

Zugang zum Sozialdienst in Reha-Einrichtungen

Ergebnisse der DVSG Mitgliederbefragung 2017 (Teil II)

■ M. Streibelt ■ N. Gödecker-Geenen
■ H. Adolph ■ C. Keßler

Die DVSG befragt regelmäßig ihre Mitglieder zu verbandlichen und gesundheitspolitisch wichtigen Themen. Ziel ist es, die Einschätzung der Mitglieder zu Folgen von gesundheitspolitischen Entscheidungen auf Patient*innen für die Verbandsarbeit nutzbar zu machen. Die Mitgliederbefragung 2017 wurde gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen durchgeführt. Im Zentrum der aktuellen Erhebung stand die Frage des Zugangs zur Beratung durch Soziale Arbeit in den unterschiedlichen Settings des Gesundheitswesens. In drei Beiträgen werden die Ergebnisse der Befragung vorgestellt. Den Anfang machte im letzten Heft das Thema des Zugangs zur Sozialdienstlichen Beratung in Akutkrankenhäusern. Im diesem Heft werden nun die Ergebnisse auf der Basis der Befragung von Sozialdiensten in Rehabilitationseinrichtungen vorgestellt. Der dritte Artikel wird sich der Untersuchung der Unterschiede des Zugangs in den Settings Ambulante Beratungsstellen, Rehabilitationskliniken und Akutkrankenhäusern widmen sowie die Stichprobe und Teilnehmerstruktur genauer beleuchten.

Die Befragung wurde vom 3. April bis 18. Mai 2017 als Onlinebefragung realisiert. Abweichend von dem in der FORUM-Ausgabe 4/2017 bereits beschriebenen Vorgehen können wir in dieser Teilstichprobe nicht nur auf Mitglieder der DVSG zurückgreifen. In Kooperation mit den Rentenversicherungen Bund und Westfalen wurden zusätzlich alle Sozialdienste von diesen federgeführten Reha-Einrichtungen angeschrieben und um Teilnahme an der Online-Befragung gebeten.

Stichprobe: Sozialdienste in Rehabilitationseinrichtungen

Die folgenden Ergebnisse fußen auf den Antworten von insgesamt 240 Sozialarbeiter*innen. Fast 90 Prozent

der Befragten sind weiblich; im Durchschnitt sind die Befragten 45 Jahre alt. Wie der Tabelle 1 zu entnehmen, ist das Diplom noch immer der häufigste Abschluss. Immerhin ein knappes Fünftel der Befragten gibt aber bereits einen Bachelor bzw. Master als höchsten Abschluss an. Die Tätigkeitsdauer variiert relativ stark in der Stichprobe. Fast ein Viertel ist seit 20 Jahren und länger im Gesundheitswesen tätig. Dem steht eine ähnlich stark besetzte Gruppe gegenüber, die erst seit relativ kurzer Zeit im Gesundheitswesen beschäftigt ist.

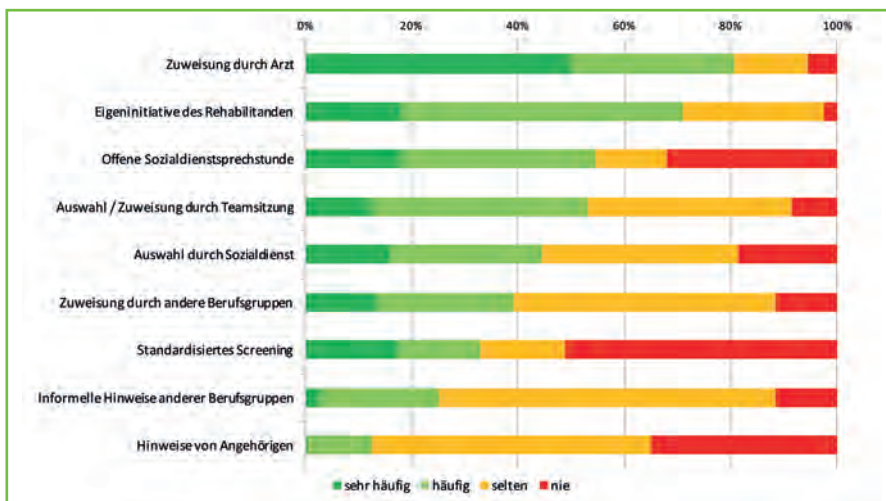
Etwa 73 Prozent der Sozialdienste in Reha-Einrichtungen sind in privater Trägerschaft tätig. Die Reha-Einrichtungen liegen – typisch für die deut-

