

Medizinische Rehabilitation – Zugang durch Soziale Arbeit

Erkenntnisse aus einem Forschungsprojekt über das Antragsverhalten onkologisch erkrankter Patient*innen aus Sicht von Expert*innen

■ Anna Lena Rademaker

■ Carolin Dresch

■ Jan Valentini

■ Ulrich Kurlemann

■ Phillip Maiwald

■ Vitali Heidt

■ Joachim Weis

■ Hans Helge Bartsch

■ Elke Cosanne

Trotz tendenziell steigender Antrags- und Bewilligungszahlen zur medizinischen Rehabilitation stagniert die Anzahl von Anträgen für Leistungen in Folge einer onkologischen Erkrankung bei Frauen und Männern (DRV 2020). Nach Deck & Walther (2017) lässt sich dies aus Sicht der Patient*innen insbesondere auf persönliche, berufliche und organisationale Gründe, wie familiäre Verpflichtungen oder einen mangelnden Zugang zu Reha-Leistungen zurückführen. Die Sicht von Expert*innen wurde in der von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) geförderten Studie zum Antragsverhalten zur onkologischen Rehabilitation (AZORE) unter Beteiligung der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) und des Uniklinikums Freiburg untersucht (Weis et al. 2018). In der Studie konnten mittels qualitativer und quantitativer Methodik Barrieren auf der expert*innen-, system- und patient*innenbezogenen Ebene identifiziert werden. Inhaltlich sind die Barrieren folgenden sieben Themenbereichen zuzuordnen: Krankheitsverarbeitung, Antragsverfahren, Rehabilitationsfähigkeit, Koordination, soziale Verpflichtungen, Patient*innenwünsche, Stellenwert der Reha aus Sicht der Expert*innen (Dresch et al. 2020; Weis et al. 2021). Der Beitrag beleuchtet die Erkenntnisse aus dem dreijährigen AZORE-Forschungsprojekt und leitet Implikationen für die psychosoziale Versorgung der Patient*innen durch die Soziale Arbeit ab.

Die Soziale Arbeit ist ein konstitutiver Bestandteil des interdisziplinären Teams medizinischer Rehabilitation und Versorgung onkologisch erkrankter Patient*innen. Zu ihren Aufgaben gehört die psychosoziale Beratung, Erschließung und Vernetzung von Hilfsquellen, Durchsetzung von sozialrechtlichen Ansprüchen, alltagsbezogene Krisenintervention sowie palliative Begleitung (Schneider & Walther 2019, S. 214 f.). Mit Blick auf den Zugang zur Anschlussheilbehandlung (AHB) nach onkologischer Erkrankung hat die Soziale Arbeit auch eine wichtige „Türöffner“-Funktion. Sie agiert im Idealfall gemeinsam mit Patient*innen, dem medizinischen Personal, Angehörigen und Leistungsträgern und unterstützt, bei der Orientierung durch die Sozialgesetzgebung und Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe im Anschluss an einen Kli-

nikaufenthalt (Schneider & Walther 2019). So kann die Soziale Arbeit zu „significantly lower rates of hospitalization and hospital readmission, fewer follow-up physician visits, and increased participation in social activities“ beitragen (Browne 2011, S. 23f.). Die Bewältigung gesundheitlicher Problemlagen hängt eng mit sozialen Determinanten zusammen, wodurch davon ausgegangen werden kann, dass eine professionelle und adäquate Begleitung onkologisch Erkrankter durch die Soziale Arbeit sich auf ihre Lebensqualität, Morbidität und zudem auf die Nachhaltigkeit medizinischer Interventionen auswirkt. Dabei wäre eine Sicht auf die alleinige persönliche Verantwortung von Patient*innen zum Erfolg der Rehabilitation zu kurz gedacht, wenn man sich vor Augen hält, mit welchen individuellen und strukturellen Belastungen sie sich konfrontiert sehen, beispielsweise nach einer onkologischen Erstdiagnose und vor dem Hintergrund alltäglicher Belastungen wie Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes oder der Aufrechterhaltung des Familiensystems (Schneider & Walther 2019, S. 2011f.). Die Herausforderungen in der Alltags-

und Lebensbewältigung verbunden mit mangelnden Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe führen nicht selten zu psychosozialen Krisen und dem Verlust von Handlungsfähigkeit.

