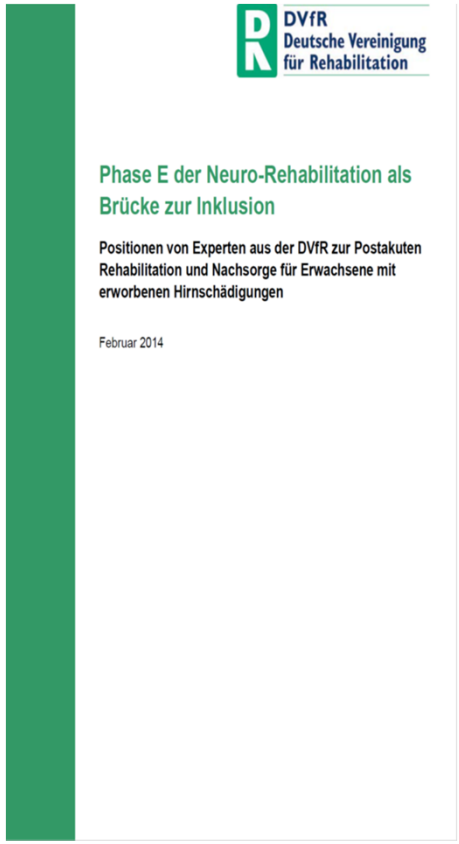
Phase E der NeuroRehabilitation und RTW in der (Langzeit) rehabilitation

Agenda

1	Die Phase E in der NeuroRehabilitation
2	Klinische Soziale Arbeit in der wohnortnahen Unterstützung
3	Klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie
4	Fallbeispiel
5	Medizinisch-sozial-berufliche NeuroRehabilitation

Brückenfunktion zum Alltagsleben

- Erfolg der Rehabilitation entscheidet sich in der Phase E im Bereich von Aktivitäten und Teilhabe
- Grundlagen für Gelingen und Misslingen der sozialen und beruflichen Teilhabe


DVfR
Deutsche Vereinigung
für Rehabilitation

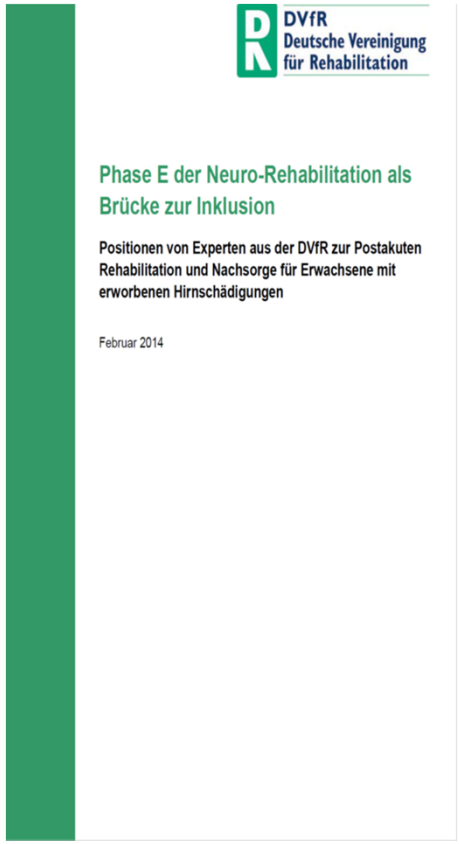
Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion

Positionen von Experten aus der DVfR zur Postakuten Rehabilitation und Nachsorge für Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen

Februar 2014

Netzwerkaspekte der Phase E

- Stärkung primärer und sekundärer sozialer Netzwerke
- Entscheidende Bedeutung, dass Eingliederung tatsächlich gelingt und nicht bereits im Ansatz scheitert
- Selbsthilfegruppen oder Organisationen der Betroffenen als wesentliche Hilfen
- Aufsuchende mobile Rehabilitationsangebote können die primären Netzwerke vor Ort nachhaltig unterstützen