Tabelle 1: Merkmale der Befragten

Merkmal	
GESCHLECHT	
Weiblich	87,2 %
Männlich	12,8 %
ALTER IN JAHREN	
	45,2 ± 11,2
HÖCHSTER ABSCHLUSS DER SOZIALEN ARBEIT	
Dipl. Sozialpädagogik	16,7 %
Dipl. Sozialarbeit	15,5 %
Doppel Dipl. SA & SozPäd	32,6 %
Bachelor Soziale Arbeit	14,6 %
Master Soziale Arbeit	4,7 %
Andere Abschlüsse	15,9 %
TÄTIGKEITSDAUER IM GESUNDHEITSWESEN	
bis 4 Jahre	24,7 %
5 bis 9 Jahre	22,5 %
10 bis 14 Jahre	12,5 %
15 bis 19 Jahre	16,9 %
20 Jahre und mehr	23,4 %

sche Reha-Landschaft – überwiegend im ländlichen oder kleinstädtischen Raum. Im Mittel wird eine Größe von etwa 180 Behandlungsplätzen angegeben, wobei ein Viertel der Einrichtungen weniger als 100 Plätze und ein weiteres Viertel mehr als 240 Plätze vorhalten. Etwa die Hälfte der Einrichtungen in unserer Stichprobe bietet eine Rehabilitation in mehr als einem Indikationsbereich an. Am häufigsten ist mit 52 Prozent eine orthopädische Fachabteilung vorhanden, gefolgt von 32 Prozent, die eine psychosomatische Fachabteilung besitzen. Die in-

Abbildung 1: Zuweisungsverfahren zum Sozialdienst



neren Indikationen sind jeweils mit einem knappen Fünftel in der Stichprobe vertreten (Kardiologie: 19%, Onkologie: 19%, Neurologie: 18%). 13 Prozent der Befragten sind an einer Reha-Einrichtung beschäftigt, die eine Entwöhnungsbehandlung anbietet.

Den höchsten Belegungsanteil in den Reha-Einrichtungen der Befragten weist entsprechend die Rentenversicherung mit 68 Prozent auf, gefolgt von einem Belegungsanteil der Krankenkassen von 26 Prozent. Knapp 40 Prozent der Rehabilitationsbehandlungen werden durchschnittlich als Anschlussrehabilitationen/Anschlussheilbehandlungen durchgeführt.

Die Größe, die Belegungsanteile und auch der Indikationsmix verwei-

sen auf eine recht hohe Repräsentativität. Insgesamt kommen die Sozialarbeiter*innen in dieser Stichprobe damit aus typischen, in Trägerschaft der Rentenversicherung federgeführten Reha-Einrichtungen. Die folgenden Ergebnisse besitzen zumindest in dieser Hinsicht eine recht hohe externe Validität.

Zugangswege zur Sozialdienstlichen Beratung

Wie der Abbildung 1 entnommen werden kann, erfolgt die Zuweisung in über 80 Prozent der Fälle durch den behandelnden Arzt. Weitere häufig anzutreffende Zugangswege sind die Eigeninitiative der Rehabilitanden selbst sowie die offene Sprechstunde. Bei beiden handelt es sich um Zugangswege, die von der subjektiven

