

3. Methodisches Vorgehen

Zur Erreichung der beiden Forschungsziele und unter Berücksichtigung der genannten Forschungsfragen wurde ein qualitatives, fall-vergleichendes Studiendesign gewählt, welches sich bereits an anderer Stelle bewährt hat (Meyer et al., 2012; Stamer et al., 2015). In zehn Reha-Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen wurden in zwei Erhebungsphasen Daten erhoben. Die Sampling-Strategie basiert auf Konzepten des qualitativen Samplings, das gezielt (purposeful sampling) Studienobjekte auswählt, im Gegensatz zu einer zufälligen Ziehung (random sampling). Beim gezielten Sampling nach Patton (2002) geht es um die gezielte Auswahl informationsreicher Fälle. Das bedeutet, dass Fälle eingeschlossen werden, durch die insbesondere über den interessierenden Forschungsgegenstand gelernt werden kann und die demnach einen relevanten Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Forschungsfragen bringen (ebd.). Für die erste Erhebungsphase wurde wie bereits beschrieben von einer Variation der Praxis Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation ausgegangen. Die Identifikation von Gründen dieser Variation stellt ein Forschungsziel dar. Vor diesem Hintergrund wurde die Strategie des Maximum-Variation-Samplings verfolgt. Das Maximum-Variation-Sampling stellt eine Form des gezielten Samplings dar und ist dadurch gekennzeichnet, dass im Vorfeld Samplingkriterien identifiziert werden, die sich eignen, die Heterogenität beziehungsweise das Spektrum des Feldes abzubilden (ebd.). Diese Samplingstrategie ermöglicht es, detaillierte Beschreibungen der einzelnen Fälle vorzunehmen. Zum einen kann in diesem Kontext die Einzigartigkeit der Fälle dokumentiert und zum anderen können Gemeinsamkeiten der Fälle über ihre Variation hinweg identifiziert werden. Das Maximum-Variation-Sampling eignet sich demnach, Variationen zu beschreiben und diese besser zu verstehen, indem Gemeinsamkeiten und Unterschiede der jeweiligen Fälle herausgearbeitet werden.

Anhand des Forschungsstandes und der unterschiedlichen Rahmenbedingungen in der medizinischen Rehabilitation wurden im Vorfeld zur Erhebung Samplingkriterien entwickelt, mit denen die Heterogenität der Sozialdienste abgebildet werden sollte. Diese Kriterien schlossen die medizinische Indikation (Orthopädie, Kardiologie, Neurologie, Onkologie und Psychosomatik), die Einrichtungsform (stationär und ambulant) und das Vorhandensein von MBOR-Kernmaßnahmen (Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, mindestens Stufe B) ein.

In der ersten Phase sollten in fünf bis sechs Reha-Einrichtungen Daten erhoben werden. Dabei wurden verschiedene Erhebungsmethoden angewendet. Eine Erhebungsmethode waren Experteninterviews, die als eine Form von Leitfadενinterviews verstanden werden können (Kruse, 2015). Expert*innen können auf drei verschiedene Dimensionen von Wissen zurückgreifen: 1. das technische Wissen, das Wissen über Tatbestände und Regelabläufe einschließt, 2. das Prozesswissen, das sich auf Wissen über Handlungsabläufe und Interaktionen bezieht, weitestgehend implizit ist und von den Forschenden rekonstruiert werden muss, und 3. das Deutungswissen, das subjektive Sichtweisen und Erklärungsmuster umfasst (Bogner, et al., 2002). Der Expert*innenbegriff ist dabei eng mit dem jeweiligen Forschungsinteresse verbunden (Meuser & Nagel, 2009). Als Expert*innen im Rahmen des SWIMMER-Projektes wurden Sozialdienstmitarbeiter*innen und Leitungspersonen von Reha-Einrichtungen identifiziert. Die Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes besitzen durch die Ausübung ihrer Arbeit ein umfangreiches Wissen über ihre eigene Praxis und die damit verbundenen Aufgaben und Handlungsabläufe im Sozialdienst. Zudem sind sie Teil des Reha-Teams und sind mit den Abläufen und Regelungen in ihrer jeweiligen Einrichtung vertraut. Leitungspersonen vertreten die Einrichtungsperspektive. Im Rahmen ihrer Position können sie die Strukturen und Abläufe der Einrichtung übergreifend überblicken. Sie besitzen zudem eine Gestaltungsmacht über Einrichtungsstrukturen und sind für den Sozialdienst weisungsbefugt. Sie können somit die Praxis beeinflussen. Reha-Einrichtungen haben in der Regel eine fachliche, medizinische Leitung (Ärztin/Arzt) sowie eine kaufmännische beziehungsweise Verwaltungsleitung. Für die vorliegende Studie ist die ärztliche, das heißt auch fachliche Leitung von primärem Interesse, zugleich kann die Verwaltungsleitung durch die Bestimmung von Rahmenbedingungen der Arbeit weitere mögliche Erkenntnisse liefern.

