

Klinische Sozialarbeit in der neurologischen Rehabilitation: aktueller Stand und fachliche Perspektiven

Neurol Rehabil 2019; 25(2): 121–126

© Hippocampus Verlag 2019

DOI: 1014624/NR1903008

S. Dettmers

Zusammenfassung

In diesem Beitrag erfolgt eine Darstellung wesentlicher etablierter theoretischer und methodischer Zugänge Sozialer Arbeit im Kontext sozialer Teilhabe von Menschen mit neurologischen Erkrankungen. Neben einem ersten Überblick wird die fachliche Orientierung an den subjektiven Lebenswelten von Patienten und Angehörigen plausibilisiert, um die zentralen psychosozialen Aspekte im Rahmen der Gesamtbehandlung in der neurologischen Rehabilitation zu kennzeichnen. Daraus werden handlungswissenschaftliche Perspektiven für die Soziale Arbeit abgeleitet.

Schlüsselwörter: Klinische Sozialarbeit, Lebenswelt neurologischer Patienten, Angehörige, Soziale Teilhabe, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Fachhochschule Kiel, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit

Einleitung

Soziale Arbeit hat sich als Profession und Disziplin international in Gesundheitssystemen etabliert. In Deutschland ist sie für die Deutsche Rentenversicherung »fester Bestandteil in der Rehabilitation« (DRV Bund). Seit über 100 Jahren beschäftigt sich Soziale Arbeit mit Kriterien zur Darstellung des Verhältnisses von Menschen in ihrer Umwelt und professionshistorisch haben insbesondere *Mary Richmond* und *Alice Salomon* mit ihren Veröffentlichungen zur sozialen Diagnose systematisch mögliche Folgen sozialer Probleme im Kontext gesundheitlicher Störungen beschrieben [26, S. 256–60]. Mittlerweile gibt es durch die Einführung der Bachelor- und Masterabschlüsse in der Sozialen Arbeit unterschiedliche Stufen der Fachlichkeit. Der generalistisch konzipierte Bachelor bildet die Grundlage für die Tätigkeit in vielen Praxisfeldern im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine stärkere Spezialisierung erfolgt praxisnah nach dem Erwerb der staatlichen Anerkennung über die Gesundheitsorientierung, und die Klinische Sozialarbeit beschäftigt sich mit komplexen Fallstrukturen im Zusammenhang mit einem »hard-to-reach«-Klientel (vgl. [22]). Die normative Zielsetzung Sozialer Arbeit hinsichtlich ihrer Ausrichtung zur Verbesserung sozialer Rahmenbedingungen und individueller Entwicklungschancen auch bei gesundheitlichen Einschränkungen wird in der aktuellen Definition der International Federation of Social Work (IFSW) beschrieben:

»Soziale Arbeit ist eine praxisorientierte Profession und eine wissenschaftliche Disziplin, dessen bzw. deren Ziel die Förderung des sozialen Wan-

dels, der sozialen Entwicklung und des sozialen Zusammenhalts sowie die Stärkung und Befreiung der Menschen ist. Die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, die Menschenrechte, gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlagen der Sozialen Arbeit [...].« [10]

Diese abstrakte Definition muss für den Kontext neurologischer Behandlungsstrukturen interpretiert werden, um die dortigen Beiträge Sozialer Arbeit zu identifizieren. Das bedeutet, die Einbindung lebensweltorientierter Perspektiven mit dem Anspruch bestmöglicher Interventionen zur sozialen Sicherung, sozialen Unterstützung und persönlichen Entwicklung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen und ihren Angehörigen (vgl. [2, S. 88]) theoretisch zu begründen und empirisch zu sichern. Menschen mit chronisch-neurologischen Erkrankungen entwickeln ein höheres Risiko, in ihrer Alltagsautonomie, sozialen Teilhabe und Lebensqualität dauerhaft eingeschränkt zu sein [4, 7, 16, 21]. Neurologisch indizierte soziale Probleme sind aus einer biopsychosozialen Gesamtperspektive relevant für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit [7, S. 7].