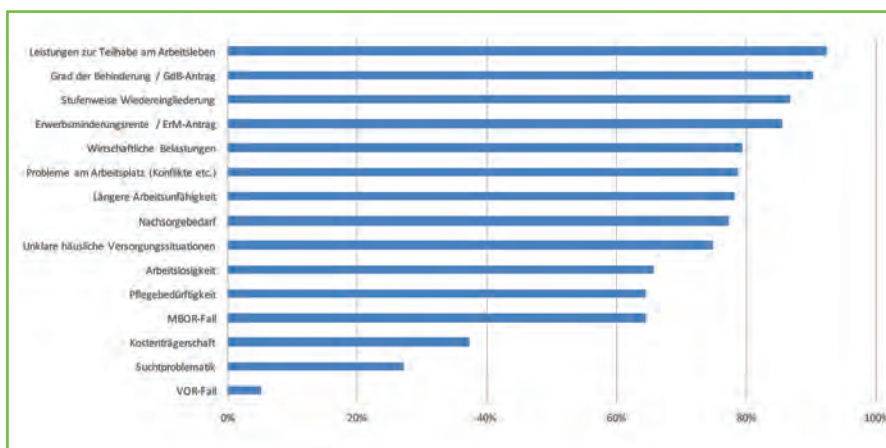
Beratungsbedürftigkeit der Rehabilitanden geprägt sind. Bei etwa der Hälfte der Befragten wird häufig eine Auswahl und Zuweisung in der interdisziplinären Teamsitzung getroffen. In 45 Prozent der Fälle entscheidet häufig der Sozialdienst selbst über die Auswahl. Bei 50 Prozent der Befragten existiert kein standardisiertes Screening der beratungsbedürftigen Rehabilitanden.

Zwei Drittel der Befragten gibt an, dass die Auswahl zu Beginn der Rehabilitation getroffen wird. Nur bei knapp 6 Prozent wird eine Entscheidung überwiegend bereits vor Beginn des Aufenthaltes getroffen. Immerhin 28 Prozent geben an, dass erst im Laufe der Rehabilitation der Beratungsbedarf eruiert wird. Insgesamt führt dies dazu, dass 65 Prozent der Sozialdienste angeben, in ihrer Einrichtung komme es zu verspäteter Zuweisung zum Sozialdienst, so dass die Durchführung notwendiger sozialdienstlicher Tätigkeit erschwert ist. Der Anteil dieser verspätet zugewiesenen Rehabilitanden liegt mit 10 Prozent allerdings im kleinen Bereich.

In den Einrichtungen von 85 Prozent der Befragten sind Gruppen definiert, die grundsätzlich einen Termin zum Sozialdienst erhalten. Am häufigsten ist dies bei Rehabilitanden mit einer besonderen beruflichen Problemlage und einem damit zusammenhängenden Bedarf an einer medizinisch-beruflichen Orientierung der Fall (57%). Bei 42 Prozent der Befragten erhalten alle DRV-zugewiesenen Rehabilitanden einen Sozialdienst-Termin.

Bei nur 45 Prozent der Befragten sind in der Einrichtung schriftlich festgelegte Zuweisungskriterien vereinbart. In mehr als acht von zehn Fällen war der Sozialdienst bei der Festlegung dieser Kriterien auch aktiv beteiligt. Darüber hinaus scheint es jedoch in den meisten Fällen zumindest mündlich vereinbarte Indikationskriterien zu geben, wie der Abbildung 2 entnommen werden kann. Am häufigsten wird eine Beratung durch den

Abbildung 2: Kriterien für die Zuweisung zum Sozialdienst



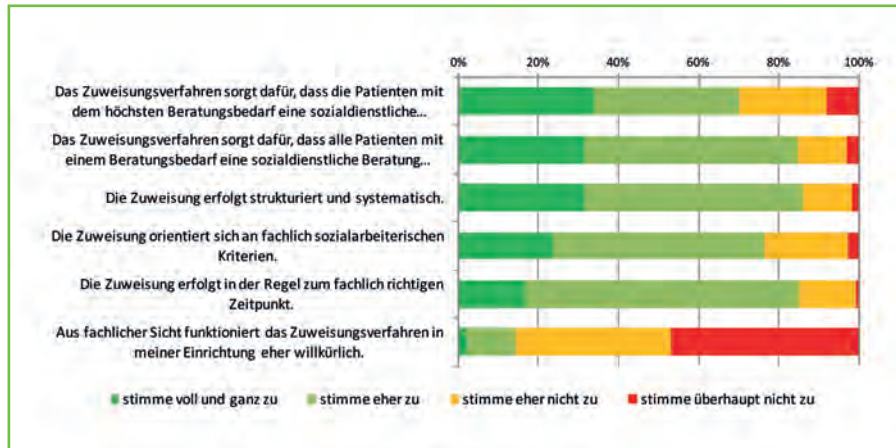
Sozialdienst notwendig, wenn der Bedarf weiterführender Leistungen der Rentenversicherung – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, stufenweise Wiedereingliederung, Erwerbsminderungsrente – im Raum steht. Eine große Rolle spielen auch sozialmedizinische Kriterien wie Arbeitslosigkeit oder längere Arbeitsunfähigkeit sowie potenzielle Barrieren für den Reha-Erfolg (unklare häusliche Situation, Arbeitsplatzkonflikte).