Inanspruchnahme onkologischer Reha-Leistungen

Das Gesundheitssystem ist jedoch auf aktive und initiative Patient*innen ausgerichtet (Rademaker 2021). Wer eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen wolle, müsse zunächst „selbst die Initiative ergreifen und einen Antrag stellen“ (DRV 2019, S. 23). Die DRV verweist zwar auf den „Rat des Hausarztes“ und „dessen Unterstützung“, bleibt aber in der Zuständigkeit zur sozialrechtlichen Beratung für einen Reha-Antrag vage (ebd.). So wie Rätz es konstatiert, obliege die Selbstverantwortung für den gesamten Prozess der Krankenversorgung im Zweifel den Patient*innen (Rätz 2016, S. 205f.). Um diese für die Betroffenen in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung äußerst relevante Unterstützung zu bieten, muss die Profession Soziale Arbeit fest mit in den Versorgungsprozess von onkologischen Patient*innen verankert werden. Im Prozess dieser „Professionalisierung und Institutionalisierung im Gesundheitswesen“ ist sie dennoch „immer wieder von

unterschiedlichen Aufträgen – durch die jeweiligen Trägerinteressen, die Sozial- und Gesundheitspolitik – herausgefordert und mit unterschiedlichen Mandaten konfrontiert“ (Schneider & Walther 2019, S. 210). So erscheint es (leider) noch immer plausibel und wenig verwunderlich, dass ihr lebensweltorientierter Auftrag zur Förderung der Teilhabe erkrankter oder von einer Erkrankung bedrohter Patient*innen (Dettmers 2018) stark von ihrer adäquaten (landes-)gesetzlichen Verankerung abhängt (Igl 2017) und nur schwer zu realisieren ist, wenn Fachfremde über die Maßgabe ihres Erfolgs entscheiden (Strom-Gottfried 2019). In einer Untersuchung von Deck & Walther (2017) zur Inanspruchnahme onkologisch rehabilitativer Leistungen aus Sicht von Patient*innen, wurde beispielsweise eine mangelnde Informiertheit über die Reha hervorgehoben und konstatiert, nur wenige der Patient*innen hätten konkrete Vorstellungen darüber, was in der Reha mit ihnen geschehe und was auf sie zukomme. Dieser Befund zeigt sich, obwohl alle Patient*innen Kontakt zu einem Sozialarbeitenden hatten (Deck & Walther 2017).

Die AZORE-Studie

Anschließend an die Studie von Deck und Walther aus dem Jahr 2017, die die Patient*innenperspektive fokussierte, untersuchte das AZORE-Team deutschlandweit, anhand qualitativer Leitfaden- und einer quantitativen Online-Befragung, die Sicht von Expert*innen über die Barrieren zur Beantragung von medizinischen Rehabilitationsleistungen im onkologischen Bereich. Hierzu wurden 61 teilstrukturierte Interviews mit Ärzt*innen (n = 26), Sozialarbeitenden (n = 22), Psycholog*innen (n = 6), Pflegepersonal/Medizinische Fachangestellten (n = 5) und Verwaltungsangestellten der DRV (n = 2) durchgeführt und



Bild: fizkes, adobe stock



Bild: LIGHTFIELD STUDIOS, adobe stock

nach der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring analysiert (Dresch et al. 2020). Auf Basis der qualitativen Studienergebnisse wurde ein Fragebogeninstrument mit 55 Items zu Barrieren im Antragstellungsprozess konzipiert und online eingesetzt. Die eingesetzten Antwortformate waren sechsstufig skaliert, wobei hohe Werte anzeigen, dass der genannte Aspekt als antragshinderlich wahrgenommen wird. Zur Identifikation der relevantesten Barrieren wurden Mittelwertanalysen durchgeführt. Mittels einer exploratorischen Faktorenanalyse wurden anschließend übergeordnete Inhaltsbereiche identifiziert (Weis et al. 2021). Insgesamt konnten 606 Personen in die Auswertung eingeschlossen werden.

Ergebnisse

Für die deutschlandweite Interviewstudie wurden 61 Expert*innen aus der onkologisch Versorgung und Beratung befragt. Nach erfolgter Transkription wurden die Interviews nach der Inhaltsanalyse von Mayring ausgewertet. Als Ergebnis dieses Prozesses konnten 854 Aussagen codiert und drei übergeordneten Hauptkategorien zugeordnet werden. Eine weitere Ausdifferenzierung der erwähnten Barrieren war durch die Bildung von insgesamt 19 Subkategorien und 40

Kategorien auf drei Differenzierungsebenen möglich:

- (1.) Expert*innenbezogene (136 Aussagen),
- (2.) Systembezogene (274 Aussagen)
- (3.) Patient*innenbezogene (444 Aussagen) Barrieren (Dresch et al. 2020).

