

Rehabilitationsforschung als Arbeitsfeld von Sozialwissenschaftlern

Faßmann, Hendrik

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Faßmann, H. (2008). Rehabilitationsforschung als Arbeitsfeld von Sozialwissenschaftlern. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 31(1), 147-152. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-44685>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Rehabilitationsforschung als Arbeitsfeld von Sozialwissenschaftlern

Hendrik Faßmann

1. Gegenstand, Ziele, Instrumente und Prinzipien der Rehabilitation

Behinderte Menschen haben - wie alle Bürger - Anspruch auf ein menschenwürdiges Leben und freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit. Insofern ist die Politik in Verbindung mit dem Sozialstaatsgebot gehalten, für eine gleichberechtigte Teilhabe und volle Integration behinderter Bürger zu sorgen. Dabei wird „Behinderung“ nicht mehr ausschließlich als individuelles Problem des davon betroffenen Einzelnen gesehen. Vielmehr ist die Gesellschaft verpflichtet, entsprechende integrationsfördernde Bedingungen für behinderte Menschen zu schaffen.

Nach § 2 Abs. 1 SGB IX sind Menschen behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“. Unter „Behinderung“ versteht man in diesem Zusammenhang jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person. Diese Beeinträchtigung ist Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem des Betroffenen und ihren Kontextfaktoren, die in der Person selbst liegen oder vom gesellschaftlichen Umfeld in unterschiedlichen Lebensbereichen und Lebenssituationen geschaffen werden (bio-psychosoziales Modell; vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006). Vor diesem Hintergrund ist zentrales Ziel von Rehabilitation und Teilhabe die Wiederherstellung oder die wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit zur möglichst weitgehenden Partizipation des behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen am Leben in der Gesellschaft, insbesondere am Arbeitsleben (vgl. § 1 SGB IX). Dieses Ziel soll mit medizinischen, beruflichen und sozialen Leistungen erreicht werden, die notwendig sind, „um unabhängig von der Ursache der Behinderung

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (§ 4 Abs. 1 SGB IX).

Man unterscheidet Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Diese sind von den Rehabilitationsträgern, wie z. B. den gesetzlichen Krankenkassen, der Bundesagentur für Arbeit, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung usw. zu erbringen, die dem Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten entsprechen und die Teilhabeleistungen schnell, wirkungsvoll, wirtschaftlich und dauerhaft erbringen sollen (§§ 5 bis 10 SGB IX).

Die Rehabilitation ist ein ganzheitlicher Vorgang. Zwar wird in diesem Kontext verschiedentlich von „Phasen“ gesprochen; diese sind jedoch nicht getrennt voneinander zu sehen, sondern verlaufen zum Teil parallel oder greifen ineinander. Den Rehabilitationsträgern obliegt es sicherzustellen, dass die Leistungen auch dann nahtlos ineinander greifen, wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Leistungsträger erforderlich sind (§§ 10 bis 12 SGB IX).

2. Strukturdefizite im Bereich der Rehabilitation

Nach dem Zweiten Weltkrieg geriet die medizinische Rehabilitation in eine Legitimationskrise, als sich das traditionelle Badewesen hin zur von den Sozialversicherungsträgern finanzierten „Sozialkur“ fortentwickelte und (seinerzeit noch ohne Selbstbeteiligung) geradezu massenhaft in Anspruch genommen wurde. Bezweifelt wurden nicht nur Effektivität und Effizienz dieser Maßnahmen, sondern vor allem auch die tatsächliche Behandlungsbedürftigkeit der Adressaten/-innen. Seit Mitte der 1980er Jahre wurden daher vor dem Hintergrund von Massenarbeitslosigkeit, defizitärer öffentlicher Haushalte und Erosion des Sozialsystems u. a. folgende Strukturdefizite des Rehabilitationssystems verstärkt diskutiert (Koch/Buschmann-Steinhage 2004, S. 264):

- die ungeklärte Bedarfsorientierung,
- Schnittstellenprobleme, insbes. zwischen präventiven, kurativen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen,
- Reibungsverluste durch die verschiedenen Träger- und Finanzierungszuständigkeiten,
- die starke Betonung von stationären Leistungen,
- die geringe Flexibilität der Leistungsangebote,
- die geringe Verzahnung zwischen den verschiedenen rehabilitativen Versorgungsformen,
- die fehlende Qualitätskontrolle der rehabilitativen Versorgung.

