

ii) Sozialarbeiterische Wirkmechanismen in der medizinischen Rehabilitation (SWIMMER)

Das Projekt SWIMMER setzt an diesen Punkten an und soll zum einen zur Entwicklung von Maßnahmen und zum anderen zur Weiterentwicklung von Bewertungsmaßstäben beitragen. Ziel der von der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften NRW e.V. geförderten Studie ist eine Wirksamkeitsnachweisen vorgeschaltete grundlagenorientierte Forschung, indem mit einem qualitativen, fall-vergleichenden Studiendesign (Meyer et al., 2012) in zehn teilnehmenden Reha-Einrichtungen Handlungsbegründungen der Sozialarbeiter*innen sowie die Rahmenbedingungen in den Blick genommen werden sollen. Unter Berücksichtigung der Samplingstrategien (theoretisches Sampling) und Auswertungsschritte der Grounded Theory (Corbin & Strauss, 1990) sollen mögliche Gründe für die Versorgungsvariation identifiziert und eine Programmtheorie zur Abbildung potentieller Wirkmechanismen Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation entwickelt werden. Die gezielte Auswahl der Einrichtungen und der systematische Vergleich sollen die Herausarbeitung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden ermöglichen. Im Folgenden werden die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen, auf denen die genannte Studie aufbaut, vorgestellt und im Rahmen dessen eine Verortung der Studie vorgenommen.

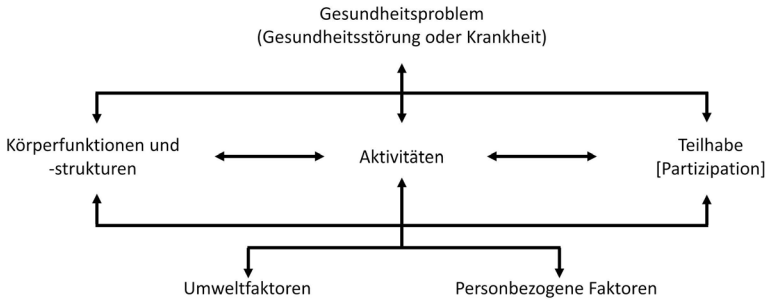
iii) Theoretische und konzeptionelle Bezugspunkte

Aus Perspektive der Sozialen Arbeit orientiert sich das Projekt SWIMMER theoretisch am Tripelmandat und der Theorie Sozialer Arbeit als Wissenschaft und Praxis der Erklärung, Lösung und Vorbeugung sozialer Probleme (Staub-Bernasconi, 2018, 2019). Darauf folgt zum besseren Verständnis des Projektrahmens eine Darstellung weiterer konzeptioneller und theoretischer Bezüge der Projektverantwortlichen, bevor Vorannahmen und die Methodik des Projekts unter Berücksichtigung sämtlicher theoretischer und konzeptioneller Perspektiven dargestellt werden. Die Bezugspunkte ergeben sich aus dem untersuchten Versorgungsbereich, vorherigen Studien sowie der disziplinären Verortung der Forschenden. Dazu zählen zum einen die konzeptionellen Überlegungen zur Rehabilitation als Gesundheitsstrategie des 21. Jahrhunderts inklusive der Bedeutung der Funktionsfähigkeit als Gesundheitsindikator. Zum anderen ist das Projekt SWIMMER der Versorgungs-

forschung zuzuordnen, aus der sich die Zielsetzung sowie die theoretische Orientierung ergibt. Ein weiterer Bezugspunkt ist die Orientierung am Konzept einer evidenzbasierten Praxis zur Unterstützung der professionellen Entscheidungsfindung inklusive des Diskurses um deren Weiterentwicklung.

