

als weniger hilfreich für die praktische Arbeit identifiziert als die Berufs- und Lebenserfahrung. Als Gründe für diesen Fokus auf die Erfahrung wird die Arbeit mit Menschen und damit die Individualität des Einzelfalls sowie die Breite des Studiums angeführt, die eine spezifische Auseinandersetzung zum Beispiel mit der Rehabilitation verhindere. Eine darüber hinaus genannte Form des Kompetenzerwerbs sind Fort- und Weiterbildungen. Diese sind den Sozialdienstmitarbeiter*innen bekannt, werden jedoch in Abhängigkeit der Möglichkeiten der Sozialdienste in den Einrichtungen unterschiedlich genutzt.

Eine weitere im Modell als Inputfaktor beschriebene professionelle Rahmenbedingung, das professionelle Selbstverständnis, wird aufgrund ihrer zusätzlichen Bedeutung für den Throughput im Kapitel Rahmenbedingungen näher erläutert.

ii) Erfolgskriterien

Im SWIMMER-Modell wird in Anlehnung an Blom & Moren (2010) sowie Schrappe und Pfaff (2017) eine Trennung zwischen unmittelbaren, häufig zählbaren Ergebnissen (Output) der Arbeit der Sozialdienste und den Endpunkten mit Bedeutung für die Rehabilitand*innen (Outcome) vorgenommen. Die Outputs haben sich im Rahmen des axialen Kodierens entwickelt und können als Konsequenzen der einzelnen Arbeitsformen verstanden werden (vgl. Tabelle 8). Die Outcomes wurden aus den Aufgaben der Sozialdienste abgeleitet und bedürfen aufgrund der Vielzahl der Ansätze einer Zuordnung (ebd.).

Tabelle 8: Zuordnung des Outputs und der Outcomes

Aufgabe	Output	Outcome
Entwicklung von Perspektiven	Inhalte vermittelt	Edukation
	Optionen benannt	konkrete Perspektiven
	Entscheidungen getroffen	Return-to-Work Exit-from-Work soziale Teilhabe

Erschließung von Perspektiven	geklärte Verhältnisse	Umsetzung der Perspektiven Return-to-Work Exit-from-Work soziale Teilhabe
	Anträge gestellt/bewilligt	Zufriedenheit
Entlassplanung	Inhalte vermittelt	Navigation/Length of Stay Sicherheit Stressreduktion
	Optionen benannt	
	Entscheidungen getroffen	
	geklärte Verhältnisse	
	Kontakte vermittelt/ Anbindungen Versorgung	
	Anträge gestellt/bewilligt	
elementare finanzielle und soziale Sicherung	Inhalte vermittelt	(finanzielle) Sicherheit
	Anträge gestellt/bewilligt	Stressreduktion

Bisher fehlt eine Auseinandersetzung mit den Mechanismen, die das Zustandekommen der Outputs und die Entwicklung hin zu Outcomes erklären. Ansatzpunkte sind das Konzept der Funktionsfähigkeit als erlebte Gesundheit (Stucki & Bickenbach, 2017) und eine konzeptionelle Trennung nach Treatment- und Enablement-Theorien (Whyte, 2014). Das Konzept der Funktionsfähigkeit und dabei die Bedeutung, die Kontextfaktoren für die Rehabilitation haben, wurde bereits beschrieben (vgl. Zwischen Teilhabe, sozialen Problemen und Wirkung). Die Entwicklung von Treatment- und Enablement-Theorien¹ wird im Folgenden kurz erläutert. Treatment-Theorien spezifizieren Mechanismen, mit denen die aktiven Bestandteile einer Behandlung Veränderungen im Behandlungsziel erzielen (Hart et al., 2019). Neben den aktiven gibt es zusätzlich inaktive Bestandteile einer Behandlung. Diese sind zwar Attribute der Behandlung, bestimmen oder vermitteln jedoch nicht ihre Auswirkung auf das Behandlungsziel. Das Behandlungsziel definiert wiederum einen Aspekt der Funktionsfähigkeit gemäß der ICF, der mit der Behandlung verändert werden soll. Behandlungsziele sind dabei zumeist proximal, das heißt im unmittelbaren Anschluss an die Intervention erreichbar. Treatment-Theorien sagen in der Regel allerdings nichts darüber

1 Deutsche Übersetzung der Autor*innen: Interventions- und Umsetzungs-Theorien

aus, wie sich eine Behandlung auf das Erleben der Gesundheit im Alltag im Sinne von distalen Zielgrößen, das heißt weit entfernt vom eigentlichen Ansatzpunkt einer Intervention, auswirken kann (Whyte, 2014). Dies leisten hingegen die sogenannten Enablement-Theorien, indem diese Hypothesen darüber aufstellen, wie Outputs und Outcomes zueinander in Beziehung stehen. Dazu zählt auch, wie Veränderungen in proximalen Zielgrößen distale Ziele beeinflussen können (Hart et al., 2019; Whyte, 2014). Enablement-Theorien fragen also danach, welche Auswirkungen auf distale Outcomes bei Patient*innen zu erwarten sind, bei denen durch eine vorangegangene Behandlung Veränderungen in proximalen Zielgrößen verzeichnet werden konnten. Diese Auswirkungen sind zu einem großen Teil abhängig von Rahmenbedingungen, die außerhalb der direkten Einflussmöglichkeit der Reha-Einrichtungen beziehungsweise der Sozialdienste sind. Unter anderem auf diese Bedingungen geht das folgende Kapitel ein.

iii) Rahmenbedingungen

Abbildung 9 gibt ebenso einen ersten, also nicht erschöpfenden, Überblick über die Rahmenbedingungen der Arbeit der Sozialdienste und kategorisiert diese nach Makro-Bedingungen, Bedingungen auf Einrichtungsebene, aufseiten der Rehabilitand*innen sowie aufseiten der Profession beziehungsweise der Sozialdienste. Alle diese Bedingungen haben Einfluss auf alle im Throughput-Modell enthaltenen Phasen und können als Erklärungsansätze zur Erläuterung der Variation der Praxis herangezogen werden.

Die Bedingungen auf Makro-Ebene konnten im SWIMMER-Projekt nur mittelbar nachvollzogen werden. Eine Ausnahme stellten die *Maßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie* dar. Diese teilweise gesellschaftlich-strukturellen Bedingungen, die Reha-Einrichtungen als Gesundheitseinrichtungen im besonderen Maße trafen, waren für den Alltag der Einrichtungen und ihrer Sozialdienste von erheblicher Bedeutung. So wurde in besonders dynamischen Lagen und in Abhängigkeit der Vulnerabilität der Rehabilitand*innen sogar gänzlich auf face-to-face Kontakte verzichtet und auf Telefongespräche umgestellt. Andere Vorgaben, wie zum Beispiel die maximale Personenanzahl in den Räumen, führte ebenfalls zu einer grundlegenden Veränderung der Bedingungen der Interaktion mit den Rehabilitand*innen. So mussten viele Sozialdienste ihre Gruppenkonzepte anpassen und waren mit mehr Gruppen und weniger Teilnehmer*innen konfrontiert. Dies führte einerseits zu