Die befragten Sozialarbeiter*innen sind gebeten worden, eine Bewertung der Zuweisungspraxis zum Sozialdienst in der eigenen Einrichtung vorzunehmen. Hierzu konnten sie verschiedenen Statements mehr oder weniger stark zustimmen (vgl. Abbildung 3). Insgesamt wird eine gute Bewertung der Zuweisungspraxis vorgenommen. Sie scheint grundsätzlich recht gut strukturiert zu sein. Nur etwa 15 Prozent meinen, dass das Zuweisungsverfahren in der eigenen Einrichtung eher willkürlich geschieht. Gut ein Drittel stimmt dagegen voll und ganz der Aussage zu, die Zuweisung erfolge strukturiert und systematisch. Ein ähnlich hoher Anteil geht stark davon aus, die richtigen Fälle würden eine sozialrechtliche Beratung erhalten. Die Zuweisung scheint sich – mit einigen kleinen Abstrichen – grundsätzlich an fachlich richtigen Kriterien zu orientieren und auch zum fachlich richtigen Zeitpunkt zu erfolgen. Fasst man die 6 aufgeführten Aussagen auf einer Skala mit maximal 100 zu erreichenden Punkten zusammen, so würden die Sozialdienste durchschnittlich 70 Punkte vergeben.

Bewertung der Zusammenarbeit und Kommunikation

Abbildung 4 zeigt, wie stark Soziale Arbeit sich an den verschiedenen patientenbezogenen Prozessen in ihrer Reha-Einrichtung beteiligt fühlt. In fast 70 Prozent der Fälle erfolgt immer eine aktive Beteiligung an den Teamkonferenzen. Damit scheint dies mittlerweile zum Standard in der medizinischen Rehabilitation zu gehören. Die weitere Beteiligung wird da etwas

Abbildung 3: Bewertung des Zuweisungsmanagements



kritischer gesehen. Noch relativ häufig fühlen sich die Sozialarbeiter*innen an der Diagnostik beteiligt. Auch scheinen aus ihrer Perspektive relevante Informationen bei der Festlegung der Rehabilitationsziele eine Rolle zu spielen. Weniger Beteiligung empfinden sie jedoch sowohl bei der Planung der Therapie in der Rehabilitation als auch bei der konkreten Erarbeitung und Formulierung von Rehabilitationszielen. Fügt man die Aussagen auch hier zu einer Skala mit maximal 100 Punkten zusammen, so bekäme dieser Aspekt im Durchschnitt 55 Punkte.

Die Kommunikation und der Austausch zwischen dem Sozialdienst und

anderen Berufsgruppen erfolgt überwiegend über Teamsitzung und Fallbesprechungen sowie über die elektronische Patientenakte. Bei 70 Prozent der Befragten kommen schriftliche Berichte zum Einsatz. Die geringste Zustimmung erfahren bilaterale Gespräche. Insgesamt ist die Bewertung der Kommunikation mit 74 von 100 möglichen Punkten aber gut.

