

2. Zwischen Teilhabe, sozialen Problemen und Wirkung – theoretische und konzeptionelle Einordnung eines qualitativen Versorgungsforschungsprojekts

Der folgende Beitrag ist als Open Access Titel in der Zeitschrift *Soziale Passagen* zur Einordnung und Vorstellung des Projekts erschienen (Knoop et al., 2022) und wurde für dieses Buch mit wenigen Anpassungen übernommen.

i) Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation

Das Rehabilitationssystem in Deutschland unterscheidet Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen. Da sich diese Leistungen an Menschen mit Behinderung beziehungsweise von Behinderung bedrohte Menschen richten, sind die übergreifenden Bestimmungen der Leistungen zur Rehabilitation im Zuge der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in das Sozialgesetzbuch (SGB) IX übertragen worden. Übergeordnete Ziele dieser Leistungen sind daher die Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (§1 SGB IX).

Die im Kern soziale Zielstellung der medizinischen Rehabilitation wird in Abhängigkeit der Leistungsträgerschaft weiter ausdifferenziert. Dabei wird nach dem Ziel der Reha-Maßnahme unterschieden. So können Maßnahmen von Personen im berufsfähigen Alter durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) auf Antrag bewilligt werden. Damit verbunden ist eine besondere Fokussierung der Teilhabe am Arbeitsleben (»Reha vor Rente« vgl. §9 SGB VI). Im Vergleich der Kostenträger übernahm die DRV 2019 ca. 39,2 % der Kosten

aller Leistungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Gesamtvolumen; 10.644 Mio. €). Darauf folgten unter anderem die GKV mit 29,8 % (BAR, 2021). Differenzierte Daten zu den Rehabilitationsmaßnahmen hält die DRV vor, die 2019 für über eine Million medizinische Rehabilitationsleistungen aufgekommen ist. 81,0 % der Leistungen für Erwachsene werden stationär erbracht. Zu den wichtigsten Indikationsbereichen zählen die muskuloskelettalen Krankheiten mit 42,0 % aller stationären Leistungen, sowie die psychischen Erkrankungen (ca. 17,0 %), deren Anteil seit einiger Zeit steigt. Die durchschnittliche Dauer eines stationären Aufenthaltes lag exklusive Rehabilitationsleistungen bei Abhängigkeitserkrankungen (ca. 87,4 Tage) und psychischen Erkrankungen (ca. 37,3 Tagen) zwischen 23,4 und 29,7 Tagen (DRV Bund, 2021).

Sozialdienstmitarbeiter*innen der Reha-Einrichtungen arbeiten unter ärztlicher Aufsicht und in enger Kooperation mit den anderen Berufsgruppen (zum Beispiel Psycholog*innen, Spezialtherapeut*innen, Pflege) zusammen. Fallbezogene Aufgaben sind die finanzielle Absicherung für die Zeit des Reha-Aufenthalts, die Förderung der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe sowie die Organisation nachsorgender Leistungen (Knoop & Anton, 2022). Methodisch orientiert sich die Soziale Arbeit in diesem Arbeitsfeld hauptsächlich an der Einzelfallhilfe (Lukaszik et al., 2019). Instrumente der Qualitätssicherung der DRV, die eine wirtschaftliche Bedeutung für die von der DRV federführend belegten Einrichtungen haben (Zeisberger et al., 2019), bestimmen mit ihren Vorgaben die Ausgestaltung und Inhalte der Leistungen der Sozialen Arbeit maßgeblich mit (Knoop & Anton, 2022). Hinsichtlich der Strukturqualität der Sozialdienste werden Vorgaben für die personelle Ausstattung der Reha-Einrichtungen gemacht. Diese liegen in der ganztägig ambulanten Rehabilitation (1,25 Vollzeit-Stellen je 100 Behandlungsplätze, Vorgaben nur für Orthopädie, Kardiologie und Neurologie) und der stationären psychosomatischen Rehabilitation (1,2 Vollzeit-Stellen je 100 Betten) höher als in der stationären somatischen Rehabilitation (1,0 Vollzeitstellen je 100 Betten). Indikationsübergreifend wurden Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der sogenannten Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, DRV Bund, 2021) zusammengeführt. Die KTL dient als ein zentrales Instrument zur Sicherung der Prozessqualität. Für einzelne Leistungen sind unter anderem die notwendige Ausbildung der leistenden Berufsgruppen, die Inhalte sowie die Häufigkeit und Dauer der Leistungen festgelegt. Aktuell erhalten 96,0 % aller Rehabilitand*innen mindestens einmalig Leistungen aus dem Leistungsbereich der Sozialen Arbeit. Diese

