren. Diese sollten als Grundlage zur weiteren Entwicklung von Diagnoseinstrumenten und handlungswissenschaftlichen Perspektiven dienen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, Lebensweltorientierung, person-in-environment, soziale Teilhabe

Social Work in Rehabilitation – theoretical framing and research perspectives

Abstract

Social work has established itself internationally as a profession in health care for one hundred years. In Germany, until the 2000s, there was no standardized curricular training strategy on health-related social work. As a result, social workers are not identified as health professionals. In the following, essential theoretical and methodological approaches to social work in rehabilitation are described, which in particular address the relationship between person and environment. These should serve as basis for the further development of diagnostic tools and perspectives for practical science.

Keywords

Health-related social work, lifeworld model, person-in-environment, social participation

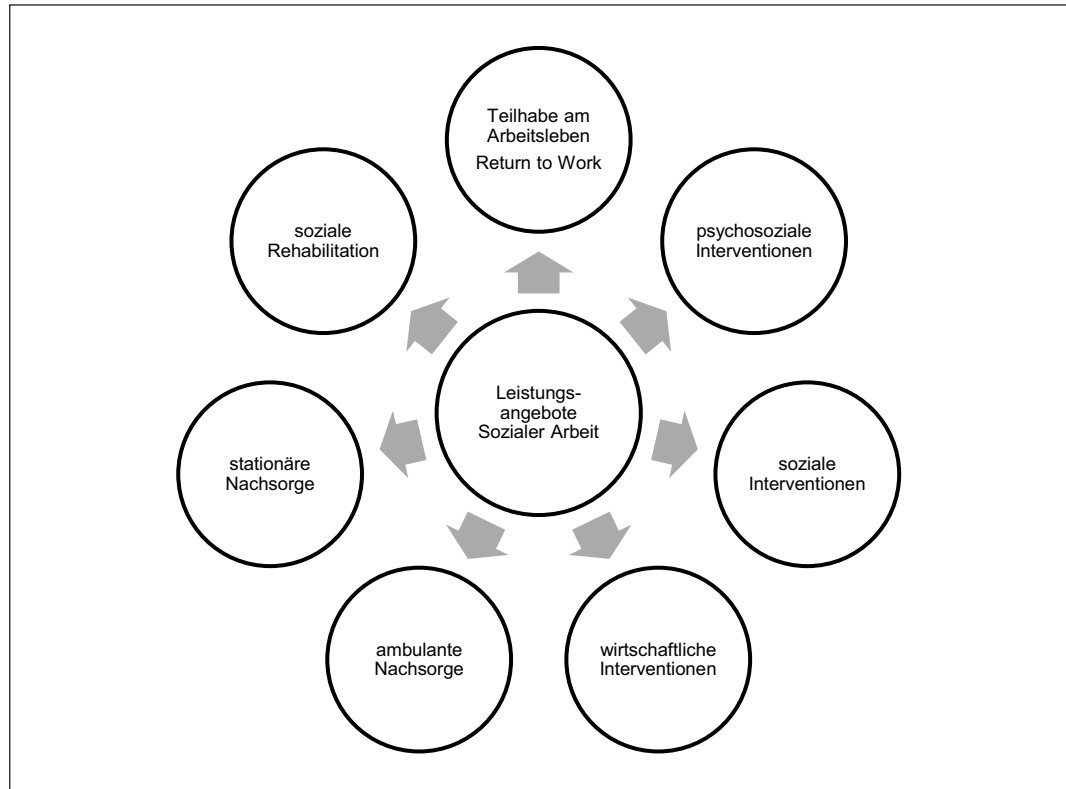
1 Hintergrund

Die Einbindung Sozialer Arbeit im Gesundheitssystem ist in Deutschland seitens der Kostenträger ausdrücklich gefordert, so ist für die Deutsche Rentenversicherung Soziale Arbeit „fester Bestandteil in der Rehabilitation“ (DRV Bund, 2018). Seit Anfang des 19. Jahrhunderts setzt sich Soziale Arbeit mit Aspekten des Verhältnisses zwischen Mensch und Umwelt auseinander. Historisch verbunden mit Mary Richmond und Alice Salomon und ihren Beiträgen zur sozialen Diagnose sind mögliche psychosoziale Folgen bei gesundheitlichen Einschränkungen zentrale Bezugspunkte professionellen Handelns (Salomon, 1926). Für die Soziale Arbeit in der Rehabilitation ergeben sich Interventionsanforderungen bei Fragestellungen von Inklusion in sozialrechtlich kodifizierte Systeme wie bspw.