Bedeutung der Sozialen Arbeit

Wir haben die Sozialarbeiter*innen auch gefragt, wie sie verschiedene Aspekte ihrer Arbeit sowie allgemein die Bedeutung der Berufsgruppe in der medizinischen Rehabilitation bewerten (Abbildung 5). Eine sehr gute Bewertung erfahren Aspekte wie die

Abbildung 4: Beteiligung der Sozialarbeit

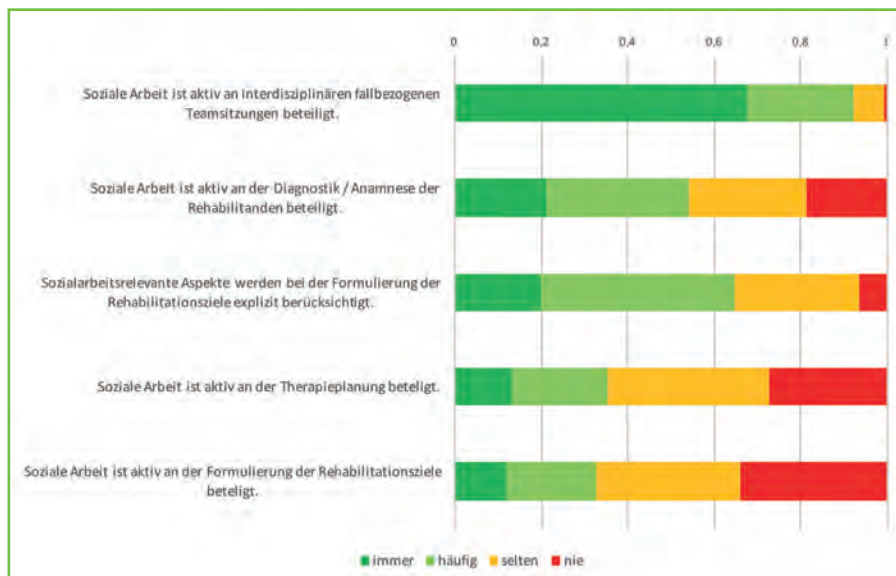
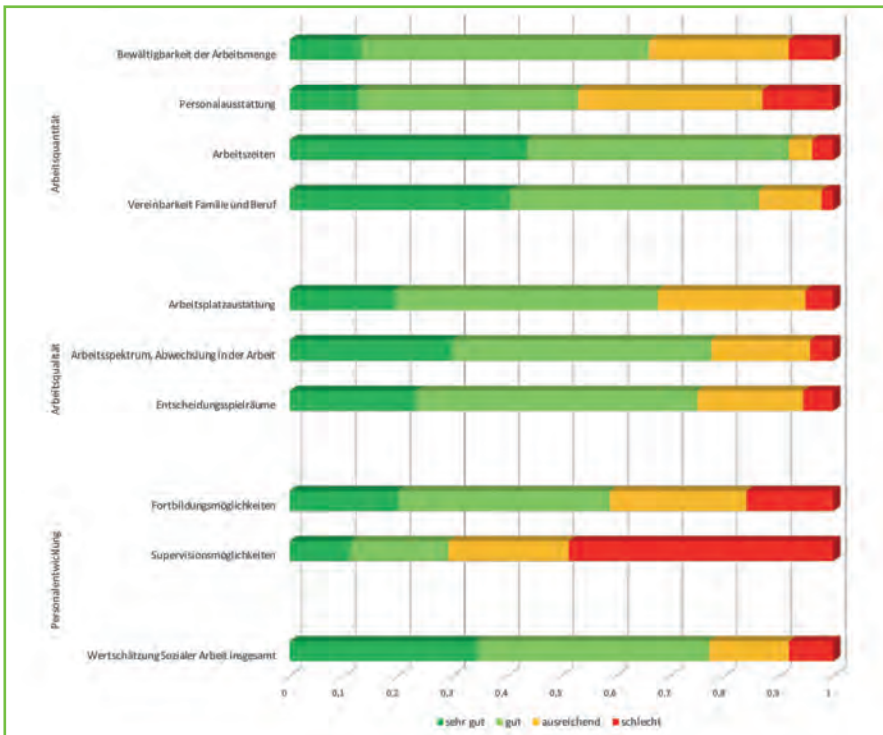


Abbildung 5: Bewertung der Bedeutung verschiedener Aspekte sozialer Arbeit



Arbeitszeit und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Allerdings äußern sich die Befragten etwas kritischer hinsichtlich der Arbeitsmenge und der Personalausstattung. Auf einer Skala bis 100 Punkten bekommt dieser Bereich von den Befragten 65 Punkte.