Barrieren, die sich auf die Patient*innen beziehen, wurden von den Expert*innen am häufigsten benannt. Sie umfassen Subkategorien beispielsweise:

- (3.1) psychosoziale Faktoren (205) der Krankheitsverarbeitung, negativer Vorerfahrungen oder eines Informationsdefizits seitens der Patient*innen
- (3.2) soziale Verpflichtungen (96) und damit einhergehende Ängste vor einem Arbeitsplatzverlust oder die Versorgung von Kindern/ Angehöriger.

Unter den Systembezogenen Barrieren befinden sich Aussagen, die sich beispielsweise beziehen auf:

- (2.1) das Antragsverfahren (110), das nach Angabe der Expert*innen zu kompliziert oder aufwendig sei, unklare Zuständigkeiten innerhalb des interdisziplinären

- Teams und unflexible AHB-Fristen bei der Antragsstellung
- (2.2) Verfügbarkeit (57) von beispielsweise ambulanten Rehabilitationsangeboten
- (2.3) Abwesenheit eines funktionierenden Zuweisungssystems (54)
- (2.4) wenig individualisierte und serviceorientierte Angebote (24).

Zentrale Subkategorien der Expert*innenbezogenen Barrieren sind u.a.:

- (1.1) Unklarheit bezüglich des Nutzens der Reha bis hin zur Befürchtung negativer Effekte (29)
- (1.2) Informationsdefizite seitens der Expert*innen (26) und
- (1.3) dass sie zu wenig/nicht über die Reha aufklären (24)
- (1.4) die Antragsstellung als belastend und frustrierend (14) empfinden

Insgesamt zeigt sich expert*innenseitig Skepsis bezüglich des Nutzens von Rehabilitationsleistungen, systembezogenen Aspekten, die das Antragsverfahren sowie die Abwesenheit eines funktionierenden Zuweisungssystems thematisierten und patient*innenbezogenen Barrieren der individuellen Krankheitsverarbeitung sowie lebensweltbezogene Aspekte der Alltagsbewältigung als zentrale Barrieren bei der Antragstellung.

Mit der anschließenden ebenfalls deutschlandweiten Online-Befragung wurden Expert*innen (N=606, 68,8% weiblich) aus insbesondere stationären (57,1%) und ambulanten Versorgungseinrichtungen (31,5%) sowie Krebsberatungsstellen (10,6%) befragt. Die Stichprobe setzt sich aus Ärzt*innen (41,1%), Sozialarbeitenden (32%), Pflegenden/MFA (17,3%) und Psycholog*innen/Psychoonkolog*innen (9,1%) zusammen (Weis et al. 2021). Die abgefragten Barrieren konnten insgesamt sieben faktoranalytisch bestimmten Inhaltsbereichen zugeordnet werden: Krankheitsverarbeitung, Antragsverfahren, Rehabilitationsfähigkeit von Patient*innen, institutionelle Koordination, soziale Verpflichtungen, Patient*innenwünsche, Stellenwert der Reha (ebd., S. 98).

Der Faktor Krankheitsverarbeitung umfasst unter anderem folgende Items: der Wunsch nach Normalität (M = 4,18), die Sorge vor Belastungen durch andere Patient*innen (M = 4,11), Vorbehalte gegenüber einem Rehaaufenthalt (M = 3,68) oder dem Wunsch nach mehr Selbstbestimmung in einem von Therapie bestimmten Lebensalltag (M = 3,63) (Weis et al. 2021, S. 99). Im Inhaltsbereich des Antragsverfahrens zeigen sich als Barrieren insbesondere die schlechte Erreichbarkeit der Kostenträger bei Nachfragen (M = 4,03) und, dass bei Problemen mit dem Antrag nicht klar sei, an wen man sich wenden könne (M = 3,23) sowie zu aufwendige Antragsverfahren (M = 3,23) (ebd.). Bezüglich der Koordination wird am häufigsten angeführt, dass es aufgrund der schnellen Entlassungen aus den Kliniken nicht zur Antragsstellung komme (M = 3,71), Behandler wenig Zeit hätten, die Antragsstellung in die Wege zu leiten (M = 3,36) sowie zu wenig über das Thema „onkologische Reha“ aufklären (M = 3,53) und die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Einrichtungen schlecht funktioniere (M = 3,45).

