

ii) Indikatoren der Präsenz der Sozialdienste

Die Position, die Sozialdienste in der jeweiligen Reha-Einrichtung einnehmen, sowie ihre zum Teil dadurch vermittelte Einbindung in den Reha-Prozess, kann einen bedeutenden Einfluss auf die sozialarbeiterische Praxis haben. Dieser Einfluss wurde für mehrere Arbeitsformen sowie für den Zugang weiter oben bereits beschrieben. Die Präsenz der Sozialdienste soll ausdrücken, wie gegenwärtig der Sozialdienst einer Reha-Einrichtung den Mitgliedern des Reha-Teams und im Reha-Prozess ist. Wie präsent ein Sozialdienst ist, hängt dabei von verschiedenen Faktoren ab, die sich in vier identifizierten Formen von Präsenz widerspiegeln (vgl. Abbildung 14). Dabei handelt sich um 1. die personelle Präsenz, die den räumlichen Standort und persönliche Anwesenheit in Team-Besprechungen umfasst, 2. die gedankliche Präsenz, die das Wissen um den Sozialdienst im Team beschreibt, 3. die organisatorische Präsenz, die insbesondere die Verwobenheit des Sozialdienstes in den gesamten Reha-Prozess beschreibt sowie 4. die kulturelle Präsenz, die unternehmenskulturelle Faktoren in Bezug auf den Sozialdienst wie Hierarchie oder Bedeutsamkeit umfasst.

a) Personelle Präsenz

Die personelle Präsenz ist die sichtbarste Form der Präsenz. Sie zeigt sich einerseits und insbesondere in der Teilnahme der Sozialarbeiter*innen an interprofessionellen Teamsitzungen. Hinsichtlich dessen kann zwischen verschiedenen Facetten differenziert werden. Eine dieser Facetten betrifft den Aspekt der regelmäßigen verpflichtenden Teilnahme des Sozialdienstes an den Teamsitzungen. Bedingungen hierfür können beispielsweise Konzepte wie MBOR sein, die interprofessionelle Teamsitzungen vorsehen, aber auch eine mit der Zeit gewachsene Etablierung von interprofessionellen Teamsitzungen in den jeweiligen Einrichtungen. Als hinderlich für eine obligatorische Teilnahme haben sich potentiell die pandemischen Rahmenbedingungen, die die COVID-19-Pandemie und ihre Implikationen umfassen, herausgestellt:

(.) [...] **meistens** sind die, also die Teamgespräche sind halt aufgrund von Corona sowieso eingestellt worden, weil das halt zu [...] (.) **umfangreich** ist von dem Personal her. Und wir nicht genügend Räume haben, wo wir uns treffen könnten, um genug Abstand zu halten [...]. (E6 I\Frau D: 406–408)

Darüber hinaus kann unterschieden werden, wie viele der Sozialarbeiter*innen an den Teamsitzungen teilnehmen. Indikations- oder stationsspezifische Zuständigkeiten der Mitarbeiter*innen bedingen, dass bei entsprechenden Teamsitzungen nur die zuständigen Sozialarbeiter*innen anwesend sind und sich folglich die Mitarbeiter*innen auf die Teams aufteilen. Sollten keine Zuständigkeiten bestehen, jedoch trotzdem nicht alle Teammitglieder des Sozialdienstes an den Teamsitzungen teilnehmen, kann dies in Kombination mit fehlender Kommunikation im Team die Sprechfähigkeit bezüglich einzelner Fälle limitieren:

An Frau A. gewandt fragt der Chefarzt bezüglich des Bedarfs des Rehabilitanden nach einem Einzelgespräch mit einem*einer Psycholog*in. Frau A. gibt wieder, dass sie nicht wisse, ob ein Bedarf bestehe. Der Rehabilitand sei bei ihrem Kollegen in der Beratung gewesen und dieser habe in seiner Dokumentation nichts über einen Bedarf vermerkt. (E1 BP\NaSI: 143–146)