Kranken- und Rentenversicherung sowie im Hinblick auf die Integration von Rehabilitanden in bestehende Lebenswelten. Die sozialversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen in der medizinischen Rehabilitation orientieren sich ergänzend zur Kuration an der Wiedererlangung eines stabilen Gesundheitszustands unter Berücksichtigung der Bewältigung des Alltags und der Entwicklung beruflicher und teilhabeorientierter Perspektiven. Insbesondere die Rückkehr an den Arbeitsplatz wird in der Rehabilitationsphase bei Vorhandensein der individuellen Voraussetzungen als zentrales Ziel für die Rentenversicherung als Rehabilitationsträger definiert (Bönisch & Ernst, 2018). Medizinische, berufliche und soziale Rehabilitationsleistungen lassen sich grundsätzlich mit Teilhabe, Bildung und Erziehung oder beruflicher Integration verbinden. Für die Soziale Arbeit

Abbildung 1

Leistungsumfang
Sozialer Arbeit
(eigene Darstellung,
vgl. DVSG, 2015)



ergeben sich Beratungs- und Unterstützungsaufgaben, die die Transition von Rehabilitanden von einem gesundheitlich stabilen in einen fragileren Gesundheitszustand berücksichtigen (Dettmers, 2017). Die fachliche Begleitung lässt sich anhand von grundsätzlichen Beratungsinhalten aufgliedern, die in der Akut- und Rehabilitationsphase relevant sein können.

Aus Abb.1 lässt sich auch der Leistungsumfang der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation ableiten. Berufsorientierte Leistungen finden sich im Rahmen der medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation (MBOR), unter anderem mit sozialarbeiterisch konzipierten Gruppenprogrammen (DVSG, 2018). Angebote Sozialer Arbeit lassen sich auch in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) darstellen mit den Themen berufliche Integration, Neuorientierung, Arbeitslosigkeit und mögliche Alltagsbewältigung. Eine aktive Berücksichtigung der subjektiv bewerteten Lebenssituationen von Rehabilitanden und Angehörigen gehört zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in Rehabilitationskliniken (Müller-Baron & Woiton, 2018).

2 Theoretische und empirische Aspekte

Soziale Arbeit bindet in ihrem internationalen Selbstverständnis normative Zielsetzungen ein, die die Verbesserung sozialer Rahmenbedingungen und individueller Entwicklungschancen auch bei gesundheitlichen Einschränkungen thematisieren. In der aktuellen Definition Sozialer Arbeit der International Federation of Social Work (IFSW) werden die Autonomie von Menschen und soziale Kohäsion besonders hervorgehoben (IFSW, 2014). Diese Aspekte sind kompatibel mit Rehabilitationszielen, die Teilhabe in den Vordergrund stellen. Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen entwickeln ein höheres Risiko, in ihrer Alltagsautonomie, sozialen Teilhabe und Lebensqualität dauerhaft eingeschränkt zu sein (Dettmers, 2014; Daniel et al., 2009; Korpelainen et al., 2009).

Die theoretische Fundierung Sozialer Arbeit im Praxisfeld medizinischer Rehabilitation orientiert sich in der gegenwärtigen fachlichen Diskussion an dem Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit, der im Qualifikationskonzept der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) definiert ist.

„Als Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit wird die Förderung sozialer Teilhabe von erkrankten oder von Erkrankung bedrohten und behinderten

Menschen und ihren Angehörigen in ihrer Lebenswelt sowie die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu gesundheitlichen Störungen führen, bestimmt. Im Fokus steht der Mensch in ständiger Interaktion zu seiner sozialen und natürlichen Umwelt. Teil der Sozialen Arbeit sind aber auch nichtfallbezogene Tätigkeiten, wie Vernetzungsaufgaben, Konzeptentwicklung und Forschung“ (DVSG, 2015, S. 6).

Die genannten Dimensionen Lebensweltorientierung, soziale Probleme, person-in-environment und soziale Teilhabe sind für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in der Rehabilitation besonders relevant.