Theoretische Rahmung

Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit

Eine theoretische Fundierung Sozialer Arbeit im Praxisfeld medizinischer Rehabilitation orientiert sich in der gegenwärtigen fachlichen Diskussion an dem Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit, der im Qualifikationskonzept der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) definiert ist.

Clinical social work in neurological rehabilitation: current status and professional perspectives

S. Dettmers

Abstract

This article presents a well-established set of theoretical and methodological approaches to social work in the context of social participation of people with neurological diseases. In addition to an initial overview, the professional orientation toward the subjective life-worlds of patients and their relatives is made plausible in order to characterize the central psychosocial aspects in the context of overall treatment in neurological rehabilitation. Action-scientific perspectives for social work are derived from this.

Keywords: clinical social work, life environment of neurological patients, relatives, social participation, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Neurol Rehabil 2019; 25(2): 121–126

© Hippocampus Verlag 2019

DOI: 10.14624/NR1903008

»Als Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit wird die Förderung sozialer Teilhabe von erkrankten oder von Erkrankung bedrohten und behinderten Menschen und ihren Angehörigen in ihrer Lebenswelt sowie die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu gesundheitlichen Störungen führen, bestimmt. Im Fokus steht der Mensch in ständiger Interaktion zu seiner sozialen und natürlichen Umwelt. Teil der Sozialen Arbeit sind aber auch nichtfallbezogene Tätigkeiten, wie Vernetzungsaufgaben, Konzeptentwicklung und Forschung.« [6]

Bei neurologischen Patienten können Möglichkeiten zur Gestaltung eines selbstbestimmten Lebens eingeschränkt sein. Die Wiederherstellung von autonomer Lebensführung und Alltagsgestaltung ist ein zentrales Anliegen Sozialer Arbeit [27] und die bewältigungsrelevanten Transitionen aus der neurologischen Rehabilitation mit potenziell dauerhaften Funktionseinschränkungen sind hier im besonderen Fokus. Es sind Reduzierungen sozialer Netzwerke und Anpassungen an neue soziale Rollen durch die neurologische Erkrankung zu erwarten [7, 19, 23].

Lebensweltorientierung in der neurologischen Rehabilitation

Der Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit benennt konkret die Lebensweltorientierung als eine subjektorientierte Perspektive. Zur Unterstützung bei der Führung eines selbstbestimmten Lebens und Erreichung einer zufriedenstellenden Lebensqualität sollte in der Rehabilitation die Alltagsperspektive von neurologischen Patienten und ihre Angehörigen beachtet werden, da dort die künftige Tagesstrukturierungen stattfinden [20]. Die Alltagsdimensionen werden über die Lebensweltorientierung nach Thiersch theoretisch erklärbar

(vgl. [17, 30]). Historisch betrachtet steht lebensweltorientierte Soziale Arbeit in einer hermeneutisch-pragmatischen Traditionslinie und im Mittelpunkt der Betrachtung steht der jeweilige Alltag von Menschen und deren eigene Interpretation ihrer Lebenswelt (vgl. Engelke et al. 2014). Hieraus lassen sich partizipative Elemente auch für die neurologische Rehabilitation ableiten, um Patienten und Angehörige mit ihren eigenen Lebensperspektiven einzubinden.