Die Länge der interprofessionellen Teamsitzungen in den Einrichtungen betrug zumeist eine Stunde. Jedoch konnte beobachtet werden, dass der Sozialdienst nicht in jeder Einrichtung über die komplette Dauer der Teamsitzung anwesend war. Bedingungen für die Dauer der Anwesenheit sind wiederum die vorgesehene Teilnahme an den Teamsitzungen, parallele Teamsitzungen sowie die pandemischen Rahmenbedingungen. Ist eine Teilnahme vorgesehen, ist das Zeitfenster, in dem die Teamsitzung stattfindet, geblockt, was eine vollständige Teilnahme begünstigt. Ist die regelmäßige Teilnahme nicht vorgesehen, kann dies dazu führen, dass nur bei Bedarf teilgenommen wird und lediglich die eigenen Fälle angesprochen werden. Sollten Teamsitzungen parallel stattfinden, kann dies zur Folge haben, dass die einzelnen Sozialarbeiter*innen nicht die ganze Zeit anwesend sind, sondern zwischen den einzelnen Sitzungen wechseln. Hinzukommend können auch die pandemischen Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Dauer der Anwesenheit haben, beispielsweise wenn die Vorgaben der Einrichtung vorsehen, dass einzelne Teammitglieder nur so lange anwesend sind, bis ihre Fälle besprochen werden. Als Konsequenz einer nicht vollständigen Anwesenheit ergeben sich die potentiell doppelte Besprechung von Fällen und das Entgehen von Informationen über einzelne Rehabilitand*innen, die zunächst einmal keine Fälle des Sozialdienstes sind.

Die beschriebenen Eigenschaften der Teilnahme an Teamsitzungen beziehen sich vorwiegend auf die physische Anwesenheit in den Sitzungen. Neben

dieser zählt jedoch auch die Beteiligung des Sozialdienstes in den Teamsitzungen zu den Facetten der Präsenz. Die Beteiligung drückt sich vor allem im Redeanteil der Sozialarbeiter*innen aus, der aktiv durch selbstinitiierte Redebeiträge oder passiv durch Aufforderungen anderer Teammitglieder gestaltet sein kann. Bedingungen für die Beteiligung sind die Moderationsart in den Teamsitzungen, konkrete Anliegen, die wahrgenommene Bedeutsamkeit der eigenen Beiträge sowie das Wissen der anderen Professionen über die Kenntnisse der Sozialarbeiter*innen. Im Fall einer Moderation der Teamsitzungen, zum Beispiel durch die ärztliche Leitung, bei der jede Profession aufgefordert wird, zu den besprochenen Fällen ihre Expertise einzubringen, wird der Sozialdienst zwangsläufig einen Redeanteil haben, der überwiegend durch den ›Redezwang‹ in der Sitzung determiniert sein wird. Eine aktive Beteiligung des Sozialdienstes kann hingegen durch konkrete Anliegen oder Fragen, die zu einzelnen Fällen bestehen, zustande kommen. Zudem ist die aktive Beteiligung von der wahrgenommenen Bedeutsamkeit der eigenen Expertise für die anderen Teammitglieder abhängig. Sollte diese gering ausgeprägt sein oder aufgrund einer fehlenden interdisziplinären Kultur nicht vorhanden sein, kann dies dazu führen, dass die Beteiligung in den Sitzungen stark reduziert ist:

Als nächstes folgt die interdisziplinäre Teambesprechung, die in einem Arztzimmer stattfindet [...]. Bis auf zwei Ärzte und Frau C. sagt jede*r Teilnehmer*in während der Teamsitzung etwas. [...] Nach der Teamsitzung gehen Frau C. und ich in ihr Büro. Es kommt zur Sprache, dass Frau C. während der Teamsitzung nichts gesagt hat. Mir gegenüber äußert sie, dass sie keinen Grund sehe etwas zu äußern, weil ihre Informationen für die anderen Professionen nicht relevant seien. (E8 BP\NaSl: 483–526).