2.1 Lebensweltorientierung in der Rehabilitation

Lebensweltorientierung ist als eine subjektorientierte Perspektive zu verstehen, die die Lebenssituation einschließlich sozialer Integration aus Sicht von Rehabilitanden rekonstruiert. Zur Unterstützung bei der Führung eines selbstbestimmten Lebens und Erreichung einer zufriedenstellenden Lebensqualität sollte daher in der Rehabilitation auch die Alltagsperspektive von Angehörigen beachtet werden, da durch diese die künftigen Tagesstrukturierungen beeinflusst werden (Mühlum & Gödecker-Geenen, 2003). Die Alltagsdimensionen werden über die Lebensweltorientierung nach Thiersch näher beschrieben (Thiersch, 2014; Lambers, 2016). Hieraus lassen sich partizipative Elemente auch für die medizinische Rehabilitation ableiten, um Rehabilitanden und Angehörige mit ihren eigenen Lebensperspektiven aktiv in die Gesamtbehandlung einzubinden. So ist beispielsweise die jeweilige Lebensführung einschließlich familiärer Einbindung, sozialer Netzwerke, Lebensort, materieller Ausstattung, Mobilität, etc. zu berücksichtigen.

2.2 Soziale Probleme

Aus einer biopsychosozialen Gesamtperspektive sind soziale Probleme, die sich aus gesundheitlichen Störungen ergeben, relevant für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (Pauls, 2013). Für die Soziale Arbeit wird diese Verschränkung besonders deutlich bei chronischen Erkrankungen, wenn z.B. körperliche und psychische Funktionseinschränkungen unmittelbar zu Teilhaberrisiken führen können (Sichelschmidt & Cramer, 2015). Soziale Probleme entstehen durch Mangel an

äußeren Ressourcen und eigenen Lösungsstrategien sowie unbefriedigten individuellen Bedürfnissen (Staub-Bernasconi, 2004). Damit sind Spannungszustände im Verhältnis der Person zu ihren sozialen Umweltbezügen zu erwarten (Lambers, 2016). In der Rehabilitationsphase sind somit mögliche Barrieren und soziale Probleme relevant, die soziale Teilhabe verhindern können.

2.3 person-in-environment

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit nimmt Bezug auf das besondere Verständnis der Person-in-ihrer-Welt (Pauls, 2013) und thematisiert fachlich die Interaktion zwischen gesundheitlich beeinträchtigten Menschen und den sie umgebenden sozialen Netzwerken. Germain und Gitterman (1999) beschreiben in ihrem *Life Model* vier grundsätzliche Annahmen eines ökosozialen Ansatzes in der Sozialen Arbeit. Zuerst handelt es sich bei der Wechselbeziehung zwischen Person und Umwelt um einen kontinuierlichen Prozess. Dann wird die Abstimmungsqualität „von Bedürfnissen, Zielen und Rechten der Menschen“ in Abgleich zu den Kontextbedingungen Umwelt, Kultur und Historie betrachtet. Hier stellt sich die Frage, inwiefern eine Anpassung zwischen Person und Umwelt gelingt bzw. ob es zu unangepassten Situationen kommt, die dysfunktionale Folgen haben können (Germain & Gitterman, 1999, S. 2). Als dritter Faktor werden im Sinne von möglichen Lebensbelastungen und -krisen sowie deren Folgen für die Anpassung an die veränderte Lebenssituation Bewältigungs- bzw. Coping-Aspekte durch individuelle und umweltbezogene Ressourcenaktivierung bei Stresserleben entwickelt (ebd.). Viertens ist die Funktion zwischenmenschlicher Interaktion im Abgleich zu Kompetenzen, „Selbstkonzept und Selbstwertgefühl“ sowie „Selbststeuerung“ positives Kennzeichen, wenn es um die eigene Bewertung der Beziehung zwischen Person und Umwelt geht. Mit Blick auf die Situation von Menschen bei erhöhter Vulnerabilität, negativen Erfahrungen aus der Umwelt als fünfte Kategorie und eher ungesunden Verhaltensweisen und Verhältnissen kommen Germain und Gitterman (1999, S. 3) schließlich sechstens zu den höchst subjektiven Entwicklungen menschlichen Daseins. Auch bei zeitlicher Begrenzung medizinischer Rehabilitation muss die Soziale Arbeit die gesicherte Nachsorge bei individuellen Verläufen im Blick behalten. Aus der Balance geraten können bei gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen sowohl die Beziehungen der Menschen untereinander

der als auch das ökologische Gleichgewicht der Umwelt (Lambers, 2016). Ökologie wird als Metapher in der Sozialen Arbeit genutzt, um die vielfältigen wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen Person und Umwelt zu beschreiben. Hierbei ist insbesondere die soziale und materielle Umwelt gemeint (ebd.).