Auch qualitative Aspekte der Arbeit erfahren eine insgesamt gute Bewertung.

Der überwiegende Teil von etwa 70 Prozent der Befragten bewertet die Ausstattung am Arbeitsplatz, die Vielfalt sowie die Entscheidungsspielräume als gut bis sehr gut. Kritischer werden die Weiterentwicklungsmöglichkeiten gesehen. Insgesamt vergeben die Befragten hier 65 Punkte. Während Fortbildungsmöglichkeiten noch als ausreichend eingeschätzt

Tabelle 2: Zusammenhang verschiedener Aspekte der Zusammenarbeit und Einbindung der Sozialarbeit mit der Bewertung der Arbeit insgesamt

	Gesamtbewertung	Arbeitsquantität	Arbeitsqualität	Entwicklungsmöglichkeiten
Beteiligung der Sozialarbeit	--	0,19	--	0,14
Qualität Zuweisungsmanagement	0,45	0,35	0,36	0,29
Qualität Kommunikation	--	0,14	0,18	0,14

werden, scheinen Möglichkeiten des innerfachlichen Austauschs häufig zu fehlen. Mit 42 Punkten fällt die generelle Bewertung hier skeptischer aus. Insgesamt wird die Wertschätzung der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation jedoch zu fast 80 Prozent mit gut bis sehr gut bewertet.

Es stellt sich die Frage, wovon die Bewertung von Arbeitsquantität und -qualität sowie der Entwicklungsmöglichkeiten beeinflusst werden. Dies lässt sich mit dem statistischen Verfahren der Regressionsanalyse sehr gut nachvollziehen, welche simultan den Zusammenhang verschiedener Informationen auf eine Ergebnisvariable überprüft. Die Tabelle 2 stellt das Ergebnis dar. Die abgebildeten Werte stehen für einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Aspekt der Sozialen Arbeit und der allgemeinen Bewertung. Dieser Wert kann von -1 (starker negativer Zusammenhang) bis +1 (starker positiver Zusammenhang) gehen. Das bedeutet, je höher der Wert in die eine oder andere Richtung ist, desto stärker ist der jeweilige Zusammenhang.

Tabelle 2 zeigt, dass ein nicht unerheblicher Zusammenhang der wahrgenommenen Qualität des Zuweisungsmanagements mit der Bewertung der Arbeit durch die Sozialarbeiter*innen besteht. Die Qualität der Kommunikation zeigt kleine Zusammenhänge mit der Bewertung der Arbeit.

Bedeutung und Qualität der Arbeit der Sozialdienste in Rehabilitationseinrichtungen werden positiv eingeschätzt

Die Befragung hatte zum Ziel, in einem größeren Rahmen und an einer möglichst umfassenden Stichprobe die Selbsteinschätzung der Sozialarbeiter*innen in Reha-Einrichtungen hinsichtlich der Zusammenarbeit und des Zuweisungsmanagements sowie allgemein zu Qualität und Bedeutung ihrer Arbeit in Reha-Einrichtungen zu erfassen. Die umfangreiche Stichprobe ist relativ gut vergleichbar mit Rehabilitationseinrichtungen, die durch die Rentenversicherung federführend be-

legt werden. Damit scheinen die Ergebnisse eine recht große Reichweite auch über diese Stichprobe hinaus zu besitzen.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die Bedeutung und auch die Qualität der Arbeit der Sozialdienste in Rehabilitationseinrichtungen aus der Sicht der Betroffenen selbst als positiv eingeschätzt werden. Sozialdienste sind mittlerweile regulärer Bestandteil eines interdisziplinären Reha-Teams und aktiv in die gängigen Kommunikationsprozesse einer Reha-Einrichtung involviert. Aspekte der Sozialen Arbeit werden in der Diagnostik und auch bei der Reha-Zielvereinbarung berücksichtigt. Die Soziale Arbeit ist in der medizinischen Rehabilitation angekommen!