Erkenntnisse aus Perspektive Sozialer Arbeit

Für die Soziale Arbeit erachten sich die Ergebnisse mit Blick auf die Patient*innen und die institutionellen (systembezogenen) Barrieren als äußerst relevant. Anhand der Aussagen der Expert*innen wird deutlich, dass die soziale Dimension von Gesundheit einen wesentlichen Einfluss auf die Inanspruchnahme onkologisch rehabilitativer Leistungen nimmt. So konnten beispielsweise alltägliche, familiäre und berufliche Verpflichtungen der Patient*innen als Barrieren für die Beantragung einer Rehabilitation identifiziert werden.

Darüber hinaus verweist die Untersuchung auf eine mangelhaft strukturell verankerte Koordination von Unterstützungsleistungen bei der Navigation von Patient*innen durch das komplexe sozialrechtliche Leistungsangebot, auch über den Klinikaufenthalt hinaus.

Um Zugänge zur medizinischen Rehabilitation zu erleichtern, leistet die Soziale Arbeit einen wichtigen Beitrag, hat sie doch insbesondere die soziale Dimension von Gesundheit mit dem Aspekt Förderung der Teilhabe im Blick. Hierfür bedarf es klarer Regelungen der Verantwortlichkeiten der Berufsgruppen während des Behandlungsprozesses. Das bezieht sich auf die Abläufe der Leistungsträger sowie von Einrichtungen der Versorgungslandschaft. Im Nationalen Krebsplan ist das Ziel explizit benannt, dass alle an Krebs erkrankten Menschen und ihre Angehörigen bei Bedarf eine an-

und Behandlung aufgegriffen werden (DKG & DVSG, 2018).

Eine regelhafte Kooperation der stationären und ambulanten Einrichtungen, durch klare Zeitbudgets für die Kooperations- und Vernetzungsarbeit (Gahleitner & Homfeldt 2013) mit Rehabilitationskliniken, Akutkrankenhäusern, onkologischen Zentren, niedergelassenen Ärzt*innen und Krebsberatungsstellen durch Fachkräfte Sozialer Arbeit könnte wesentlich zur Bereitstellung wohnortnaher und ambulanter Rehabilitationsleistungen beitragen. Darüber hinaus wären personelle Aufstockungen und flexiblere

Eine regelhafte Kooperation der stationären und ambulanten Einrichtungen, durch klare Zeitbudgets für die Kooperations- und Vernetzungsarbeit mit Rehabilitationskliniken, Akutkrankenhäusern, onkologischen Zentren, niedergelassenen Ärzt*innen und Krebsberatungsstellen durch Fachkräfte Sozialer Arbeit könnte wesentlich zur Bereitstellung wohnortnaher und ambulanter Rehabilitationsleistungen beitragen.

gemessene psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung erhalten sollen. Eine wissenschaftlich begleitete und vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Bestandsaufnahme psychoonkologischer Versorgung hat einen Mangel an Angeboten im ambulanten Bereich festgestellt (Schulz 2018). Diese Mängel in der internen und externen Kommunikation können mit Problemen bei der Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Versorgung von Patient*innen einhergehen. Die Beratungs- und Navigationskompetenz der Sozialen Arbeit ist deutlich zu stärken und auch die Finanzierung in ambulanten Settings sicherzustellen. Auch der Wunsch von Patient*innen nach Normalität sowie Prozesse der Krankheitsbewältigung werden zur Barriere, wenn sie nicht oder unzureichend in Beratung

Arbeitszeiten der Sozialdienstmitarbeitenden zur Gewährleistung einer verbesserten Patient*innenaufklärung über die Inhalte der onkologischen Rehabilitation angemessen.

Mit Blick auf das Gesundheitssystem könnte eine rechtlich klare Verantwortlichkeit Sozialer Arbeit für die Beratung zur onkologischen Rehabilitation, wie sie in der ambulanten Krebsberatung vielerorts bereits umgesetzt wird, dazu beitragen, die Selbstbestimmung und Teilhabe zu stärken und die Ausgestaltung sowie den Zugang zur medizinischen Rehabilitation zu verbessern. Diese Kompetenzen Sozialer Arbeit können sich nur entfalten, wenn eine frühzeitige und verbindliche Einbindung des Sozialdienstes bei der Patient*innenversorgung erfolgt und interdisziplinäre

Fallbesprechungen mit allen beteiligten Berufsgruppen standardmäßig durchgeführt werden. Darüber hinaus würden flexiblere Antragsfristen und einheitliche und digitale Antragsverfahren der Rehabilitationsträger, wie sie teilweise in der Pandemie ermöglicht wurden (Rademaker 2021), dazu beitragen, systemische Barrieren abzubauen.