Pro Reha-Einrichtung sollte mindestens ein leitfadengestütztes Experteninterview mit einem*iner Mitarbeiter*in des Sozialdienstes geführt werden.

Sollten zwei oder mehr als zwei Mitarbeiter*innen im Sozialdienst arbeiten, sollte mit mindestens zwei Mitarbeiter*innen ein Interview geführt werden. Für die leitfadengestützten Experteninterviews mit den Leitungspersonen wurde ein Interview pro Einrichtung angestrebt. Die Leitfäden für die Interviews wurden von den Projektmitarbeiter*innen gemeinsam entwickelt. Der Aufbau der Leitfäden orientiert sich an verschiedenen Themenkomplexen, denen jeweils Fragen zugeordnet sind. Die Themenkomplexe und zugehörige Fragen sind so angeordnet, dass vom Allgemeineren zum Spezifischeren gefragt wird. Jeder Block beginnt dabei mit einer erzählgenerierenden Frage, die einen Erzählfluss bei der Interviewperson stimulieren soll und umfasst weitere, spezifischere Nachfragen, die optional gestellt werden konnten. Die Fragen basieren dabei auf dem Vorwissen der Forschenden, das sich auf den Forschungsstand, aber auch auf vorherige Felderfahrungen bezieht. Da der Leitfaden lediglich als Orientierung dient und das Interview thematisch rahmen soll (Misoch, 2019), war es jederzeit während der Interviews möglich, vom Leitfaden abzuweichen und Fragen zu stellen, die sich aus der Interview-situation ergaben. Den Leitfäden abschließend wurden geschlossene Fragen zu Studienabschluss, Stellenanteil oder Größe der Rehabilitationseinrichtung gestellt, um die einzelnen Fälle besser zu kontextualisieren und kontrastieren zu können.

Die ersten Entwürfe der Leitfäden wurden im Rahmen zweier Pretests auf ihre Anwendbarkeit und Gegenstandsangemessenheit getestet und zusätzlich mit dem Projektbeirat diskutiert. Anschließend wurden kleinere Änderungen an den Leitfäden vorgenommen, die sich jedoch hauptsächlich auf Formulierungen von Fragen bezogen. Über den Verlauf der Erhebungen wurden weitere Änderungen an einzelnen Fragen vorgenommen, was mit dem Grundprinzip der Offenheit qualitativer Forschung und ihrem prozessualen Charakter vereinbar ist, dem auch die Anwendung und notwendige Anpassung der Leitfäden folgt (Stamer et al., 2015). In Tabelle 1 sind die einzelnen Themenblöcke der beiden Leitfäden sowie die Orientierungspunkte der teilnehmenden Beobachtungen, die im Folgenden vorgestellt werden, aufgeführt.

Tabelle 1: Themenblöcke der Interviewleitfäden und orientierende Aspekte der teilnehmenden Beobachtung

	Interviews mit Sozialar- beiter*innen	Interviews mit Leitungs- personen	Teilnehmende Beobach- tungen
Themenblöcke/Orientierungen	Arbeitsalltag der Sozial- dienste	Der Sozialdienst im Reha- Prozess der Einrichtung	Kontextinformationen (räumliche Umgebung, Gebrauch von Gegen- ständen)
	Interaktion mit Rehabili- tand*innen/Intervention	Soziale Arbeit im Reha- Team	Beteiligte Personen
	Interne und externe Zusammenarbeit	Rehabilitationserfolg	Ablauf und Struktur der sozialdienstlichen Aktivitäten
	Rehabilitationserfolg	Qualifikation/ Kompetenzen	Umgang mit Zielen/ Bedürfnissen der Rehabi- litand*innen
	Qualifikation/ Kompetenzen	Rahmenbedingungen	Kommunikation und Interaktion
	Rahmenbedingungen		Beziehung untereinander
			Dokumentation/ Organisation
			Rollenreflexion