Soziale Probleme

Soziale Probleme, die sich aus neurologischen Erkrankungen ergeben, sind aus einer biopsychosozialen Gesamtperspektive relevant für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit [22]. Für die Soziale Arbeit wird diese Verschränkung besonders deutlich bei chronisch-neurologischen Erkrankungen, wenn z.B. körperliche und psychische Funktionseinschränkungen hinsichtlich Mobilität, Sprache und Kognition unmittelbar Folgen für die psychische Stabilität haben und Veränderungen in den sozialen Bezügen durch zunehmende Isolation oder Exklusionsrisiken entstehen können (vgl. [28, S. 55]). Soziale Probleme entstehen durch unbefriedigte individuelle Bedürfnisse einerseits und dem Mangel an äußeren Ressourcen und eigenen Lösungsstrategien. Das kann dann zu Spannungszuständen führen, die Einfluss nehmen auf das Verhältnis der erkrankten Person in ihr soziales Netzwerk und weiterer Umweltbezüge [17]. Wünsche nach sozialer und emotionaler Unterstützung sowie Anerkennung trotz der Erkrankung sind tangiert, und es sind nach Staub-Bernasconi [29] insbesondere vier Ebenen für die Soziale Arbeit relevant: Soziale Ausstattung, Sozialer Austausch, Machtdimensionen sowie Kriterien und Werte (**Tab. 1**).

In der neurologischen Rehabilitation sind daraus folgende mit Blick auf eine erfolgreiche spätere soziale Teilhabe mögliche Barrieren und soziale Probleme zu identifizieren, um Reha-Patienten und Angehörige auf die notwendigen Adaptionen vorzubereiten. Es gilt bedürfnisorientiert die notwendigen sozialen und materiellen Ausstattungen, Kommunikationswege und Autonomiebestrebungen zu fördern und potenziellen Stigmatisierungen aus der Umwelt aufgrund der sichtbaren neurologisch bedingten Einschränkungen fachlich zu begegnen.

Teilhabe

In der Theoriebildung Sozialer Arbeit wurde Teilhabeorientierung bereits konkretisiert und *Integration* und *Inklusion* als Ziele sozialer Teilhabe definiert. Basierend auf soziologischen Systemtheorien von Niklas Luhmann und Talcott Parsons hat insbesondere Jürgen Habermas mit seinem dualistischen Gesellschaftsbegriff von System und Lebenswelt eine wichtige theoretische Grund-

Tab. 1: Relevante Ebenen für die Soziale Arbeit (nach [29])

Soziale Ausstattung	Sozialer Austausch	Machtdimensionen	Kriterien und Werte
Körperliche, ökonomische und physische Ausstattungsmerkmale, Handlungskompetenzen, Bildung und psychische Determinanten	Neurologische Erkrankungen gehen oft mit asymmetrischen sozialen Austauschbeziehungen einher. Hier stellt sich für die Soziale Arbeit die Frage, ob die Chance des wechselseitigen (reziproken) Austausches mit anderen Netzwerkmitgliedern besteht oder ob die autonome Lebensgestaltung von neurologisch erkrankten Menschen deutlich eingeschränkt ist.	Wird der Zugang zu Ressourcen und Teilhabe bei Menschen mit neurologischer Störung im Laufe ihres Lebens aktiv behindert, hat das oft mit fehlenden Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten zu tun. Dann stellt sich die Frage, welche Form der Unterstützung diesen Mangel ausgleichen kann und welche Aspekte der Erkrankung den besonderen Unterstützungsbedarf begründen können.	Bestimmte gesellschaftliche Werte wie z. B. die Menschenrechte sind der Bezugsrahmen für die Bewertung menschlichen Handelns. Sie prägen auch die Vorstellungen über das Wünschbare, Erreichbare und Leistbare. Neurologisch erkrankte Menschen teilen diese Vorstellungen, entsprechen diesen Vorstellungen aber phasenweise nicht. Das kann zur Stigmatisierung durch andere führen, aber auch zur Selbststigmatisierung. Soziale Arbeit hat dann die Aufgabe, sowohl das Selbstwertgefühl zu stützen als auch die gesellschaftliche Teilhabe zu fördern, z. B. durch Angebote unterstützter Beschäftigung.