Diese Diskussion führte zum einen zu einer inhaltlichen und methodischen Neuorientierung im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe (z. B. Aktivierung der Teilnehmer/-innen; zeitliche und institutionelle Flexibilisierung der Angebote; reha-spezifische Diagnostik zur Identifikation und passgenauen Allokation reha-bedürftiger Personen). Zum anderen wurden zunehmend Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementsysteme zur Überprüfung von Notwendigkeit, Qualität und Wirksamkeit des Leistungsangebotes entwickelt.

3. Forschungsthemen im Bereich der Rehabilitation

Im Zuge der skizzierten Neuorientierung wurden die Rehabilitationswissenschaften weiterentwickelt und die Schaffung einer entsprechenden Forschungsinfrastruktur vorangetrieben. In diesem Wissenschaftszweig stehen vor allem die nachfolgenden Themenkomplexe im Vordergrund (Koch/Buschmann-Steinhage 2004, S. 264 f.; Koch/Lehmann/Morfeld 2007, S. 133 ff.):

- Grundlagenforschung
 - Epidemiologische Fragen
 - ◆ Entstehung, Auftretenshäufigkeit, Verlauf und Prognose von Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit und Teilhabe
 - ◆ Bedarf an Rehabilitations- und Teilhabeleistungen
 - Entwicklung theoretischer und methodischer Grundlagen, Forschungsstrategien und -methoden
- (Fort-)Entwicklung von Rehabilitationsmaßnahmen bzw. -leistungen
 - Verbesserung und Qualitätssicherung von
 - ◆ Diagnostik, Assessment, Begutachtung, Indikationsstellung, Prognostik
 - ◆ Zuweisungsprozessen
 - ◆ Steuerung des Rehabilitationsprozesses
 - Entwicklung von präventiven, medizinischen und berufsorientierten Interventionen
 - Entwicklung neuer Versorgungsformen
 - Flexibilisierung von Angeboten
- Analyse des Rehabilitationssystems
 - Ressourcen und Defizite
 - Ökonomische Fragen
- Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems
 - Prozessoptimierung
 - Schnittstellenmanagement
 - Systemorganisation
 - Ergebnisoptimierung
- Qualität und Qualitätssicherung/-management
 - Leitlinienentwicklung
 - Evidenzbasierung
 - Kriterien zur Bestimmung der kurz-, mittel- und langfristigen Ergebnisqualität unter Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven (insbesondere der Rehabilitanden, Reha-Träger, Reha-Einrichtungen)

Viele dieser Probleme können nur interdisziplinär bearbeitet werden. Dies erfolgt vor allem im Rahmen von Universitäten und Hochschulen sowie regionaler Forschungsverbände, die von der öffentlichen Hand und den Rehabilitationsträgern gefördert werden, aber auch von freien Forschungsinstituten, die vorwiegend Auftragsforschung betreiben (Koch/Lehmann/Morfeld 2007, 128 ff.). Darüber hinaus werden vor allem von Regierungsstellen, aber auch von Rehabilitationsträgern und -einrichtungen immer wieder Forschungsprogramme

aufgelegt und Projekte ausgeschrieben, die sich spezifischen Fragestellungen widmen und um die sich interessierte wissenschaftliche Einrichtungen bewerben können. Allerdings ist bei Projekten, die im Rahmen von Programmen beantragt werden können, nur selten eine Vollfinanzierung möglich, so dass eigene Ressourcen verwendet oder Drittmittel eingeworben werden müssen.