Eine zweite Erhebungsmethode im SWIMMER-Projekt stellt die teilnehmende Beobachtung dar. Die Methode der teilnehmenden Beobachtung hat den Vorteil, dass sie direkt Einblicke in die Praxis ermöglicht. Es können Handlungs-routinen beobachtet und dadurch das dahinterstehende implizite Wissen erschlossen werden (Kelle, 2018). Die Forschenden (TK, NaS) haben die Sozialarbeiter*innen in ihrem Arbeitsalltag begleitet, der ein alltagskulturelles Feld darstellt, und waren in diesem Sinne kopräsent, weshalb von einer teilnehmenden Beobachtung gesprochen werden kann (ebd.). Die Situationen, die beobachtet wurden, wurden im Vorfeld mit den Sozialarbeiter*innen abgesprochen. Dabei wurde darauf geachtet, dass der Arbeitsalltag möglichst umfassend begleitet werden kann. Beide Forscher*innen haben die teilnehmenden Beobachtungen durchgeführt und jeweils Sozialarbeiter*innen einen

Vor- und einen Nachmittag begleitet. Beobachtet wurden vor allem Beratungsgespräche, Gruppen- und inter- sowie intraprofessionelle Teamsitzungen. Im Anschluss fand eine Protokollierung in chronologischer Reihenfolge des Geschehenen durch die Forschenden statt. Diese war informiert durch bestimmte Aspekte (vgl. Tabelle 1), auf die in den Beobachtungen geachtet werden sollte. Sofern es realisierbar war, wurden die teilnehmenden Beobachtungen vor den Interviews mit den Sozialarbeiter*innen durchgeführt. Dies ermöglichte es, in den Interviews gezielt Fragen zu stellen, die sich auf beobachtete Situationen bezogen und so gegebenenfalls tiefergehende Handlungsbegründungen zu erhalten oder aber einen natürlicheren Gesprächsverlauf zu konstruieren, der sich auf konkrete Beispiele aus der Praxis der jeweiligen Interviewpersonen bezog.

Ein dritter, optionaler Erhebungsweg stellte die Audioaufzeichnung von jeweils ein bis zwei Beratungsgesprächen pro Einrichtung dar. Das Führen von Beratungsgesprächen macht einen großen Anteil des Arbeitsalltages von Mitarbeitenden von Sozialdiensten in Rehabilitationseinrichtungen aus. Der Vorteil einer Audioaufzeichnung der Gespräche gegenüber einer Beobachtung mit anschließendem Gedächtnisprotokoll ist, dass detailliertere Daten vorliegen, vor allem über den Verlauf der Kommunikation, insbesondere der Interaktion zwischen den Beteiligten, die ebenfalls tiefe Einblicke in die Praxis gewährleisten. Bei der Aufzeichnung der Beratungsgespräche waren die Forschenden nicht anwesend. Die Sozialarbeiter*innen zeichneten die Gespräche, die sie mit den Rehabilitand*innen führten, selbst auf. Diesbezüglich wurden sie von den Forschenden im Vorfeld instruiert. Es wurde ihnen Informationsmaterial sowie eine Einwilligungserklärung und ein Diktiergerät gestellt. Die Ansprache zwecks Teilnahme an der Studie führten die Sozialarbeiter*innen eigenständig durch.

Nach Abschluss der ersten Erhebungsphase folgte eine viermonatige Erhebungspause, in der sich intensiviert der Datenauswertung gewidmet wurde. Die erhobenen Daten wurden überwiegend von einem Transkriptionsbüro transkribiert, wobei sich die Transkription an den Regeln von Dresing und Pehl (2017) orientierte. Die Transkripte wurden anschließend von den studentischen Hilfskräften des Projekts anonymisiert. Im Ergebnisteil des Buches werden Zitate aus Interviews und Beratungsgesprächen sowie Ausschnitte aus Beobachtungsprotokollen wiedergegeben. Um die Anonymität der Studienteilnehmenden sicherzustellen, wurde bei einzelnen Personen das Geschlecht verändert.