2.4 Teilhabe

Aus Sicht Sozialer Arbeit werden *Integration und Inklusion* als Ziele sozialer Teilhabe definiert. Gestützt auf soziologische Systemtheorien u.a. von Luhmann, Parsons und Habermas (Lambers, 2016) ist Inklusion als ein Teilhabeprozess und -ziel in rechtlich kodifizierte Systeme zu verstehen. Die aktive Einbindung in die subjektive Lebenswelt wird dabei als Integration beschrieben. In der medizinischen Rehabilitation beinhaltet Teilhabe somit die optimierte Einbindung in die persönliche Lebenswelt mit den sozialen Netzwerken und in die notwendigen Funktionssysteme wie z.B. Sozialversicherungen, Schule, Studium oder Erwerbsarbeit. Die rechtliche Rahmung von Teilhabe ist in Deutschland stark gebunden an das Bundesteilhabegesetz (BTHG) im Kontext von verschiedenen Sozialgesetzbüchern. Insbesondere sind Leistungen nach § 4 (1) SGB IX zu berücksichtigen, die in ihrer Unbestimmtheit künftig weitere fachliche Konkretisierungen durch die Soziale Arbeit in der Rehabilitation erforderlich machen (Welti & Wiebelitz-Spangenberg, 2017). Es sind damit Leistungsangebote zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Kontext von Erwerbsleben, Unterhaltssicherung, Bildung und sozialer Teilhabe auszubauen (§ 5 SGB IX). Soziale Arbeit muss somit zur Förderung der Teilhabe verschiedene Interessen im fallbezogenen Verfahren berücksichtigen, damit Integration und Inklusion gelingen können (Dettmers, 2017). Folgt man der Systematik von Ansen (2010) für die fachliche Ausrichtung gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit, ergeben sich drei Analysedimensionen in der Praxis. Grundsätzlich geht es in der Fallarbeit mit Rehabilitanden immer um

- soziale Sicherung
- soziale Unterstützung
- persönliche Förderung / Kompetenzentwicklung.

Zur sozialen Sicherung gehören Fragestellungen der Einkommens- und Wohnungssicherung, der Erwerbsarbeit und die Einbindung in sozialversicherungsrechtliche Systeme wie z. B. Krankenkassen oder Rentenversicherung. Es geht letztlich um die Inklusion in rechtlich kodifizierte Systeme und um eine

erste Absicherung der Patienten und Angehörigen während der Rehabilitation für auch später erfolgende sozialrechtliche Ansprüche. Die soziale Unterstützung umfasst die Einbeziehung der sozialen Netzwerke zur Aktivierung von Hilfen, die auch postrehabilitativ greifen. Es kann zwischen formellen und informellen Netzwerken unterschieden werden, um professionelle und private Unterstützungsoptionen zu bestimmen (Laireiter, 1993; Ansen, 2010). Um Kompetenzen von Rehabilitanden im Umgang mit ihrer funktionellen Einschränkung zu erhöhen, sind Angebote im Sinne persönlicher Förderung notwendig. Die Aufenthalte über mehrere Wochen in der Rehabilitation ergeben zeitlich und fachlich ergänzende Anforderungen für die Soziale Arbeit. In der medizinischen Rehabilitation steht die Beratung und Unterstützung bei langfristigen sozialen und beruflichen Fragestellungen im Vordergrund. Die Adaption an den veränderten Gesundheitsstatus erfordert neben edukativen Angeboten zur besseren Orientierung auch Beratungsangebote zur Bewältigung der Belastungen und Anforderungen durch die Erkrankung (Dettmers, 2017). Insbesondere die Deutsche Rentenversicherung hat die Soziale Arbeit als wichtige Profession bei der Ermöglichung sozialer Teilhabe anerkannt.

„Soziale Arbeit ist fester Bestandteil in der medizinischen Rehabilitation. Insbesondere im Bereich der Medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation (MBOR) hat sie an Bedeutung gewonnen. Neben der Einzelberatung von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen wird das Angebot von psychosozialen und edukativen Gruppenangeboten in der Sozialen Arbeit immer wichtiger [...] (DRV, 2018).

