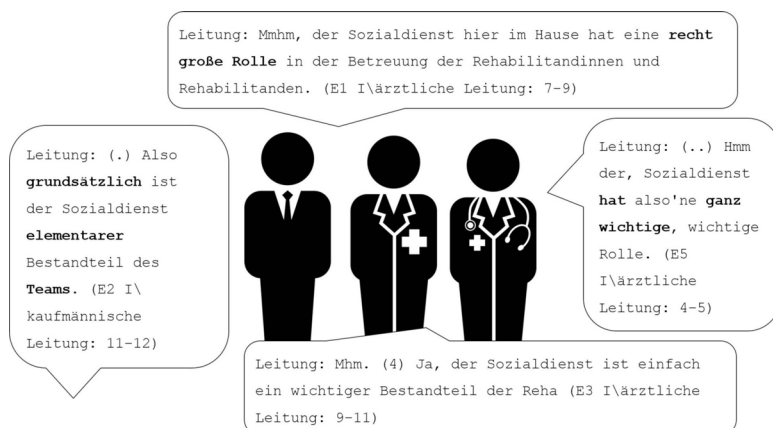


7. Präsenz der Sozialdienste in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

In den Interviews mit den Leitungskräften begannen alle Befragten, die einleitende Frage nach der Rolle des Sozialdienstes in der Einrichtung mit einer Betonung der Bedeutung des Sozialdienstes zu beantworten. Ausschnitte sind in Abbildung 11 zu sehen.

Abbildung 11: Exemplarische Rückmeldungen der Leitungspersonen auf die Frage nach der Rolle des Sozialdienstes



Dem ersten Anschein nach sind die Sozialdienste aus Perspektive der Einrichtungen für die medizinische Rehabilitation von wichtiger Bedeutung. Es ist jedoch wenig verwunderlich, dass die Befragten in einer Interviewsituation auf die erste Frage nach der Rolle einer Berufsgruppe entsprechend antworten. Sehr wahrscheinlich hätten die Leitungskräfte andere Berufs-

gruppen ähnlich hervorgehoben. Beim genauen Lesen fallen schon in diesen ersten Sätzen durch die Relativierungen der Befragten Ambivalenzen auf. Diese manifestierten sich im weiteren Verlauf der Interviews. Andere Leitungskräfte blieben bei den Beschreibungen der Sozialdienste oberflächlich. Jedoch gab es auch Interviews mit Leitungskräften, in denen differenzierte Beschreibungen der Sozialdienste kongruent zu den Interviews mit den Sozialdienstmitarbeiter*innen und den Beobachtungen der Forscher*innen waren.

Nicht immer hatten die Forscher*innen in den Beobachtungen den Eindruck, dass die Äußerungen der Leitungskräfte wie die oben abgebildeten kongruent mit dem tatsächlichen Umgang sind. Immer wieder beschrieben die Sozialarbeiter*innen auch negative Erfahrungen, die sie während ihrer Arbeit erlebt haben. Beispielhaft seien die folgenden beobachteten oder geschilderten Situationen genannt.

Frau E. fragt, ob es noch Fragen für sie gebe. Niemand meldet sich. Es gibt also keine weiteren Fälle für die anwesenden Therapeut*innen. Das kommentiert die moderierende Oberärztin: »Das ist ja schön.« und sagt zudem zum Schluss und nur für mich zu hören: »Jetzt kommen wir zu dem wichtigen Teil.« Alle Therapeut*innen verlassen mit mir den Raum; die Ärzt*innen bleiben und besprechen sich laut Frau E. weiter. (E3 BP\TKI: 206–213)
Wenn ein Arzt **ausfällt**, dann macht der Oberarzt die Visite meistens **alleine**. (.) da werde ich dann auch häufig mal vergessen. Ich kriege das auch leider gar nicht immer so **mit**, ob die Ärzte jetzt da sind. Ich gehe dann zur entsprechenden **Zeit** für die Visite auf **Station** (.) und frage dann beim Pflegepersonal, wie die Situation ist. Und erfahre meistens **dann** erst, ja, Stationsarzt ist **krank**. Dann versuche ich den Oberarzt zu kontaktieren. (.) Hm und der telefoniert dann meistens. Ist manchmal 'n bisschen schwierig. (E8 I\Herr A: 500–510)

Diese Situationen standen in einem Gegensatz zu den eingangs erwähnten Äußerungen der Leitungskräfte (vgl. Abbildung 11). Es lohnt sich daher bei der Auswertung der Daten kritisch nachzuverfolgen, welche Substanz diese Aussagen haben. Strauss und Corbin (1990) haben widersprüchliche und erklärungsbedürftige Stellen im Material als sogenannte. »red flags« (S. 91ff.) markiert. Übertragen auf die unterschiedlichen Daten des SWIMMER-Projekts können damit widersprüchliche Informationen aus den erhobenen Daten oder Unbehagen während der Erhebungen gemeint sein. Vom Nachgehen dieser *red flags* versprochen sich die Autor*innen Erkenntnisse mit besonders viel Er-

klärungsgehalt, der zwischen den Zeilen liegt. Dies soll im Folgenden anhand von zwei weiteren Beispielen aus ähnlichen Reha-Einrichtungen exemplarisch nachvollzogen werden.

i) Entwicklung der Kategorie Präsenz der Sozialdienste im Fallvergleich

Zu den lobenden Leitungskräften zählen auch die Chefärzt*innen beziehungsweise Geschäftsführer¹ aus den Einrichtungen E2 und E3. Dabei handelt es sich jeweils um psychosomatische Reha-Einrichtungen. E2 ist eine ambulante Einrichtung mit mittlerer Größe. E3 ist dagegen Teil einer stationären Großeinrichtung, die auch eine psychosomatische Abteilung hat. Dieser Fachbereich ist jedoch unabhängig von den anderen. Die Stellenschlüssel in E2 und E3 lagen im Durchschnitt des Samples und damit unter den Empfehlungen für die ambulante Rehabilitation (BAR, 2004) und die psychosomatische Rehabilitation (DRV, 2014). Die Einrichtungen haben jeweils einen privaten Klinikträger.

In beiden Einrichtungen nehmen die Sozialarbeiter*innen an den Teambesprechungen teil. In E2 ist dies täglich in einer morgendlichen Teambesprechung der Fall. Das feste Team setzt sich jeweils aus Vertreter*innen der Professionen Medizin, Psychotherapie/Psychologie und Soziale Arbeit zusammen. Diesem ist eine bestimmte Anzahl an Rehabilitand*innen zugewiesen. Wöchentlich nehmen auch andere Berufsgruppen an den Besprechungen teil. Damit stellt E2 einen Einzelfall im Sample dar. Nur hier war die Soziale Arbeit obligatorischer und täglicher Teil der Teambesprechungen. In E3 findet ebenfalls eine Besprechung auf Stationsebene statt. An dieser nimmt der Sozialdienst in unterschiedlicher Häufigkeit pro Woche teil. Die Schilderungen der Häufigkeit unterscheiden sich und gehen von ein- bis dreimal die Woche. Es bleibt unklar, ob es noch weitere, offizielle Besprechungen ohne Beteiligung der Sozialarbeiter*innen gibt. Auch hier sind die Sozialarbeiter*innen einer Gruppe von Rehabilitand*innen zugeordnet, und zwar nach Stationen.

Im Folgenden werden zwei Ausschnitte aus Protokollen der teilnehmenden Beobachtungen an einer Teambesprechung wiedergegeben.

1 Das Interview in E2 wurde sowohl mit dem Chefarzt als auch mit dem kaufmännischen Leiter als direktem Vorgesetzten geführt.