Die Transkripte wurden schließlich von den Forschenden ausgewertet. Da mit dem SWIMMER-Projekt eine Programmtheorie der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation entwickelt werden sollte, wurde für die Auswertung auf die *Grounded Theory* zurückgegriffen (Corbin & Strauss, 1990; Strauss & Corbin, 1990). Diese stellt ein regelgeleitetes Verfahren dar und eignet sich zur Entwicklung von Theorien aus der Empirie heraus. Charakteristisch für die Methodologie ist, dass die Auswertung der Daten mit der ersten Datenerhebung beginnt. Damit sind Datenerhebung und –auswertung eng miteinander verschränkt. Dies ist notwendig, da bereits die erste Auswertung die Richtung der nachfolgenden Datenerhebungen bestimmt. Dies wurde ansatzweise mit der vorab geplanten Erhebungspause realisiert, in der noch einmal gezielt Samplingkriterien für die zweite Erhebungsphase entwickelt werden sollten. Das Sampling für die zweite Phase war vor diesem Hintergrund am theoretischen Sampling nach der *Grounded Theory* orientiert (Corbin & Strauss, 1990). Das theoretische Sampling greift dabei nicht auf vorab definierte Merkmale von Individuen oder Zeitpunkten zurück, sondern vielmehr auf die sich entwickelnden theoretischen Konzepte und ihre Eigenschaften. Die Samplingkriterien stehen damit nicht vorab fest, sondern resultieren vielmehr aus der Reaktion auf das Material und der sich entwickelnden Theorie. Mit dem theoretischen Sampling sollen folglich Konzepte und ihre Eigenschaften weiterentwickelt und verfeinert werden (Corbin & Strauss, 2008). Kriterien, die auf dem theoretischen Sampling aufbauend für die zweite Erhebungsphase entwickelt wurden, waren das Vorhandensein einer Sozialdienstleitung, die Möglichkeit des erneuten Kontakts mit den Rehabilitand*innen, ein Sozialdienst, in dem nur ein*e Mitarbeiter*in arbeitet, Sozialdienste mit Mitarbeiter*innen mit anderen beruflichen Hintergründen als Soziale Arbeit/Sozialpädagogik und Sozialdienste mit einem regelmäßigen Austausch im Reha-Team.

Unter Beteiligung der DVSG wurden so für die zweite Phase weitere vier Einrichtungen rekrutiert. Der systematische Vergleich und die gezielte Auswahl der Einrichtungen sollten auf diese Weise zum einen die Herausarbeitung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden ermöglichen. Zum anderen sollte das Vorgehen zur Identifikation von Wirkmechanismen, die in die Entwicklung einer Programmtheorie der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation einfließen, beitragen.

Die Identifikation der angesprochenen Konzepte hat sich dabei im Rahmen des Auswertungsprozesses der *Grounded Theory* nach Strauss & Corbin (1990) vollzogen. Dieser ist durch seine Dreistufigkeit gekennzeichnet, die

das 1. offene, 2. axiale und 3. selektive Kodieren umfasst. Gerade im anfänglichen Prozess der Datenauswertung haben die Forschenden, auch mit anderen Mitarbeiterinnen ihrer Arbeitsgruppe, gemeinsame Datensitzungen durchgeführt, bei denen sie zusammen das Material auswerteten. Für diese Datensitzungen wurde eine Reha-Einrichtung und die damit zusammenhängenden Daten ausgewählt, die sehr detailliert von den Forschenden analysiert wurden. Im Sinne des offenen Kodierens wurde das Material analytisch im Rahmen einer Line-by-Line-Analyse betrachtet. Die Forschenden traten mit Fragen an das Material heran (zum Beispiel: Worum geht es? Wer ist beteiligt? Was führte dazu?). Über den permanenten Vergleich von Textstellen wurden so Konzepte und erste Kategorien zu entwickelt (Corbin & Strauss, 1990). Insbesondere die intensive Auseinandersetzung mit dem Material zu Beginn der Auswertung schaffte eine gute Grundlage für die Auswertung nachfolgender Daten und vereinfachte damit den späteren Auswertungsprozess (Corbin & Strauss, 2008). Entsprechend wurde für diese Phase der Auswertung ausreichend Zeit eingeräumt.