DVfR
Deutsche Vereinigung
für Rehabilitation

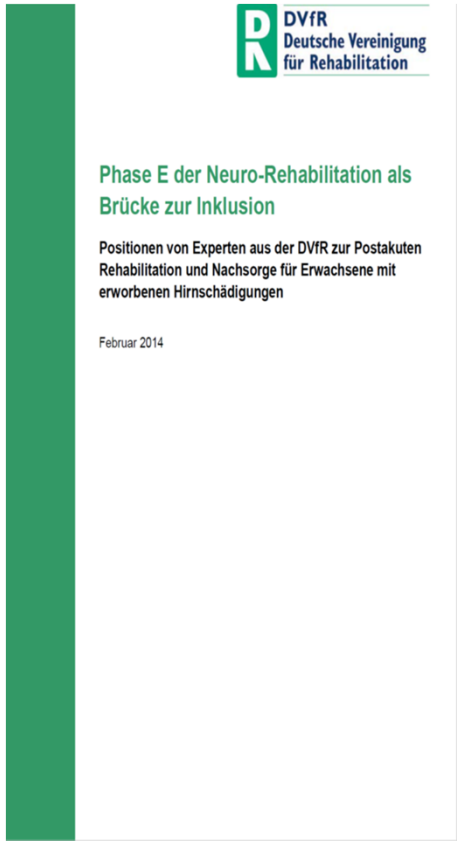
Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion

Positionen von Experten aus der DVfR zur Postakuten Rehabilitation und Nachsorge für Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen

Februar 2014

Teilhabeplanung, Zielvereinbarung

- Regionale Bedarfspläne, Angebotsgestaltung und –steuerung
- ICF-orientiertes Assessment
- Ermittlung von Ressourcen und der vorhandenen Infrastruktur im Sozialraum
- Sozialpädagogische, sozialmedizinische und sozialrechtliche Expertise


DVfR
Deutsche Vereinigung
für Rehabilitation

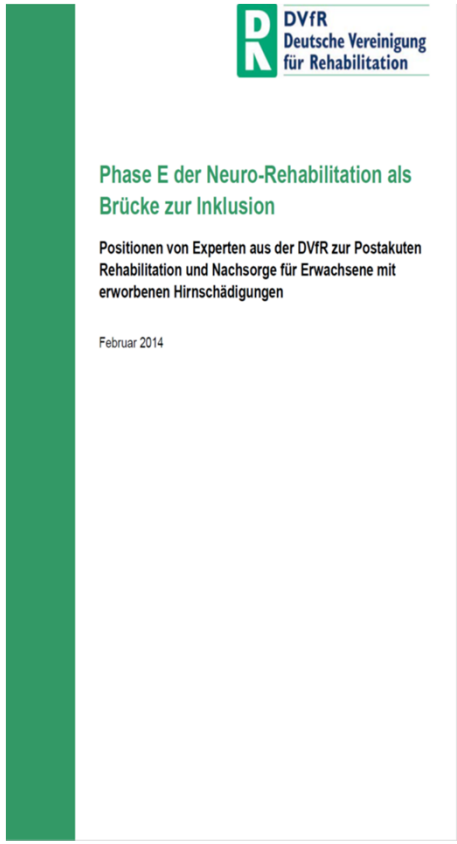
Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion

Positionen von Experten aus der DVfR zur Postakuten Rehabilitation und Nachsorge für Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen

Februar 2014

Beratung, Koordination, Vernetzung und Organisation

- Netzwerkstruktur der Hilfen
- Case Management
- Bereichsübergreifender, lebensweltlicher Ansatz
- Medizinisch, schulische, berufliche und sozialgemeinschaftliche Anteile der Hilfe


DVfR
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

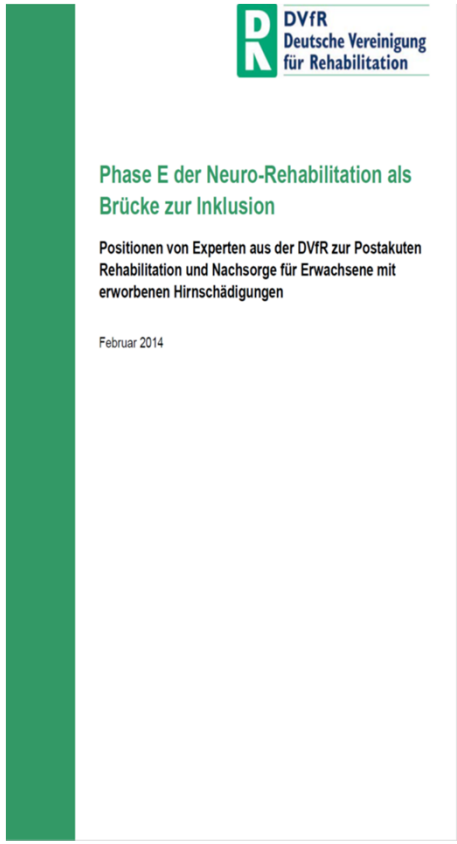
Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion

Positionen von Experten aus der DVfR zur Postakuten Rehabilitation und Nachsorge für Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen

Februar 2014

Teilhabemanagement und sozialtherapeutische Begleitung

- Allgemeines Management (Bedarfserkennung, Leistungserschließung, Leistungsplanung)
- Einzelfallmanagement mit persönlicher Förderung
- Beratung der „Betroffenen“, aber auch Angehörige, Arbeitgeber, Bezugspersonen
- Neurokompetenz


DVfR
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion

Positionen von Experten aus der DVfR zur Postakuten Rehabilitation und Nachsorge für Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen

Februar 2014

Sozialtherapie ist nicht Psychotherapie

Denn Sozialtherapie soll Individualisierung menschlicher (Lebensführungs-) Probleme vermeiden.