Zur Beschreibung der Rehabilitation als Gesundheitsstrategie (Stucki et al., 2018) hat die Entwicklung der ICF (vgl. Abbildung 1, DIMDI, 2005) durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen großen Beitrag geleistet. Funktionsfähigkeit ist der zentrale Begriff des Gesundheitsmodells der ICF. Er integriert funktionelle Aspekte der physischen und psychischen Gesundheit, im Modell durch die Komponenten Körperfunktionen und –strukturen wiedergegeben, mit den Komponenten Aktivitäten und Teilhabe. Funktionsfähigkeit drückt ein Kontinuum aus, auf dessen einem Pol die vollständige Funktionsfähigkeit und auf dessen anderem Pol umfassende/vollständige Behinderung verortet sind. Das bedeutet, Behinderung ist in der ICF keine Kategorie, sondern beschreibt das Ausmaß der Einschränkungen der Funktionsfähigkeit. Die Funktionsfähigkeit wird auf der einen Seite beeinflusst vom Gesundheitszustand einer Person, zum Beispiel einer diagnostizierten Erkrankung, auf der anderen Seite von sogenannten Kontextfaktoren – den Umweltfaktoren sowie den personbezogenen Faktoren. *Körperfunktionen* beschreiben physische und psychische Funktionen des Körpers und Geistes, *Körperstrukturen* die anatomischen Teile des Körpers. Mit diesen Komponenten kann das Leistungsvermögen (*capacity*) einer Person eingeschätzt werden. Mithilfe der Aktivitäten und Teilhabe kann dagegen die faktische Leistung (*Performanz*) im Alltag beziehungsweise als Resultat der Interaktion mit dem Gesundheitszustand sowie den Umwelt- und personbezogenen Faktoren erfasst werden. Mit der ICF liegt erstmals ein weltweit akzeptiertes Modell von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit vor. Es zeichnet sich auch und insbesondere dadurch aus, dass es medizinische Vorstellungen von Behinderung mit sozialen Vorstellungen von Behinderung zusammenführt. Die ICF bietet zudem ein Klassifikationssystem, das eine Operationalisierung der meisten Komponenten vorgibt und zur Anwendung bereitsteht (Bickenbach & Stucki, 2022).

Abbildung 1: *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* nach DIMDI, 2005



Aufbauend auf den epidemiologischen (Anstieg sogenannter nicht übertragbarer Erkrankungen, insbesondere chronischer Erkrankungen) und demografischen (Überalterung) Trends der nächsten 30 Jahre unterstreichen Stucki et al. (2018) die Bedeutung der Funktionsfähigkeit und Behinderung für die gesundheitliche Versorgung. Die größte Herausforderung bei dieser Entwicklung liegt in der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung. Diese orientiert sich vorwiegend an der Akuität von Erkrankungen und damit an ihrer Morbidität und Mortalität. Die Begleitung chronisch kranker Menschen und der Umgang mit Funktionseinschränkungen haben trotz ihrer Bedeutung für das Alltagsleben der Betroffenen hingegen einen vergleichsweise geringen Stellenwert. Die gesundheitliche Versorgung muss auf einen Anstieg der Einschränkungen von Körperfunktionen und -strukturen sowie auf eine damit verbundene Abnahme des Leistungsvermögens reagieren können. Rehabilitation ist eine der von der WHO definierten fünf Gesundheitsstrategien (inkl. Prävention, Gesundheitsförderung, Kuration, Palliation) und thematisiert die gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhundert umfassend, da ihre Leistungen im Wesentlichen auf das Leben mit einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung ausgerichtet sind (Stucki et al., 2018). Die Gesundheitsstrategien sind zudem Basis des Selbstverständnisses der Gesundheitsberufe, welches sich in der Behandlung widerspiegelt. Ziel der Rehabilitation ist die Optimierung der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF (Meyer et al., 2011) durch eine Verbesserung der physisch-psychischen Gesundheit, der Förderung von Alltagsaktivitäten und Teilhabe, und damit auch der erlebten Gesundheit, sowie durch Anpassungen von Kontextfaktoren (zum Beispiel Anpassungen des Arbeitsplatzes, Stärkung von Krankheitsbewälti-

gungsstrategien). Die Rehabilitation als Gesundheitsstrategie bedeutet die Orientierung an den zwei Ebenen der Funktionsfähigkeit. So sind neben der Behandlung der Gesundheitsprobleme die Förderung psychischer Ressourcen und das Schaffen einer förderlichen physischen und sozialen Umgebung Aufgaben im Rehabilitationsprozess. Die Ergebnisse der Rehabilitation gilt es letztlich, in den Alltag zu übersetzen und damit einhergehend eine Besserung der erlebten Gesundheit zu ermöglichen (Bickenbach & Stucki, 2022).