verteilen sich auf 1,2 Leistungen pro Woche und dauern dabei im Schnitt 36 Minuten pro Woche (DRV Bund, 2021). Indikationsbezogen wurden die KTL zur Entwicklung sogenannter Reha-Therapiestandards (RTS) genutzt, um die Versorgung bestimmter Indikationsgruppen entsprechend evidenzbasierter Therapievorgaben zu vereinheitlichen. Im Vergleich zu den im Gesundheitswesen sonst üblichen Leitlinien mit einem Algorithmus-basierten Vorgehen für den individuellen Behandlungsfall wurde eine modulare Beschreibung der Versorgung anhand sogenannter evidenzbasierter Therapiemodule (ETM) inklusive Vorgaben zum Mindestanteil behandelter Rehabilitand*innen einer Reha-Einrichtung und zur Minstdauer gewählt. Im Rahmen der Entwicklung der RTS und ihrer Aktualisierung (Farin et al., 2018) ließen sich keine geeigneten empirischen Studien zur Begründung der Leistungen Sozialer Arbeit finden. Trotzdem unterscheiden sich die RTS hinsichtlich der Vorgaben der Module, die unter anderem sozialarbeiterische Leistungen enthalten (ETM: Soziale und berufliche Integration beziehungsweise ETM: Organisation der Nachsorge). Eine an die Aktualisierung der RTS anschließende Literaturrecherche zeigte, dass die Inanspruchnahme der Leistungen eine große Variation aufweist und aufgrund fehlender randomisiert-kontrollierter Studien keine Aussagen zur Wirksamkeit der Interventionen getroffen werden können (Knoop et al., 2019). In einer Analyse von Routinedaten der DRV konnte die variable Inanspruchnahme nur zu einem geringen Teil mit Merkmalen der Rehabilitand*innen oder der Rehabilitationsmaßnahme erklärt werden (Knoop & Meyer, 2019).

In der Zwischenzeit wurden Studien zur Wirksamkeit sozialarbeiterischer Leistungen veröffentlicht. Knoop und Meyer (2020) untersuchten den Effekt einer sozialarbeiterischen Beratungsleistung in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. Diese quasi-experimentelle Studie wertete Routinedaten der DRV aus, die neben Informationen aus KTL-Daten (DRV Bund 2007a), aus der Befragung der DRV zur subjektiven Bewertung des Reha-Aufenthalts sowie –Erfolgs (DRV Bund 2007b) und zum Reha-Aufenthalt auch soziodemografische Angaben aus den Versichertenkonten der Rehabilitand*innen enthielten. Rehabilitand*innen, die während ihres Aufenthalts mindestens einmal Beratungsleistungen aus dem Sozialdienst erhielten, wurden mit Rehabilitand*innen, die diese Leistungen nicht erhielten, anhand eines an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (DIMDI, 2005) orientierten Outcome-Index verglichen. Zur Berücksichtigung der fehlenden Vergleichbarkeit der Gruppen in potentiellen Einflussfaktoren auf die Teilhabemöglichkeiten der Rehabilitand*innen

(Soziodemografie, -ökonomie, sozialmedizinische und Rehaprozessbezogene Paramater) wurden lediglich Rehabilitand*innen in die Auswertung miteinbezogen, die nach einem Propensity Score Matching (Guo & Fraser, 2011) einen statistischen Zwilling hatten. Der Vergleich der beiden Gruppen zeigte sowohl für die kardiologische als auch für die orthopädische Rehabilitation eine Überlegenheit im Reha-Erfolg mit kleiner Effektgröße für die Gruppe ohne Sozialberatung. Unter Berücksichtigung der Limitationen des methodischen Vorgehens wurde mit dieser Studie erstmals die Wirksamkeit sozialarbeiterischer Leistungen mit hoher externer Validität untersucht. Weitere veröffentlichte Studien zur Wirksamkeit der Leistungen komplettieren ein inkonsistentes Bild, mit positiver Wirkung einer telefonischen Nachsorgeintervention bei orthopädischen Rehabilitand*innen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) in der beruflichen Teilhabe (Vogel et al., 2017) beziehungsweise keiner signifikanten Wirkung einer intensivierten Gruppenintervention von Sozialarbeiter*innen mit kardiologischen Rehabilitand*innen mit BBPL bei dem Return-to-Work oder der Lebensqualität (Salzwedel et al., 2019).

Die fehlenden Wirksamkeitsnachweise und die Variation in der Inanspruchnahme veranlasste die DRV dazu, sozialarbeiterische Leistungen in der medizinischen Rehabilitation weiter zu standardisieren. Dafür wurden Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation entwickelt und veröffentlicht (DRV Bund, 2022a). Entlang thematischer Schwerpunkte und verschiedener Bedarfslagen werden im Sinne eines Best-Practice-Ansatzes Interventionen erläutert. In Ermangelung externer Evidenz und in Folge der unklaren Übertragbarkeit internationaler Forschung sind die Praxisempfehlungen primär unter Rückgriff auf Erfahrungswissen entwickelt worden und bilden den Status quo ab. Dies entspricht den Zielen des Vorhabens und trägt für klinisch tätige Sozialarbeiter*innen praktisches und konsentiertes Wissen zusammen. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der sozialarbeiterischen Praxis erfolgt allerdings nicht. Wird diese Auseinandersetzung zum Beispiel durch den Vergleich der drei oben genannten Studien im Hinblick auf deren Vergleichbarkeit und Aufklärung des Zustandekommens der Ergebnisse angestrebt, wird ein zusätzlicher Nachholbedarf zur Erklärung solcher empirischer Phänomene offengelegt: Es fehlt an einer theoretischen Erläuterung beziehungsweise Explikation der Interventionen Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation unter Bezugnahme auf die Zielgruppe und Erfolgskriterien.