Abb. 18: Bähler, Sozialtherapeut

Vortrag Prof. Dr. Dieter Röh auf Fachtagung Klinische Sozialarbeit 15.06.2018 in Olten

DVSG
Gemeinsam für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.

Mehr-Ebenen-Modell von Beratungskompetenzen

5	Systemisch-institutionelle Kompetenzen	Klärung relevanter Systeme und Netzwerke	Klärung von Randbedingungen (rechtlich, ethisch etc.)	Koordination von Angeboten Case Management	Organisationsentwicklung Infrastrukturentwicklung
4	Aufgabenorientierte Kompetenzen komplex	Erlebens-/emotionsoritierte Interventionen: Explizieren Focusing Leerer Stuhl	Verhaltensorientierte Interventionen: Verstärkung Entspannung Modellieren	Kognitionsorientierte Interventionen: Umbewerten/Reframing Entscheiden/Problemlösen Umstrukturieren	Systemorientierte Interventionen: Zirkuläres Fragen Hypothetisieren
3	Aufgabenorientierte Kompetenzen einfach	Fragen stellen	Informieren	Konfrontieren	Handlungsanleitungen
2	Beziehungsorientierte Kompetenzen	Empathie: empathische Antwort Positive Wertschätzung: akzeptierende Antwort Kongruenz: authentische Antwort	Konkretheit: konkretisierende Antwort Aktivität: aktiv-engagierte Antwort Differenzierung: differenzierende Antwort	Beziehungsdialog Contracting	
1	Elementare interaktionale Kompetenzen	Setting schaffen/ arrangieren	Zuwenden von Aufmerksamkeit/ Blicksteuerung	Aktives Zuhören	

Helmut Pauls, Michael Reicherts; Allgemeine Basiskompetenzen für sozialtherapeutische Beratung – in Konzept zur Systematisierung;, S. 66 in Helmut Pauls, Petra Stockmann, Michael Reicherts (Hg.); Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit; S. 57 - 78 Lambertus Verlag 2013

Bio-psycho-soziale Behandlungsebenen

Klinische Sozialarbeit
- Sozio-systemische Ebene
- Psycho-soziale Ebene

Zu berücksichtigen sind:
1. Psychologische Befunde und Interventionen
2. Medizinische Befunde und Behandlung

Klinische Psychologie
- Intra- und interpsychische Ebene
- Psycho-somatische Ebene

Zu berücksichtigen sind:
1. Medizinische Befunde und Behandlung
2. Klinisch-soziale Befunde und Interventionen

Medizin
- Somato-psychische Ebene
- Somatische Ebene

Zu berücksichtigen sind:
1. Psychologische Befunde und Interventionen
2. Klinisch-soziale Befunde und Interventionen

(Pauls 2004; S. 54)

DVSG
Gemeinsam für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.

Modelle im Care und Case Management

CM-Funktion	Innerorganisatorisches CM	allgemeines CM	begleitendes CM	Netzwerkmanagement
Einordnung	Prozess-management	Regieleistung	Unterstützungsleistung	Versorgungs-management
Art der Leistung	Vernetzung in der Organisation (intramural)	Organisation des (Behandlungs-)Plans fallbezogene Vernetzung	Fachleistung Counselling/ Beratung fallbezogene Vernetzung	Vernetzung im Sozialraum
Schwerpunkt der Leistung	Element der internen Steuerung	Element der administrativen Leistungserbringung	Element der personenbezogenen Leistungserbringung	Element der Angebotsplanung und -steuerung
vorrangiger Akteur der Leistungs-erbringung	Leistungserbringer	Leistungsträger (Leistungserbringer) (selten: Angehörige, Leistungsberechtigte)	unabhängige (Peer-) Beratung oder Leistungserbringer	Leistungsträger Leistungserbringer Leistungsberechtigte

Peter Löcherbach (2018): Management von Komplexität zwischen individuellen Lebenslagen und Strukturbedingungen von Regionen; Case Management 2018/1 S. 29

Fallbeispiel

http://www.fahrschule-a3ver.info/dein-f%C3%BChrerschein/theorie-praxis/

Ambulante medizinisch-sozial-berufliche Rehabilitation

Soziale Arbeit
Case Management
Reha Management

LTA

Teilhabe am Arbeitsleben – anderer Anbieter

Unternehmensnetzwerk Inklusion

Arbeitgeber - Betriebliches Eingliederungsmanagement

MeH: Reintegration in Arbeit

Neurologie
Logopädie
Pflege
Ergotherapie
Physiotherapie
Neuropsychologie

Soziotherapie SGB V

Eingliederungshilfe - Unterstütztes Wohnen

DVSG
Gemeinsam für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.