Jedoch wird auch deutlich, dass ein Zuwachs an Bedeutung nicht nur zu einer uneingeschränkt besseren Einschätzung der Arbeitssituation führt. Mehr Bedeutung bedeutet mehr Verantwortung im Einzelfall. Und das bedeutet letztlich auch mehr Ressourcen, wenn sich dieser positive Aspekt nicht in einer schlechteren Arbeitssituation für Sozialarbeiter*innen niederschlagen soll.

Entwicklungspotenziale zeigen sich hinsichtlich des Zuweisungsmanagements in den Einrichtungen. In fast allen Reha-Einrichtungen ist der ärztliche Dienst die primäre Zuweisungsquelle zur Sozialen Arbeit, gefolgt von der Eigeninitiative der Rehabilitanden. Der Sozialdienst selbst ist nur in gut der Hälfte der Einrichtungen in die Auswahl eingebunden. Auffällig ist auch, dass nur in etwa der Hälfte der Fälle ein standardisiertes Screening bzw. schriftlich fixierte Zuweisungskriterien existieren, um eine gleichbleibend hohe und personenunabhängige Qualität der Zuweisung zu gewährleisten. Damit einher geht auch die Wahrnehmung, dass Rehabilitanden immer wieder zu spät in die Sozialberatung kommen, so dass relevante Aktivitäten nicht mehr durchgeführt werden können. Dies berichten immerhin 65 Prozent der Befragten, auch wenn die Zahl



Sozialdienste sind in Reha-Einrichtungen heute regulärer Bestandteil eines interdisziplinären Reha-Teams und aktiv in die gängigen Kommunikationsprozesse eingebunden.

betroffener Patient*innen eher gering ist. Ein verbessertes Zuweisungsmanagement hätte aber nicht nur positive Effekte auf die Prozesse in der Rehabilitation: Die Qualität des Zuweisungsmanagements ist der stärkste Einflussfaktor auf die Bewertung der Güte der Arbeit aus der Perspektive von Sozialarbeiter*innen.

Hinsichtlich der Bedarfskriterien für Sozialberatung in der medizinischen Rehabilitation ist man sich unter den Befragten recht einig: In erster Linie sollten Patient*innen zum Sozialdienst, wenn deutlich ist, dass weiterführende Leistungen angezeigt sind und eingeleitet werden müssen bzw. wenn schwierige Kontextfaktoren im privaten oder beruflichen Bereich vermutet werden. Allerdings deuten diese doch komplexen Kriterien darauf hin, dass eine Konkretisierung hilfreich sein könnte. Ein schriftlicher Kriterienkatalog, der angesichts der Homogenität der Ergebnisse auch einrichtungsübergreifend erarbeitet werden könnte, würde die Qualität der Bedarfserkennung sicherlich erhöhen und dafür sorgen, dass die richtigen Patienten zu einem möglichst frühen Zeitpunkt in die Sozialberatung gelangen.

■ *Dr. Marco Streibelt arbeitet seit 2009 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund in der Abteilung Rehabilitation, und ist dort zuständig für die Weiterentwicklung von Leistungen zur Teilhabe,*
© dr.marco.streibelt@drv-bund.de

■ *Holger Adolph ist Diplom Sozialwissenschaftler und war von 2010 bis 2017 Referent in der Bundesgeschäftsstelle der DVSG,*
© h.adolph@t-online.de

■ *Norbert Gödecker-Geenen M. A., DVSG-Fachbereich Rehabilitation und Teilhabe, ist Diplom-Sozialarbeiter und Geschäftsführer der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (WAG) bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen,*
© norbert.goedecker-geenen@drv-westfalen.de

■ *Christina Keßler M. A., DVSG-Fachbereich Rehabilitation und Teilhabe, ist Diplom-Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin (FH), und arbeitet im Sozialdienst der Klinik Eichholz in Bad Waldliesborn,*
© christina.kessler@bad-waldliesborn.de