Zudem ist der Ausbau von zielgruppenspezifischen Informations- und Fortbildungsveranstaltungen zum Thema medizinische Rehabilitation, Bereitstellung von Informationsmaterialien unter Einbezug von Online-Angeboten und interdisziplinäre Schulungen für beratende Expert*innen-gruppen erforderlich. Die DVSG bietet Inhouse-Schulungen sowie Präsenz- und Online-Fortbildungen zu verschiedenen Themen im onkologischen Bereich an, beispielsweise für Sozialrecht und oder den Expertenstandard zur Psychosozialen Erstberatung onkologischer Patient*innen durch die Soziale Arbeit in der stationären Versorgung (PEOPSA) (DKG & DVSG 2018).

Soziale Arbeit kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, Patient*innen den Zugang zu einer Reha-maßnahme zu ermöglichen. Sie bezieht die Lebenslagen in der Beratung und Begleitung der Betroffenen mittels einer biopsychosozialen Perspektive und unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Dimension von Gesundheit ein und fokussiert insofern die lebensweltlichen Bezüge ihrer Patient*innen. Aufgaben von Navigation, Beratung, Vernetzung und Kooperation gehören zu ihren berufsspezifischen Tätigkeiten, insbesondere mit Blick auf das Entlassmanagement und den Austausch mit weiteren an der Versorgung und Rehabilitation von Patient*innen beteiligten Berufsgruppen.

■ *Korrespondenzadresse:*
 Prof. Dr. Anna Lena Rademaker,
 Lehrgebiet Soziale Arbeit im
 Gesundheitswesen, Fachhochschule
 Bielefeld, Fachbereich Sozialwesen,
 © anna-lena.rademaker@fh-bielefeld.de



Bild: fizkes, adobe stock

Literatur

Deck, R.; Walther, A. L. (2017): **Warum gehen onkologische Reha-Anträge und Reha-Leistungen der Deutschen Rentenversicherung zurück? Ergebnisse qualitativer Interviews mit Patienten aus onkologischen Versorgungszentren.** *Prävention Und Rehabilitation*, 29(2), S. 76–83.

Dettmers, S. (2018): **Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und Soziale Teilhabe.** *RP Reha.* In: *Sozialpolitik Und Rehabilitation*, 1, S. 5–10.

DKG; DVSG (2018): **Expertenstandard „Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung“ (PEOPSA).** <https://doi.org/10.1007/s12312-017-0358-z>

Dresch, C.; Bartsch, H. H.; Kurlemann, U.; Maiwald, P.; Rademaker, A. L.; Valentini, J.; Joos, S.; Heidt, V.; Weis, J. (2020): **Barrieren bei der Antragstellung zur onkologischen Rehabilitation: Ergebnisse einer qualitativen Expertenbefragung.** In: *Rehabilitation (Online)*. <https://doi.org/10.1055/a-1248-4979>

DRV (2020): **Reha-Atlas 2020. Die Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung in Zahlen, Fakten und Trends.** Bad Homburg: wdv.

Gahleitner, S. B.; Homfeldt, H. G. (2013): **Gesundheitsbezogene Soziale**

Arbeit und soziale(s) Netzwerke(n).

In: Fischer, J.; Kosellek, T. (Hg.): *Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen.* Weinheim: Beltz Juventa Verlag, S. 494–516.

Rademaker, A. L. (2021): **Auswirkungen der Corona-Krise für Soziale Arbeit in einem ökonomisierten Gesundheitswesen.** In: *Neue Praxis*, 1(51), S. 367–374.

Strom-Gottfried, K. (2019): **Ethics in Health Care.** In: Gehlert, S.; Browne, T. (Hg.): *Handbook of Health Social Work (3rd ed).* John Wiley & Sons, Inc., S. 37–70

Weis, J.; Kurlemann, U.; Bartsch, H.; Baumann, W.; Dresch, C.; Joos, S.; Maiwald, P.; Rademaker, A. L. (2018): **Patientenperspektive in der onkologischen Rehabilitation im Fokus. Kooperative Studie untersucht rückläufiges Antragsverhalten von Krebspatienten.** In: *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 2, S. 36–40.

Weis, J.; Dresch, C.; Bartsch, H. H.; Kurlemann, U.; Maiwald, P.; Rademaker, A. L.; Valentini, J.; Joos, S.; Heidt, V. (2021): **Barrieren der Antragstellung in der Onkologischen Rehabilitation: Eine bundesweite Expertenstudie.** In: *Die Rehabilitation*, 60(2), S. 95–101. <https://doi.org/10.1055/a-1361-4050>