Mögliche Leistungen RTW bezogener Klinischer Sozialer Arbeit

- Psychosoziale Beratung/ Begleitung
- Beratung/ Begleitung in der Gesundheitssorge
- Netzwerkarbeit (formell und informelle Hilfen)
- Erarbeiten einer individuellen RTW-Perspektive
- Familiencoaching
- Wegetraining
- Persönliche Zukunftsplanung, Biografiearbeit
- RTW bezogener Unterricht
- Alternativen zur Arbeit (Ehrenamt)
- Arbeitserprobung
- Zuverdienst – Training on the job

DVSG
Gemeinsam für die Soziale Arbeit
im Gesundheitswesen.

Beispielhafte Indikationen Klinischer Sozialarbeit

- Häusliche Lebensführung (d6 – d8)
- Kommunikation (d3)
- Mobilität (d4)
- Wissenserwerb und –anwendung (d1, d2)
- Soziale Beziehungen, Integration in Lebensbereiche (d7, d9)
- Berufliche Wiedereingliederung (d8)
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Patienten Empowerment
- Umweltfaktoren

(Orientiert an J. Netz; Konstruktion und Praxiseerprobung einer ICF-orientierten Therpiezielliste und Outcome-Messung in der ambulanten Neurorehabilitaton in Neurologie und Rehabilitation 2005; 11 (4): 227-235

Fragestellungen für die weitere Diskussion

- Welchen Beitrag kann die soziale Arbeit in der rehabilitativen Versorgung & beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Krisen und Erkrankungen leisten?
- Sind Sozialarbeiter genau die richtigen externen Dritten (RTW-Koordinatoren, Case- und Care Manager, Fall- und Schnittstellenmanager – warum / inwiefern?
- Wo stoßen Sozialarbeiter an Ihre Grenzen; was bräuchten Sie, um die Rolle und Funktion eines externen Dritten / eines RTW-Koordinators (noch besser) übernehmen zu können? …
- Welchen Beitrag kann die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit leisten?

Fragestellungen für die weitere Diskussion

- Welche Vorteile bzw. Nachteile bietet der Zugangsweg über den Betrieb Ihrer Ansicht nach?
- Wo sehen Sie Hürden oder Hemmnisse?
- Wie kann man diesen lösungsorientiert begegnen?
- Was wünscht/braucht die Zielgruppe Ihrer Erfahrung nach am dringendsten an Unterstützung?
- Wie kann die Zielgruppe bestmöglich im Projekt unterstützt und eingebunden werden (Partizipation)?
- Welche Probleme/Besonderheiten mit der Zielgruppe könnten im Projekt auftreten und wie können diese gelöst werden?

Fragestellungen für die weitere Diskussion

- Wie kann bei Langzeiterkrankung und Zeitrente eine return to work bezogene Rehabilitation erfolgen?
- Wie können flexiblere, am individuellen Bedarf orientierte Maßnahmen an der Schnittstelle kurativer Behandlung und Rehabilitation entwickelt werden? Welche Assessments braucht es, um diese zum „richtigen Zeitpunkt“ einzuleiten?
- Wie können Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungsträgern bei komplexen Bedarfslagen überwunden werden? Könnte durch eine Teilhabeplanung nach 19 SGB IX n.F. eine am Bedarf ausgerichtete personenzentrierte trägerübergreifende „Komplexleistung“ eingeleitet werden?
- Was könnte bzw. sollte auf politischer Ebene entwickelt/angestoßen werden, um die Schnittstellen der verschiedenen Sozialversicherungsträger und deren Angebote zu harmonisieren?

Fragen? …

Kontaktdaten

Alexander Thomas
Diplom-Sozialpädagoge (FH)
KPZ Nord
Marlistr. 107
23566 Lübeck
Mobil: 0173 39 55 141
alexander.thomas@faw.de

DVSG
Gemeinsam für die Soziale Arbeit
im Gesundheitswesen.