3 Empirische Aspekte

Eigentlich bietet die transdisziplinäre Ausrichtung Sozialer Arbeit durch konzeptionelle Einbindung eigener sozialarbeitswissenschaftlicher Fundamente und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse wie z.B. aus der Soziologie, Medizin, Psychologie, Jurisprudenz, Pädagogik und Ökonomie relevante Forschungsperspektiven, um die Relation von Person und Umwelt im Praxisfeld der Rehabilitation zu erforschen. Allerdings ist die bisherige Forschungsaktivität in der Sozialen Arbeit bedingt durch die finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen (z.B. Drittmittelzugänge) und das praxisdominante sowie forschungskritische Selbstverständnis im Vergleich zu den USA, Kanada und Skandinavien noch nicht zufriedenstellend er-

kennbar. Empirische Nachweise zur Wirkung Sozialer Arbeit in der Rehabilitation fehlen bislang im deutschsprachigen Raum (Knoop et al., 2018). Allerdings zeigen sich in den letzten Jahren deutliche stärkere Forschungsaktivitäten unter Einbindung der qualitativ ausgerichteten Forschungstradition in der Sozialen Arbeit. Diese Zugänge könnten bedeutsam sein bei der Rekonstruktion erlebter sozialer Teilhabe von Rehabilitanden (Jungbauer et al., 2017; Robinson-Smith et al., 2016; Rochette et al., 2006; Dettmers, 2016). Eine Chance zur aktiven Mitwirkung Sozialer Arbeit in der Forschung bietet sich über Studien zu Fragestellungen von Return-to-Work (RTW) an, da hier die Drittmittelakquise für die Soziale Arbeit erfolgversprechend ist. Durch die gemeinsame Ausrichtung auf Teilhabe kann die Profession zusammen mit Leistungsträgern und Leistungserbringern neue Impulse setzen, um nachhaltige Rehabilitationserfolge sicherzustellen. Dazu gehören u.a. betriebliche Integration, berufliche Neuorientierung, Umgang mit Arbeitslosigkeit und Erwerbsunfähigkeit (DVSG 2018).

4 Perspektiven für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in der Rehabilitation

Der Rehabilitationsbereich ist ein wichtiges Handlungsfeld für die Soziale Arbeit. Gegenwärtig entwickelt sich allerdings in der Rehabilitation ein Fachkräftemangel bedingt durch zu erwartendes altersbedingtes Ausscheiden. Gleichzeitig sind in der Sozialen Arbeit überwiegend Frauen in Teilzeit tätig, wobei eine höhere Geschlechterparität aufgrund genderspezifischer Beratungszugänge in der Sozialen Arbeit wünschenswert wäre (Dettmers, 2019).

Es gibt in der Rehabilitation aus theoretischer, empirischer und strategischer Perspektive gute Gründe zur deutlicheren Einbindung gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit mit ihren aufbauenden Stufen der Fachlichkeit (Bachelor und Master). Ziel ist es, ein sozialarbeitswissenschaftliches Fundament zur besseren Analyse unterschiedlicher Teilhabe- und Umweltfaktoren, die auf die Gesundheit Einfluss haben, für die Rehabilitation zu entwickeln. Damit kann ein bio-psycho-soziales Gesamtverständnis von chronischen Erkrankungen und Behinderungen in der Rehabilitation durch die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ergänzt werden. In der Rehabilitation sollte künftig die konzeptionelle Einbindung von Qualifikations- und Kompetenzbeschreibungen Orientierung zur Entwicklung von neuen Handlungskonzepten bieten. Von Be-

deutung ist gegenwärtig u.a. das Kerncurriculum Soziale Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA). Dieses Curriculum dient als Standard in der Vermittlung der wissenschaftlichen Grundlagen Sozialer Arbeit. Daneben lässt sich der Qualifikationsrahmen des Fachbereichstages Sozialer Arbeit (QR SozArb 6.0) nutzen zur Darstellung der grundsätzlichen und generalistischen Wissens- und Kompetenzziele der Studiengänge Sozialer Arbeit. Das Qualifikationskonzept gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (QGSA) bietet die Konkretisierung von Wissens- und Kompetenzziele im Zusammenhang mit Krankheits- und Gesundheitsaspekten. Insbesondere lassen sich auch Hinweise für die Rehabilitation ableiten (Dettmers, 2018).

Grundsätzlich ist somit eine Angleichung fachlicher Beratungsleistungen Sozialer Arbeit in einer heterogenen Rehabilitationslandschaft notwendig, um daraus gezielt ICF-kompatible Diagnoseinstrumente und Interventionen zu entwickeln.

