

iv) Schlussfolgerungen und Ausblick

Mit der Studie können Schlussfolgerungen für die Praxis der Sozialdienste, die im Folgenden als Empfehlungen an die Sozialdienstmitarbeiter*innen und ihre Einrichtungsleitungen formuliert werden, gezogen werden. Ebenso bietet die Studie verschiedene Ansätze zur weiteren wissenschaftlichen Auseinandersetzung.

a) Empfehlungen an die Praxis

Vor dem Hintergrund der oben benannten Limitationen können mit der hier beschriebenen Studie keine Forderungen nach mehr oder weniger Personal in den Sozialdiensten aufgestellt werden. Der vertiefte Einblick in die Arbeit der Sozialdienste ermöglicht vielmehr eine Auseinandersetzung mit der Einbindung der Sozialdienste in den Reha-Prozess und seine Konzeptionierung. Trotzdem können die folgenden Empfehlungen vor dem Hintergrund hoher Inanspruchnahme-Raten sozialarbeiterischer Leistungen im Sinne der KTL (DRV Bund, 2022b) und einer substanziellen Dauer dieser Leistungen als Hinweise verstanden werden, die zu einer effizienteren Allokation der begrenzten Ressourcen in den Sozialdiensten führen können.

A: Sozialdienste der Reha-Einrichtungen sollten über ein Konzept verfügen. In diesem sollten die Kompetenzen des Sozialdienstes, die mögliche Einbindung in den Reha-Prozess sowie die Aufgaben beschrieben sein. Dieses Konzept sollte den Ärzt*innen und den weiteren Team-Mitgliedern bekannt sein beziehungsweise mit internen Fortbildungen bekannt gemacht werden. Der Fachkräftemangel ermöglicht zudem eine unorthodoxe Möglichkeit, wie die Zusammenarbeit zwischen der Medizin und der Sozialen Arbeit verbessert werden könnte. In einer onkologischen Reha-Einrichtung absolvierte ein aus dem Ausland eingewanderter angehender Facharzt für Sozialmedizin Nachhilfestunden mit dem sozialrechtlich versierten Sozialarbeiter. Unter der Bedingung entsprechender Konzepte und zeitlichem Raum könnte das Beispiel buchstäblich Schule machen.

B: Die Informationen über die Rehabilitand*innen sollten zu jeder Zeit für die Soziale Arbeit zur Verfügung stehen. Dazu zählen auch vorläufige Informationen wie die Einschätzung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Instrumente dazu sind wöchentliche sozialmedizinische Besprechungen. Diese sind im Bereich MBOR weit verbreitet, sind jedoch für alle

Rehabilitand*innen wichtig. Dies gilt auch für neurologische Einrichtungen und Rehabilitand*innen mit Pflegebedarf.

C: Sozialdiensten sollten Möglichkeiten gegeben werden, Ergebnisse ihrer Arbeit in Erfahrung zu bringen. Dazu wären stichprobenartige Kontaktaufnahmen sechs bis zwölf Monate nach dem Aufenthalt per Telefon oder postalisch denkbar. Zu diesen Ergebnissen zählen auch Rückmeldungen über Bescheid von zum Beispiel LTA-Anträgen. Neben der reinen Auskunft, ob Anträge bewilligt oder abgelehnt werden, erscheint eine Begründung im letzteren Fall als sinnvoll.

D: Sozialdienste sollten mithilfe von Fallbesprechungen ihre Professionalisierung fördern. Dafür brauchen sie ausreichend Zeit. Eine Bewertung der Arbeit von Sozialdiensten anhand der Kontaktzeit mit Rehabilitand*innen im Sinne eines Benchmarkings erscheint vor diesem Hintergrund kontraproduktiv, da solche intraprofessionellen, aber auch interprofessionellen Austauschformate letztlich dadurch depriorisiert werden.

b) Forschungsdesiderata

Für die Forschung konnte durch die SWIMMER Studie ein breites Feld für die zukünftige Auseinandersetzung mit der Sozialen Arbeit in der Rehabilitation eröffnet werden. Forschungsbedarf zeigt sich zum einen auf Ebene der Arbeitsformen, Interaktionssettings und Aufgaben. Für die Arbeitsformen kann die Weitergabe der Informationen auf ihre tatsächliche Edukation untersucht werden. Hier sollte insbesondere die Wiedererkennung der individuellen Situation im Vordergrund stehen. Frontale Strategien könnten mit ko-produktiven Strategien auf ihren Effekt hinsichtlich des individuellen Zuschnitts verglichen werden. Die Antragslogiken formulieren teilweise Forschungsfragestellungen, denen nachgegangen werden sollte. Zu dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung zählt auch, das Zusammenspiel der einzelnen Arbeitsformen zu bewerten.

Der Aspekt der Ko-Produktion als zentralem Unterscheidungsmerkmal von Sozialdiensten und ihren Mitarbeiter*innen sollte im Hinblick auf den Erfolg der Maßnahmen untersucht werden. Die Entwicklungen der Corona-Pandemie bieten für ersteres gute Voraussetzungen. In teilnehmenden Einrichtungen wurde berichtet, dass Vorträge teilweise videobasiert und on-demand zur Verfügung gestellt werden (Dahmen et al., 2022). Daran angelehnt können zum Beispiel nach einer Operationalisierung der im SWIMMER-Modell als Outputs bezeichneten Konsequenzen, die Effekte der ko-produk-

tiven Vorgehensweise durch einen Vergleich einer ko-produktiven, das heißt nicht ausschließlich videobasiert, und einer nicht-ko-produktiven, das heißt ausschließlich videobasierten Sozialarbeit nachgewiesen werden. Ein Kern der professionellen Sozialen Arbeit, der hier mitunter durch einen, wie wir zeigen können, unbegründeten Effizienzdruck aus der Praxis verdrängt wird, könnte so einer wissenschaftlichen Analyse zugänglich gemacht werden.