Ein anderes übergreifendes Thema ist der noch vergleichsweise junge Forschungs- und Wissenschaftsbereich, in dem das SWIMMER-Projekt verortet wird. Aufgaben der multidisziplinären Versorgungsforschung sind die Beschreibung und Untersuchung der vorhandenen Ressourcen, Strukturen und Prozesse der Gesundheitsversorgung auf Mikro-, Meso- und Makroebene. Grundprinzipien sind dabei unter anderem die Orientierung an den Patient*innen und an der Verbesserung der Versorgung (Schrappe & Pfaff, 2016). Themen der Versorgungsforschung sind der Zugang, die Qualität und die Kosten der Gesundheitsversorgung sowie der Praxisalltag. In der Auseinandersetzung mit letzterem ergeben sich folgende wichtige Fragen: Warum erhalten Versorgungsforscher*innen bei Untersuchungen im Versorgungssystem nicht die gleichen Studienergebnisse zur Wirksamkeit wie die inhaltlich verwandten klinischen Forscher*innen (vgl. »effectiveness gap« Schrappe & Pfaff, 2016)? Welche Rolle spielt dabei der (komplexe) Kontext der Versorgung, und welche Rolle die Komplexität der Interventionen? Um die Kontextabhängigkeit und die Komplexität der untersuchten Intervention bei ihrer Evaluation zu berücksichtigen, hat das britische Medical Research Council ein Rahmenkonzept zur Entwicklung beziehungsweise Beschreibung und Evaluation komplexer Interventionen (weiter)entwickelt (MRC Framework, Skivington et al., 2021; Craig et al., 2008). Ein zentrales Element des Frameworks ist dabei die Beschreibung und im Forschungsprozess laufende Anpassung einer Programmtheorie der Intervention. Theoretisch knüpft das MRC Framework an die realist evaluation (Pawson & Tilley, 1997) an. Grundsätzlich orientiert sich diese an der Gleichung $\text{context} + \text{mechanism} = \text{outcome}$ (sogenannte CMO-Konfigurationen) und betont dabei sowohl die Rolle des Kontextes für die Implementierung und Durchführung der Intervention als auch die Bedeutung von Veränderungen, die durch die Intervention im Zusammenspiel mit dem Kontext ausgelöst werden. Im MRC Framework wird entsprechend auf die Bedeutung einer theoretischen Beschreibung der untersuchten komplexen Interventionen, bestehend aus Informationen zu den Voraussetzungen einer Implementierung, zu zugrundeliegenden

Wirkmechanismen und zur Kontextsensitivität, im gesamten Evaluationsprozess verwiesen. Für Aussagen über die Wirksamkeit der Interventionen beziehungsweise einzelner Komponenten wird das Studiendesign der randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) empfohlen. Durch eine begleitende Prozessevaluation können zusätzlich Aussagen über Kombinationseffekte des im RCT untersuchten Mechanismus mit weiteren Mechanismen und Kontextbedingungen getroffen werden. Die qualitative Versorgungsforschung spielt insbesondere bei diesen Fragestellungen eine wichtige Rolle (Moore et al., 2015; Meyer & Xyländer 2020). Die Bedeutung der Kontextfaktoren für die Intervention ist in hohem Maße abhängig von der alltäglichen Praxis in den Interventionssettings. Zweifellos spielen die Aktivitäten und Interpretationen der Beteiligten eine besondere Rolle. Die qualitative Forschung orientiert sich am Alltag der Praxis, fokussiert Kontextfaktoren und richtet sich am Verstehen von Interpretationen aus (Blackwood et al., 2010; Meyer & Xyländer 2020).