Literatur

- Ansen, H. (2010). Krankenhaus-Sozialarbeit In: H.W. Hoefert (Hrsg.): Patientenorientierung im Krankenhaus Göttingen: Hogrefe. 81–96.
- Bönisch, S. & Ernst, R. (2018). Medizinische Rehabilitation. In: BAR (Bundesgemeinschaft für Rehabilitation e.V.) (Hrsg.). Rehabilitation – Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Berlin, Springer, 441-452
- Daniel, K., Wolfe, C. D. A, Busch, M. A. & McKeivitt, C. (2009). What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic review. *Stroke*. 40 (6)
- Dettmers, S. (2018). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. Eine Übersicht. *Soziale Arbeit DZI*. (67). 256-261
- Dettmers, S. (2017). Teilhabe sozial denken und gestalten. Überlegungen zur Umsetzung aus Sicht der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. *Forum Sozialarbeit und Gesundheit*. (4). 6-11.
- Dettmers, S. (2014). Soziale Teilhabe bei Menschen nach einem Schlaganfall. Eine explorative qualitative Analyse sozialer Netzwerke. Opladen: Budrich.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2018): Soziale Arbeit. In: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_reha/05_fachinformationen/infos_fuer_rehaeinrichtungen/4_infos_reha_team/arbeitsfelder_soc_arbeit_node.html; abgerufen am 21.07.2019
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2018). Medizinisch-berufs-

- orientierte sozialarbeitsspezifische Gruppen (MBOR soG I-IV). Berlin: DVSG. International Federation of Social Workers (IFSW) (2014). Global Definition of Social Work. <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>; 20.07.2019
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2015). Qualifikationskonzept gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA. Berlin: DVSG. 2015 (<http://dvsg.org/fileadmin/dateien/08Service/Downloads/2015Qualifikationsprofil.pdf>, abgerufen am 12.07.2019)
- Jungbauer, J. & Floren, M. (2016). Wie wirkt sich ein Schlaganfall auf das Familiensystem aus? Ergebnisse einer fallrekonstruktiven Familienstudie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 1/2017 (99), 138-151.
- Knoop, T., Dettmers, S. & Meyer, T. (2018). Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung – Social Work in Medical Rehabilitation – A Review of Current Research. *Die Rehabilitation*, (57). 1-7.
- Korpelainen, J. T., Nieminen, P. & Myllylä, V. (1999). Sexual functioning among stroke patients and their spouse. *Stroke* 30 (4), 715–719.
- Laireiter, A. (Hrsg.) (1993). Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde. Bern: Huber.
- Lambers, H. (2016). Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich. Opladen: Verlag Barbara Budrich (UTB).
- Mühlum, A. & Gödecker-Geenen N. (2003). Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München: Reinhardt.
- Müller-Baron, I. & Woiton, E. (2018): Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen. In: BAR (Bundsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.) (Hrsg.). *Rehabilitation – Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe*. Berlin: Springer, 307-313
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Beltz Juventa Verlag.
- Robinson-Smith, G., Harmer, C., Sheeran, R. & Bellino Vallo, E. (2015). Couples' Coping after stroke – a pilot intervention study. *Rehabilitation Nursing* [Epub ahead of print], 1-11
- Rochette, A., Korner-Bitensky, N. & Levasseur, M. (2006). 'Optimal' participation: A reflective look. *Disability and Rehabilitation*, 28 (19), 1231–1235.
- Salomon, A. (1926). Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. In: Salomon, A. *Ausgewählte Schriften; Veröffentlichung des Forschungsschwerpunktes „Theoriegeschichte Sozialer Arbeit“*, Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Berlin 2004. Unter Mitarbeit von Adriane Feustel. Neuwied: Luchterhand.
- Sichelschmidt, J. & Cramer I. (2015). *Klinische Sozialarbeit als behandelnde Profession. Theoriebildung und Entwicklung eines Behandlungsansatzes Bargteheide*: PsychMed Verlag.
- Staub-Bernasconi, S. (2004). Wissen und Können – Handlungstheorien und Handlungskompetenz in der Sozialen Arbeit. In: A. Mühlum (Hrsg.): *Sozialarbeitswissenschaft–Wissenschaft der sozialen Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 27–62.
- Thiersch, H. (2014). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Welti, F. & Wiebelitz-Spangenberg, C. (2017). Sozialrechtlicher Rahmen für Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen. *Arbeit und Recht*, 2/17, 59-64.

Prof. Dr. phil. Stephan Dettmers, M.A.
 Fachhochschule Kiel
 Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
 Sokratesplatz 2
 24149 Kiel
stephan.dettmers@fh-kiel.de