Da jedoch eine reine Taxonomie von Kategorien lediglich beschreibend ist, und dabei wenig Erklärungsgehalt besitzt, wurden im Rahmen des axialen Kodierens die Beziehungen der identifizierten Kategorien untereinander herausgearbeitet. Diesbezüglich wurde das sogenannte Kodierparadigma angewendet, mit dem die bereits im offenen Kodieren herangetragenen Fragen an das Material systematisiert wurden. Dabei wird um eine Kategorie, die das Phänomen darstellt, herum kodiert. Diese wird auf ihre Ursachen, Bedingungen, Strategien und Konsequenzen hin analysiert (ebd., Strübing, 2018), was der Kategorie wiederum eine Dichte (Muckel, 2011) in dem Sinne verleiht, dass sie durch die Anwendung des Kodierparadigmas eine stärkere Ausdifferenzierung erfährt und damit einen höheren Erklärungsgehalt bekommt.

Im letzten Auswertungsschritt der Grounded Theory, dem selektiven Kodieren (Corbin & Strauss, 1990), wurden Schlüsselkategorien identifiziert, die im Kontext des Forschungsprojekts ein hohes Potential für die Beschreibung und Erklärung der sozialarbeiterischen Praxis in der medizinischen Rehabilitation beziehungsweise ihrer Variation aufweisen.

Die Erhebungen in den einzelnen Einrichtungen wurden, wenn es möglich war, innerhalb von einer Woche durchgeführt. Das heißt alle angestrebten Erhebungsformen (Interviews, teilnehmende Beobachtungen, Aufzeichnung der Beratungsgespräche) wurden, in der entsprechenden Woche geplant und durchgeführt. Dies bedurfte einer Absprache mit den Sozialdiensten vor Ort

und einer genauen Organisation des Ablaufs im Vorfeld der Erhebung. In Abbildung 2 ist ein solcher Erhebungsplan beispielhaft zu sehen.

Abbildung 2: Beispielhafter Zeitplan der Erhebung

	Dienstag		Mittwoch		Donnerstag	
Forschende	TK	NaS	TK	NaS	TK	NaS
8-9 Uhr		Kurzvorbesprechung mit SD			Hospitation Fr. B.	
9-10 Uhr		Hospitation Fr. A. (inkl. Visite)				Interview SD Fr. A. (09:00 – 10:30 Uhr)
10-11 Uhr						
11-12 Uhr		interdisziplinäre Teambesprechung	Teamsitzung Fr. B. (11:30 – 12:00 Uhr)			
Pause	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause
13-14 Uhr			Interview SD Fr. B.	Hospitation Fr. A.	Hospitation Fr. B. inkl. Sprechstunde (13:30 – 15:00 Uhr)	
14-15 Uhr						
15-16 Uhr			Vortrag Fr. B.			

In jeder Einrichtung konnten mindestens zwei Interviews mit Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes und ein Interview mit einer Leitungsperson geführt werden. Wenn der Sozialdienst der kaufmännischen Leitung zugeordnet war, wurden zwei Interviews, eins mit der kaufmännischen und eins mit der ärztlichen Leitung geführt. Obwohl in solchen Fällen die kaufmännische Leitung dem Sozialdienst gegenüber weisungsbefugt war, hat es sich als sinnvoll herausgestellt, zusätzlich die ärztliche Leitung zu interviewen, da – wie sich im Zuge der Analysen herausstellte – diese direkt mit dem Sozialdienst zusammenarbeitet und ebenfalls einen Überblick über die Einrichtung und den Rehabilitationsprozess hat. Hinsichtlich der teilnehmenden Beobachtungen war es in jeder Einrichtung möglich, die Sozialarbeiter* über einen dreitägigen Erhebungszeitraum zu beobachten. Dabei konnte in jeder Einrichtung mindestens eine Teamsitzung beobachtet werden. Beratungsgespräche konnten in sieben Einrichtungen aufgezeichnet werden. Jedoch gab es wenig Einfluss seitens der Forschenden auf die Themenschwerpunkte, die für das jeweilige Beratungsgespräch angedacht waren.