lage entwickelt [14, 17]. Inklusion ist als ein Teilhabeprozess und -ziel in rechtlich kodifizierten Systemen zu verstehen, und die Orientierung an der subjektiven Lebenswelt lässt sich mit dem Begriff der Integration beschreiben. Soziale Teilhabe als Ausrichtung in der medizinischen Rehabilitation beinhaltet somit die optimierte Einbindung in die persönliche Lebenswelt und in die notwendigen Funktionssysteme wie z.B. Sozialversicherungen, Schule, Studium oder Erwerbsarbeit. Teilhabe ist in Deutschland gebunden an eine rechtliche Rahmung, die nicht nur, aber hauptsächlich über das Bundesteilhabegesetz (BTHG) und im Sinne des UN Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) definiert wird. Besonders relevant sind Leistungen nach §4 (1) SGB IX, die in ihrer hohen Abstraktion und Unbestimmtheit weitere fachliche Konkretisierungen durch die Soziale Arbeit in der Reha-Beratung erfordern (vgl. [31, S. 59–60]). So sind z.B. Leistungsangebote zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Kontext von Erwerbsleben, Unterhaltssicherung, Bildung und sozialer Teilhabe zu entwickeln (siehe §5 SGB IX). Die Berücksichtigung verschiedener Interessen in einem fallbezogenen Verfahren ist für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ein Bestandteil ihres professionellen Wirkens und stellt methodisch durch bspw. Case Management und weitere einzelfallbezogene Zugänge geeignete Interventionen zur Verfügung (vgl. [8]).

Empirische Zugänge Sozialer Arbeit

Die transdisziplinäre Ausrichtung Sozialer Arbeit durch konzeptionelle Einbindung eigener sozialarbeitswissenschaftlicher Fundamente und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse wie z. B. aus der Soziologie, Medizin, Psychologie, Jurisprudenz, Pädagogik und Ökonomie bietet holistische Perspektiven, das Wechselspiel zwischen Person und Umwelt im Zusammenhang mit neurologisch bedingten Behinderungen und chronischen Erkrankungen zu beforschen. Ziel ist es, daraus evidenzbasierte Interventionen zu entwickeln. Die Transition von einem stabilen in einen reduzierten Gesundheits-

status mit psychosozialen Folgen im Zusammenleben für Familien und soziale Netzwerke ist dabei von besonderem Forschungsinteresse. Die Forschungsrealität in Deutschland zeigt im Vergleich zu den USA, Kanada und Skandinavien allerdings einen erheblichen Entwicklungsbedarf auf. Empirische Nachweise zur Effektivität Sozialer Arbeit in der neurologischen Rehabilitation fehlen weitgehend im deutschsprachigen Raum [15]. Die Forschungstradition in der Sozialen Arbeit beinhaltet einen prioritären Anteil qualitativ-empirischer Zugänge zur Exploration von Lebenswelten und -lagen ihrer Klientel. So gibt es zahlreiche deskriptiv-explorierende Studien zur Rekonstruktion erlebter sozialer Teilhabe nach neurologischen Erkrankungen, die einen Einblick in subjektive Erfahrungen bieten [7, 13, 24, 25]. Durch qualitativ-empirische Forschungszugänge und egozentrierte netzwerkanalytische Verfahren bietet die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit erhebliche Potenziale in der Rehabilitationsforschung zum besseren Verstehen von alltagsorientierten Lebenslagen mit neurologischen Erkrankungen. So sind z.B. Nutzungsoptionen der ICF in Verbindung mit Teilhabebeeinträchtigungen in einem ersten Verfahren am Beispiel Schlaganfall untersucht und validiert worden [7].

Wirksamkeitsorientierte Aussagen sind bisher aufgrund weitgehend fehlender randomisiert-kontrollierter Vergleichsstudien kaum möglich. Hinsichtlich der methodischen Ausrichtung und hohen Komplexität von lebensweltbezüglichen Forschungsdesigns sind daher wenig Arbeiten zur Wirkungsforschung publiziert [15]. Daneben gibt es in der Rehabilitation bisher nur wenige Drittmittelzugänge für die Soziale Arbeit aufgrund der eher biomedizinischen Fokussierung auf quantitative Verfahren und eines starken Blicks auf Versorgungsforschung. Die langjährige starke Praxisorientierung Sozialer Arbeit in der Rehabilitation wird seit den 2000er Jahren allerdings durch immer stärkere Forschungszugänge seitens einiger Hochschulen für angewandte Wissenschaften bzw. Fachhochschulen in Deutschland ergänzt. Als Beispiel ist die Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation zu Fragestellungen von Return-to-Work (RTW)