Ein zentrales Vorhaben wäre die Entwicklung eines Instrumentes zur Zugangssteuerung. Die hohen Inanspruchnahme-Raten von Leistungen aus dem Kapitel D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie (indikationsübergreifend bei über 90 %, DRV Bund, 2022b) können unter Berücksichtigung der weiter oben beschriebenen organisationsbezogenen Strategie mancher Sozialdienste zur Sensibilisierung der Rehabilitand*innen (vgl. Austausch in Gruppen) leicht erklärt werden. Unter der Voraussetzung, dass die Information und Sensibilisierung gelingen, stellen sie auch einen effizienten Mitteleinsatz der Sozialdienste dar. Aktuelle Daten der Qualitätssicherung der DRV zeigen jedoch, dass diese Inanspruchnahme-Raten nicht nur für die Soziale Arbeit in Gruppen zu beobachten ist, sondern auch in der Sozialberatung. Hier wird eine effiziente Mittelverwendung der Sozialdienste von den Autor*innen in Frage gestellt, da

- a) die hier identifizierten Zuweisungs- und Steuerungsstrategien zum Sozialdienst mit Nachteilen verbunden sind, die an einer bedarfsgerechten Steuerung vorbeilaufen und
- b) diese Steuerung aufgrund fehlender Indikationskriterien nicht ausreichend überprüft werden kann.

Die bedarfsorientierte Zuweisung aus dem Reha-Team erkennt nur unzureichend spezifisch Fälle für den Sozialdienst. Da vor allem berufliche Problemlagen mit dem Sozialdienst assoziiert werden, ist zudem eine thematisch eindimensionale Steuerung zu beobachten. Die dafür verantwortliche Präsenz der Sozialdienste war in den teilnehmenden Einrichtungen nicht immer ausgeprägt genug. Dies ist manchen Sozialdienstmitarbeiter*innen bewusst und sie benennen die Sprechstunde als potentielle Maßnahme, alle Rehabilitand*innen bedarfsgerecht zu erreichen. Aus der sozialpädagogischen Nutzer*innen-Forschung ist bekannt, dass neben einer drohenden Stigmatisierung das Vorwissen zum Beispiel über das Sozialsystem ein wichtiger Faktor der Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen ist (Jepkens & van Rießens, 2020). Inwiefern die geringen Erwartungshaltungen und das Unwissen der Rehabilitand*innen (vgl. Sprechstunde) verallgemeinert werden

können, sollte Gegenstand weiterer Untersuchung sein. Die Ergebnisse des SWIMMER-Projekts lassen jedoch schon vermuten, dass auch der Zugang über die Sprechstunde nicht für einen bedarfsgerechten Zugang geeignet ist. Zudem sind bisher keine Aussagen über konkrete Indikationskriterien der Sozialdienste möglich (Knoop & Meyer, 2019; Singer et al., 2022) und die Zielgruppe wird nur sehr vage beschrieben (zum Beispiel bei Mühlum & Gödecker-Geenen, 2003). Daher ist eine Überprüfung, ob der Sozialdienst die »Richtigen« erreicht, nur schwer möglich. Die hier zusammengetragenen Merkmale der Rehabilitand*innen beziehen sich hauptsächlich auf personbezogene und Umweltfaktoren im Sinne im der ICF. Zwar ist die soziale Diagnostik Teil der Praxis, viele der erhobenen sozialdienstrelevanten Faktoren der Rehabilitand*innen wie die sozialrechtlichen Fähigkeiten der Rehabilitand*innen, werden jedoch gar nicht aktiv oder systematisch erhoben.

Die Zugänge über die Medizin waren im Sample dominant. Ein ähnliches Bild zeichnen die Praxisempfehlungen der DRV Bund (2022a). Dieser Zugang ist jedoch von einem Informationsverlust geprägt, der die Arbeit der Sozialdienste nicht unterstützt beziehungsweise sogar behindert. Daher und aufgrund der dargestellten Unzulänglichkeiten der beschriebenen Zuweisungs- und Steuerungswege sollte in der Forschung zur Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation zukünftig Wert auf die Entwicklung eines geeigneten Screeninginstruments gelegt werden. Dieses sollte die Rahmenbedingungen der Zuweisung und Steuerung berücksichtigen und indirekte Erhebungen zum Beispiel durch die Ärzt*innen in Betracht ziehen. Es existieren eine Vielzahl an sozialarbeiterischen Assessment-Instrumenten, von denen jedoch nur eine geringe Anzahl validiert sind. Eine Auseinandersetzung mit der ICF als Modell und Klassifikationssystem wäre aufgrund der Daten des SWIMMER-Projekts lohnenswert. Weitere theoretisch begründete Konstrukte wie zum Beispiel bio-psycho-sozial-kulturelle Bedürfnisse (Staub-Bernasconi, 2019) oder der Capability Approach (Röh, 2013) sind hier anschlussfähig und könnten ebenfalls Berücksichtigung finden. Die Social Insurance Literacy (Stahl et al., 2021) könnte ebenfalls als Ansatz herangezogen werden, sollte jedoch einer kritischen theoretischen und testtheoretischen Analyse unterzogen werden, damit Unzulänglichkeiten des Sozialsystems nicht auf die Kompetenzen der Befragten attribuiert werden.

Bei den praktischen Schlussfolgerungen wurde bereits auf die Nachverfolgung sozialarbeiterischer Fälle hingewiesen. Dies könnte unter Berücksichtigung der Folgen für die Praxis den Nutzen einer Sozialen Arbeit mit Feedback-Schleife für die Fachkräfte und die Rehabilitand*innen untersuchen.