Daneben ist das sogenannte Throughput-Modell der Versorgungsforschung ein weiterer Bezugspunkt (Schrappe & Pfaff, 2016). Das Modell beschreibt den Transformationsprozess der Inputfaktoren bis hin zum Output und Outcome. Maßgeblich für die Transformation des Inputs in Throughput sind die komplexe Intervention und der komplexe Kontext, deren Zusammenwirken nicht nur die Inputfaktoren beeinflusst, sondern auch durch eine gegenseitige Beeinflussung gekennzeichnet ist. Der Output ist zum Beispiel durch die erbrachten Versorgungsleistungen und die Verhaltensweisen von Akteur*innen der Gesundheitsprofessionen charakterisiert. Unter Outcome werden patientenbezogene Endpunkte und Populationseffekte gefasst. Zudem beinhaltet das Modell, ausgehend von Output und Outcome, Rückkopplungsschleifen, die wiederum den Input und den Throughput beeinflussen. Das Throughput-Modell hebt somit die entscheidende Rolle von komplexen Interventionen und Kontextbedingungen für Versorgungsergebnisse hervor und ermöglicht eine schematische Darstellung von Versorgungsstrukturen und –prozessen. Es trägt letztlich zur Systematisierung der für den effectiveness gap verantwortlichen Faktoren bei (ebd.).

Wie die Versorgungsforschung hat die Evidenzbasierte Praxis (EBP) ihren Ursprung unter anderem in der klinischen Epidemiologie, sodass sich inhaltliche Überschneidungen ergeben. Die EBP soll als weiterer Orientierungsrahmen erläutert werden. Wie die evidenzbasierte Medizin (EbM) empfiehlt EBP die professionelle Entscheidungsfindung anhand von drei Informationssystemen: externe Evidenz, klinische Expertise, Erwartungen der Patient*in-

nen. Praktiker*innen sollen durch die Begutachtung von Ergebnissen systematischer Forschung Handlungsmöglichkeiten und -alternativen aufgezeigt bekommen. Mit dieser Aufgabe ist die zu erlernende professionelle Fähigkeit der kritischen Würdigung von Studien verbunden, um die Validität und Übertragbarkeit von Studienergebnissen einzuschätzen. Die sogenannte Evidenzhierarchie, bei der systematische Übersichtsarbeiten zu Studien mit randomisiert-kontrollierten Design bei Fragen zur Wirksamkeit von Interventionen den höchsten Grad der Evidenz zugeschrieben bekommen, steht jedoch wiederholt in der Kritik. Zwar zeichnet diese methodische Strenge die EbM durch die damit erreichte Integrität aus. Von EBP-Protagonist*innen selbst wird diese Diskussion, zum Beispiel im Hinblick auf Übersichtsarbeiten zu komplexen Interventionen (Noyes et al., 2016), jedoch ebenfalls kritisch geführt. Evidenz aus anderen Studiendesigns gewinnt zunehmend an Bedeutung (zur qualitativen Forschung in der EbM vgl. Meyer, 2007 oder in EBP vgl. Fisher, 2016). Aus der Kritik ist in Verbindung mit den Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung aus einer *what-works* Agenda zusätzlich eine *why-does-it-work* Agenda geworden, die neben Ergebnissen zur Wirksamkeit auch Implementations- und Prozessdaten benötigt (Moore et al., 2015; Fisher, 2016).

iv) Vorannahmen im SWIMMER-Projekt

Aus den oben beschriebenen Bezugspunkten lassen sich folgende Vorannahmen des Forschungsprojekts zu den Zielen des SWIMMER-Projekts beziehungsweise anfängliche Perspektiven der Projektmitarbeiter*innen auf das Material ableiten. Durch die Orientierung an den Themen der Versorgungsforschung stehen in der Studie Erkenntnisse zum Zugang und zum Praxisalltag der Sozialarbeiter*innen im Fokus. Es ist zudem von einer substantiellen Einflussnahme der Rahmenbedingungen auf die Inanspruchnahme und Ausgestaltung der Leistungen der Sozialdienste auszugehen. Zu den Rahmenbedingungen zählen die sozialrechtlich verbrieften Rechte auf Selbstbestimmung (§1 SGB IX) und das Wunsch- und Wahlrecht (§8 SGB IX), die im Kontext einer zielorientierten Rehabilitation und vor dem Hintergrund unterschiedlicher Erwartungen an die Rehabilitation der Behandler*innen und Rehabilitand*innen bereits untersucht wurden (Meyer & Pohontsch, 2014). Auch vor dem Hintergrund des Tripelmandats (Staub-Bernasconi, 2019) war es deshalb ein Ziel der Datenerhebung, Einblicke in den Umgang der Sozialarbeiter*innen mit Ziel(konflikt)en der Rehabilitand*innen zu er-