als eine wichtige Teilhabedimension im Kontext von sozialer Sicherung von Rehabilitanden identifiziert. Hier gibt es eine enge Verzahnung von Kostenträgern, Leistungserbringern und der Sozialen Arbeit als Profession. Die neurologische Rehabilitation zielt grundsätzlich in ihren definierten BAR-Phasen mit den Phasen D und E auf die Wiedererlangung von Erwerbsfähigkeit und rückt die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ins Zentrum (BAR 2013). Zu den Angeboten Sozialer Arbeit zählen im Bereich der medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation (MBOR) insbesondere sozialarbeitsgestützte Gruppen und es gilt, künftig forschungsbasierter und konzeptioneller die Zugänge Sozialer Arbeit zu Aspekten sozialer Sicherung, sozialer Unterstützung und Empowerment evidenzbasierter zu entwickeln. Erste Best Practice Beispiele liegen vor [18], die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) forciert als Fachverband hierbei Projekte und Schulungen in der Sozialen Arbeit. Potenziell lassen sich Forschungszugänge zu folgenden Themen ableiten, um Leistungen Sozialer Arbeit in der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) stärker zu validieren (DVSG 2018):

1. *Betriebliche Integration – Rückkehr an den Arbeitsplatz*
Zuweisungskriterium: Erwachsene Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen und einer absehbaren Rückkehr zum bisherigen Arbeitgeber nach langer Arbeitsunfähigkeit
2. *Berufliche Neuorientierung*
Zuweisungskriterium: Erwachsene Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen und mit aufgehobenem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf
3. *Arbeitslosigkeit/Arbeitssuche*
Zuweisungskriterium: Erwachsene Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen und bestehender oder drohender Arbeitslosigkeit
4. *Reha vor Rente*
Zuweisungskriterium: Erwachsene Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen und Fragen zur Erwerbsminderungsrente.

Aus Sicht der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sind viele Veränderungen und Konsequenzen einer neurologischen Erkrankung nur im Kontext der Alltagsorientierung für betroffene Menschen und ihre Angehörigen zu verstehen. Daher wäre die stärkere Einbindung etablierter Forschungszugänge Sozialer Arbeit in der neurologischen Rehabilitationsforschung ebenso sinnvoll wie eine forcierte Entwicklung von Evidenzbasierung in der Profession.

Strategische Ausrichtung

Mit einer Beschäftigungszahl von zirka 54.500 erwerbstätigen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern mit Hochschulabschluss [1, S. 32] in unterschiedlichsten

Praxisfeldern im Gesundheitswesen ist es für die Soziale Arbeit strategisch bedeutsam, die gemeinsamen und verbindenden fachlichen Perspektiven zu verdeutlichen, um eine Partikularisierung in der Praxis zu verhindern. Der Rehabilitationsbereich ist dabei ein wichtiges Handlungsfeld. Überwiegend findet sich hier kaum personelle Fluktuation mit Tendenz zu einer älteren Belegschaft mit hohem Anteil von Frauen (ebd.). Auch in der neurologischen Rehabilitation sind Aspekte von Geschlechter- und Altersparität aktuelle Themen im Kontext des Fachkräftemangels. Die Qualifikationsstufen mit Bachelor und Masterlevel werden organisationsspezifisch unzureichend eingebunden, und aufgrund der aktuellen Stellenschlüssel sind mit nur wenigen Kollegen in den Rehabilitationskliniken neue fachliche Impulse vor Ort nur vereinzelt zu erwarten und personenabhängig. Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit mit einem Masterlevel zur Einbindung bei hochkomplexen Fällen wird ebenfalls konzeptionell im somatischen Rehabilitationsbereich kaum wahrgenommen. Im Gegensatz zu den Gesundheitsfachberufen in der neurologischen Rehabilitation ist gesundheitsbezogene Soziale Arbeit formal bundesweit nicht staatlich reglementiert, die staatliche Anerkennung ist allerdings als ein landesrechtliches Qualitätsinstrument wichtiges Kriterium eines Alleinstellungsmerkmals. Die Studieninhalte werden sozialarbeits- und bezugswissenschaftlich über die Hochschulen für Soziale Arbeit im Zusammenhang mit Akkreditierungen und eigenen Hochschulsatzungen bestimmt [12]. Seit 2015 zeigt sich eine beschleunigte Entwicklung von verschriftlichten Empfehlungen und Curricula, die bei der Weiterentwicklung von Studiengängen Sozialer Arbeit Orientierung bieten und bei Akkreditierungen von Studiengängen Sozialer Arbeit berücksichtigt werden sollten. Aktuell ist von Bedeutung:

- Kerncurriculum Soziale Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA). Dieses Curriculum dient als Standard in der Vermittlung der wissenschaftlichen Grundlagen Sozialer Arbeit.
- Qualifikationsrahmen des Fachbereichstages Sozialer Arbeit (QR SozArb 6.o). Hier erfolgt eine Darstellung der grundsätzlichen und generalistischen Wissens- und Kompetenzziele der Studiengänge.
- Qualifikationskonzept gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (QGSA). Im Vordergrund steht die Konkretisierung von Wissens- und Kompetenzziele im Zusammenhang mit Krankheits- und Gesundheitsaspekten. Insbesondere lassen sich auch Hinweise für die neurologische Rehabilitation ableiten [5].

Aktuell besteht die Notwendigkeit, Soziale Arbeit als Profession mit ihren Leistungen in die sozialrechtlich kodifizierten Sozialsysteme einschließlich der Rehabilitationsbereiche durch Zertifizierungs- und Akkreditierungsverfahren stärker einzubinden. Dabei sollen Entscheidungsgrundlagen für Kosten- und Leistungsträger

sowie Leistungserbringer für eine erfolgreiche Zertifizierung nur bei Berücksichtigung professioneller Sozialer Arbeit in multiprofessionellen Teams geschaffen werden. Für die Schlaganfallrehabilitation hat Frommelt [11, S. 641] einige Grundregeln zur erfolgreichen multiprofessionellen Zusammenarbeit beschrieben. Dazu gehörten u. a. der frühe Beginn und die hohe Intensität der Rehabilitation, alltagsrelevante Orientierung, Evidenzbasierung, Partizipation der Betroffenen und Angehörigen, Rehabilitation als tertiäre Prävention und Entwicklung multiprofessioneller Zusammenarbeit. Die Integration Sozialer Arbeit in die Gesamtbehandlung ist somit ein notwendiger Beitrag zur Berücksichtigung zentraler psychosozialer Dimensionen, und insbesondere die Nachsorgesicherung mit Entwicklung von tragfähigen Unterstützungsangeboten ist besonderer Bestandteil in der Gesamtbehandlung.

Diskussion

Es gibt in der neurologischen Rehabilitation aus theoretischer, empirischer und strategischer Perspektive eine hohe Plausibilität zur stärkeren Einbindung gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit mit ihren aufbauenden Stufen der Fachlichkeit. Die geringen Stellenanteile einschließlich überwiegender Teilzeitstellen und mangelnde konzeptionelle Einbindung in die multiprofessionellen Teams sind allerdings in der neurorehabilitativen Praxis hinderlich, fachliche Potenziale zu entfalten. Hinzu kommt eine lange Ausbildungs- und Studientradition in Deutschland, bei der die empirische Forschung bis in die 2000er Jahre vernachlässigt wurde. Als Konsequenz finden sich nur sehr wenige evidenzbasierte Zugänge, allerdings wird seit einigen Jahren deutlich stärker in Forschung und Theoriebildung investiert. Eine Übertragung von internationalen Forschungsergebnissen Sozialer Arbeit nach Deutschland ist aufgrund des spezifischen Sozial- und Gesundheitssystems nur bedingt möglich. Über die Einführung der Klinischen Sozialarbeit als Fachsozialarbeit in Anlehnung an die amerikanische Entwicklung von Clinical Social Work mit Regelabschluss Master und Promotion seit den 1960er Jahren sind allerdings im Zusammenhang mit sozialer Diagnostik und Intervention erhebliche Entwicklungssprünge zu verzeichnen. Hier muss die intensivere Einbindung in die neurologische Rehabilitation über noch zu entwickelnde literaturgestützte Expertenstandards Sozialer Arbeit erfolgen.