4. Sozialwissenschaftliche Forschungsansätze im Rehabilitationsbereich

Im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Rehabilitationsforschung kann das gesamte Repertoire an quantitativen und qualitativen sozialwissenschaftlichen Forschungsmethoden zum Einsatz kommen. In der Praxis findet daher häufig ein „Methodenmix“ statt. Die Beachtung einschlägiger Standards (insbesondere die Evaluationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation 2002) trägt dazu bei, intersubjektiv überprüfbar qualitativ anspruchsvolle Projekte zu realisieren.

Aus der Sicht von Sozialpolitik und Rehabilitationsträgern wird es zunehmend wichtiger, die zur Erbringung der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen erforderlichen Ressourcen optimal zu nutzen bzw. kostengünstigere Angebote zu entwickeln und zu erproben. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Evaluationsforschung gerade im Bereich der Rehabilitationswissenschaften zunehmend an Gewicht. Dieser Forschungszweig bezeichnet die systematische Anwendung sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden zur Beurteilung der Konzeption, Ausgestaltung, Umsetzung und des Nutzens sozialer Interventionsprogramme. Sie dient zur Verbesserung der Planung und laufenden Überwachung sowie zur Bestimmung von Effektivität und Effizienz von Gesundheits-, Bildungs- und anderen sozialen Interventionsmaßnahmen (Øvretveit 2002; Beywl/Speer/Kehr 2004).

Bei der Evaluation von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen orientiert man sich – nicht zuletzt aufgrund normativer Vorgaben des Gesetzgebers bzw. der Kostenträger – heute meist an dem für Qualitätsbeurteilung gängigen und verschiedentlich ergänzten (jedoch nicht unumstrittenen) Konzept von *Donabedian* (1966). Dieses sieht vor, die Qualität von Dienstleistungen anhand von Hintergrundmerkmalen, Strukturkennzeichen, Prozessabläufen und Ergebnissen zu messen. Diesem Qualitätssicherungs-Paradigma entsprechend wird davon ausgegangen, dass die Strukturqualität die Prozessqualität und diese die Ergebnisqualität beeinflusst.

In den letzten Jahren ist eine Zunahme partizipativer Evaluationsansätze zu beobachten, die eine Beteiligung der programmbeteiligten Personen und Institutionen an der Konzeption und Durchführung von Evaluationen sowie der Ergebnisinterpretation vorsieht. Dies gilt vor allem dort, wo neue Programme entwickelt, erprobt und verbessert werden sollen (formative Evaluation). Gleichwohl sind weiterhin Evaluationsdesigns verbreitet, nach denen die Wirkungsanalyse (summative Evaluation) durch Wissenschaftler/-innen erfolgt, die dem Programm und seinen Akteuren distanziert und wertneutral gegenüberstehen (Übersichten zu solchen Ansätzen finden sich z. B. bei: Stufflebeam/Madaus/Kellaghan 2000; Beywl/Speer/Kehr 2004).

Da Rehabilitationsforschung in hohem Grade von interdisziplinärer Kooperation gekennzeichnet ist – sei es innerhalb eines Forschungsteams, sei es im Kontext der Betroffenen und Beteiligten (*stakeholder*) der zu evaluierenden Programme –, kommt es nicht sel-

ten zu interpersonellen Konflikten. Hier werden vom Wissenschaftler spezifische Kompetenzen gefordert, die ihn zu einem konstruktiven Umgang mit solchen Auseinandersetzungen befähigen (Faßmann 2001).

3. Ausblick

War die Rehabilitationsforschung in früheren Jahren in erster Linie eine Domäne von Medizinern, so gewinnt die interdisziplinäre, sozialwissenschaftlich und ökonomisch orientierte Forschung im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe in den letzten Jahren zunehmend Gewicht. Vor dem Hintergrund von Ressourcenknappheit und demographischem Wandel ist es erforderlich, das gesamte Rehabilitationssystem auf Effektivität und Effizienz hin zu überprüfen und umzubauen, wo dies erforderlich ist. Die Evaluationsforschung kann wesentlich dazu beitragen, diesen Prozess und die sich daraus ergebenden Innovationen mitzugestalten und kritisch-konstruktiv zu begleiten.