Die Klinische Sozialarbeit sieht Perspektiven in der stärkeren Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zur besseren Darstellung der vielfältigen Folgen neurologischer Erkrankungen. Ziel ist es, ein sozialarbeitswissenschaftliches Fundament zur besseren Analyse unterschiedlicher Teilhabe- und Umweltfaktoren, die auf die Gesundheit Einfluss haben, zu entwickeln.

Damit kann ein biopsychosoziales Gesamtverständnis neurologischer Erkrankungen in der Praxis weiterentwickelt werden.

Literatur

1. Adolph H, Seibert H. Annähernd 56.000. Die Zahl der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Gesundheitswesen ist schwer zu ermitteln. In: Forum Sozialarbeit und Gesundheit 2016; 4: 29–33.
2. Ansen H. Krankenhaus-Sozialarbeit. In: HW Hoefert (Hg.): Patientenorientierung im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe 2010; 81–96.
3. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. Phase E der neurologischen Rehabilitation. Empfehlungen. Frankfurt/Main, Dezember 2013.
4. Daniel K, Wolfe CD, Busch MA, McKevitt C. What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic review. Stroke 2009; 40(6): e431.
5. Dettmers S. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. Eine Übersicht. Soziale Arbeit DZI 2018; 67: 256–61.
6. Dettmers S. Qualifikationskonzept gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA. Berlin: DVSG. 2015 (<http://dvsg.org/fileadmin/dateien/o8Service/Downloads/2015Qualifikationsprofil.pdf>, abgerufen am 19.2.2019).
7. Dettmers S. Soziale Teilhabe bei Menschen nach einem Schlaganfall. Eine explorative qualitative Analyse sozialer Netzwerke. Opladen: Budrich 2014.
8. Dettmers S. Teilhabe sozial denken und gestalten. Überlegungen zur Umsetzung aus Sicht der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Forum Sozialarbeit und Gesundheit 2017; 4: 6–11.
9. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). Medizinisch-berufsorientierte sozialarbeitspezifische Gruppen (MBOR soG). Berlin. DVSG 2018.
10. Fachbereichstag Soziale Arbeit und Deutscher Berufsverband Soziale Arbeit (2016): Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstags Soziale Arbeit und DBSH, https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_02.pdf.
11. Frommelt P. Rehabilitation von Personen mit einem Schlaganfall. In: Peter Frommelt (Hg.): NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams; mit 92 Tabellen. Berlin, Heidelberg: Springer 2010; 633–72.
12. Igl G. Voraussetzungen und Anforderungen an die rechtliche Regulierung von Aufgaben und Tätigkeiten der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. In: <http://dvsg.org/publikationen/gutachten/rechtsgutachten-2014/> (veröffentlicht 2014, abgerufen am 13.2.2019).
13. Jungbauer J, Floren M, Hennes S. Wie wirkt sich ein Schlaganfall auf das Familiensystem aus? Ergebnisse einer fallrekonstruktiven Familienstudie. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2016.
14. Kleve H. Die intime Grenze funktionaler Partizipation. In: R Merten, A Scherr (Hg.): Inklusion und Exklusion in der sozialen Arbeit. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2004, S. 163–87.
15. Knoop T, Dettmers S, Meyer T. Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung – Social Work in Medical Rehabilitation – A Review of Current Research. In: Die Rehabilitation, Thieme 2018; 57: 1–7.
16. Korpelainen JT, Nieminen P, Myllylä VV. Sexual functioning among stroke patients and their spouse. Stroke 1999; 30(4): 715–9.
17. Lambers H. Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich. Opladen: Verlag Barbara Budrich (UTB) 2016.
18. Löffler S, Gerlich C, Lukaszczuk M, Wolf HD, Vogel H, Neudert S. Praxishandbuch Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (3. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund 2012.
19. Lynch EB, Butt Z, Heinemann A, Victorson D, Nowinski CJ, Perez L, Cella D. A qualitative study of quality of life after



STUDIERN | ARBEITEN | KARRIERE MACHEN

Lust auf ein duales Studium im Bereich Gesundheit & Therapie?

Jetzt Studienplatz sichern!

Physiotherapie, B. Sc.

einschließlich der staatlich anerkannten Ausbildung
zum/-r Physiotherapeuten/-in

Angewandte Therapiewissenschaften – Schwerpunkt Ergotherapie, B. Sc.

einschließlich der staatlich anerkannten Ausbildung
zum/-r Ergotherapeuten/-in

iba | Internationale Berufsakademie

der F+U Unternehmensgruppe gGmbH
Poststraße 4–6 | 64293 Darmstadt
Tel.: 06151 492488-0 | info@internationale-ba.com

ibaDual.com

- stroke: The importance of social relationship. *J Rehabil Med* 2008; 40(7): 518–23.
20. Mühlum A, Gödecker-Geenen N. *Soziale Arbeit in der Rehabilitation*. München: Reinhardt 2003.
 21. Nowotny M, Dachenhausen A, Stastny P, Zidek T, Brainin M. Empowerment, Lebensqualität und Partizipation in der neurologischen Rehabilitation. Eine empirische Studie an Schlaganfallpatienten und Angehörigen. In: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 2004; 154 (23): 577–83.
 22. Pauls H. *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim: Beltz Juventa Verlag 2013.
 23. Poulin V, Desrosiers J. Participation after stroke: Comparing proxies' and patients' perception. In: *Acta Derm Venereol* 2008; 40(1): 28–35.
 24. Robinson-Smith G, Harmer C, Sheeran R, Bellino Vallo E. Couples' Coping after stroke – a pilot intervention study. *Rehabilitation Nursing* 2016;41(4): 218–29.
 25. Rochette A, Korner-Bitensky N, Levasseur M. 'Optimal' participation: A reflective look. In: *Disabil Rehabil* 2006; 28(19): 1231–5.
 26. Salomon A. Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Unter Mitarbeit von Adriane Feustel. Neuwied: Luchterhand 1926. In: A Salomon. *Ausgewählte Schriften. Veröffentlichung des Forschungsschwerpunktes »Theoriegeschichte Sozialer Arbeit«*, Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Berlin 2004.
 27. Scherr A. Exklusionsindividualität, Lebensführung und Soziale Arbeit. In: R. Merten und A. Scherr (Hrsg.). *Inklusion und Exklusion in der sozialen Arbeit* (55–74). 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwissenschaften 2004.
 28. Sichelschmidt J, Cramer I. *Klinische Sozialarbeit als behandelnde Profession. Theoriebildung und Entwicklung eines Behandlungsansatzes*. Bargteheide: PsychMed Verlag 2015.
 29. Staub-Bernasconi S. Wissen und Können – Handlungstheorien und Handlungskompetenz in der Sozialen Arbeit. In: A Mühlum (Hg.). *Sozialarbeitswissenschaft – Wissenschaft der sozialen Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus 2004; 27–62.
 30. Thiersch H. *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa 2014.
 31. Welti F, Wiebelitz-Spangenberg C. Sozialrechtlicher Rahmen für Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen. *Arbeit und Recht* 2017; 2: 59–64.

Interessenvermerk

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. phil. Stephan Dettmers, M.A.
Fachhochschule Kiel
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
Sokratesplatz 2
24149 Kiel
stephan.dettmers@fh-kiel.de