Aufgrund des zunehmenden Forschungsbedarfs ist der Rehabilitationsbereich als vielseitiges, abwechslungsreiches und attraktives Betätigungsfeld für angehende Sozialwissenschaftler und Ökonomen anzusehen, zumal praktisches Handeln hier weithin auch ethisch-humanitär begründbar ist. Allerdings müssen Interessierte bereit und in der Lage sein, sich nicht nur in Theorie und Praxis der empirischen sozialwissenschaftlichen (Evaluations-)Forschung, sondern insbesondere auch in das komplexe, stark kodifizierte bundesdeutsche Sozialversicherungs- und Gesundheitssystem einzuarbeiten. Frustrationstoleranz ist insofern erforderlich, als nicht ausgeschlossen werden kann, dass Ergebnisse „in der Schublade des Auftraggebers verschwinden“ oder Modellprogramme trotz erfolgreicher Evaluation nicht in die Regelfinanzierung überführt werden. Chancen auf dauerhafte Beschäftigung eröffnen sich für Nachwuchswissenschaftler fast ausschließlich im Bereich freier Forschungsinstitute. Allerdings ergeben sich nicht selten Möglichkeiten für Sozialwissenschaftler, zu kooperierenden Organisationen (z. B. ins Qualitätsmanagement) überzuwechseln, wenn sie sich im Rahmen der Projektarbeit fachlich bewähren konnten.

Literatur

- Beywl, Wolfgang; Speer, Sandra; Kehr, Jochen, 2004: Wirkungsorientierte Evaluation im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung. Perspektivstudie. Köln: Univation.
http://www.bmas.de/coremedia/generator/1850/property=pdf/wirkungsorientierte_evaluation_im_rahmen_der_armutsberichterstattung.pdf, Stand: 16.06.2008.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006: ICF-Praxisleitfaden: Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt a. M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (Hrsg.), 2002: Standards für Evaluation. Köln: DeGEval.
- Donabedian, Avedis, 1966: Evaluating the quality of medical care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. XLIV, Number 3, July, Part 2, S. 167-206.

- Faßmann, Hendrik, 2001: Probleme der Evaluation von Programmen im Bereich der Rehabilitation. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 24. Jg., Heft 2, S. 133-150.
- Koch, Uwe; Buschmann-Steinhage, Rolf, 2004: Zum Verständnis und zu den Voraussetzungen der Rehabilitationswissenschaften in Deutschland. In: Deutsche Rentenversicherung 2004, Heft 5, S. 263-272.
- Koch, Uwe; Lehmann, Claudia; Morfeld, Matthias, 2007: Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. In: Die Rehabilitation, 46. Jg., Heft 3, S. 127-144.
- Øvretveit, John, 2002: Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans Huber.
- Stufflebeam, Daniel L.; Madaus, George F.; Kellaghan, Thomas (Hrsg.), 2000: Evaluation Models: Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation - Evaluation in education and human services. Boston: Kluwer Academic Publishers.

Dr. Hendrik Faßmann
Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Marienstr. 2/IV
90402 Nürnberg
E-Mail: hendrik.fassmann@fes-uni-erlangen.de

Geb. 1949, Dr. rer. pol.; Diplom-Sozialwirt, 1971 bis 1976 Studium an der Universität Erlangen-Nürnberg, 1976-1977 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Soziologie an der WiSo-Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg, seit 1977 wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit 2001 stellvertretender Geschäftsführer am Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg; Lehraufträge für Soziologie an den Fachhochschulen Bamberg (1980 bis 1983) und Nürnberg (1989 bis 1999) sowie an der Universität Erlangen-Nürnberg (2000-2002). Arbeitsschwerpunkte: Rehabilitations-, Pflege-, Gesundheitssystem- und Bildungsforschung sowie Medizinsoziologie, Gerontologie und Epidemiologie.