Hm, hm bei der große/hm **großen** Teamsitzung [...] sind ja **alle** Professionen mit **dabei**. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, (.) **Sprachtherapeuten**, **Psychologen** und **Neuropsychologen**, (.) Stationsarzt, Pflege, Oberarzt und der **Sozialdienst**. (.) Hm (.) (Schnalzen) [...] (.) ja, die Sachen aus ›m Sozialdienst sind für alle anderen Professionen, außer halt die Ärzte, [...] immer nicht **ganz** so **relevant**, [...] weil [...] (.) sie sich da eben nicht so mit befassen. (E8 I\Frau C: 485–490)

Zusätzlich kann die Beteiligung des Sozialdienstes durch die anderen Professionen im Reha-Team bedingt sein. Ist bei diesen ein Wissen über die Arbeit der Sozialarbeiter*innen und damit auch über ihre spezifischen Kenntnisse über die Rehabilitand*innen vorhanden, kann dies bei Bedarf direkt

erfragt werden, zum Beispiel Informationen über die Wohnsituation oder den Arbeitsplatz der Rehabilitand*innen. Weiterhin kann ein Wissen über die Kompetenzen dazu führen, dass sich die anderen Teammitglieder direkt an die Sozialarbeiter*innen wenden (zum Beispiel Wissen um sozialrechtliche Expertise, das Fragen bzgl. LTA an den Sozialdienst generiert). Dabei muss berücksichtigt werden, dass dieses Wissen wesentlich erst durch die Teilnahme der Sozialdienste an den Teambesprechungen entstehen kann.

Zusammenfassend kann die Teilnahme an den interprofessionellen Teamsitzungen in folgende vier Facetten differenziert werden:

- regelmäßige obligatorische/vorgesehene Teilnahme
- Vollständigkeit des Sozialdienstes bei Teamsitzungen
- Anwesenheit über die Dauer der Teamsitzungen
- Beteiligung in den Teamsitzungen

Die räumliche Präsenz ist die zweite Komponente der personellen Präsenz von Sozialdiensten. Sie drückt aus, wo der Sozialdienst in der jeweiligen Einrichtung verortet ist beziehungsweise wo in der Einrichtung sich die Büroräume des Sozialdienstes befinden. Diese können zentral oder dezentral in der Einrichtung gelegen sein, sich in separaten Gebäudeteilen befinden oder aber an Durchgangswegen gelegen sein. Bei letzterem Fall sind die Büroräume auch in Rehabilitand*innen-Nähe, was die Sichtbarkeit und Ansprechbarkeit des Sozialdienstes für die Rehabilitand*innen erhöhen kann. Gleichzeitig können Räumlichkeiten in der Nähe von Büroräumen anderer Professionen den Austausch auf dem kurzen Dienstweg erhöhen und den Sozialdienst für die anderen Mitglieder des Reha-Teams sichtbarer machen.

b) Kulturelle Präsenz

Dieser auf den Begriff der Unternehmenskultur zurückzuführende Teil der Präsenz umfasst zum einen die Wertschätzung der Sozialdienste in der Reha-Einrichtung. Ihren Ausdruck konnte man nicht in allen Einrichtungen finden. In manchen Einrichtungen berichteten die Chefärzt*innen jedoch von einem persönlichen Einsatz für die Belange der Sozialarbeiter*innen, wie folgendes Beispiel zeigt.

Naja, als ich [Jahr] hier ans Haus gekommen bin, gab es **keinen einzigen Mitarbeiter** im Sozialdienst. (I: Mhm) Es war schon eine-, schon eine gewisse

langwierige Vorarbeit notwendig, um überhaupt eine **halbe Stelle hier zu generieren**, ja? Da war die Einsicht in die Notwendigkeit des Sozialdienstes, [...], auf Seiten des Trägers nicht gegeben, ja? Wenn Sie heute, [...], die Abteilung sehen, da sind also drei Stellen, drei Vollzeitstellen besetzt mit vier Mitarbeitenden, ja, (E1 I\ärztliche Leitung: 372–380)

Unter dem Aspekt der Bedeutsamkeit des Sozialdienstes werden Phänomene erfasst, die das sogenannte Standing in der Reha-Einrichtung spiegeln. Indikatoren für eine weniger stark ausgeprägte Bedeutsamkeit sind Sozialdienste, die auf ihren Redebeitrag in den Teambesprechungen hinweisen müssen. In den Leitungsinterviews wurden positive Aussagen zur Kompetenz im Sinne der Bedeutsamkeit gewertet.

Der aussagekräftigste Aspekt der kulturellen Präsenz ergibt sich aus der hierarchischen Beziehung zwischen Medizin und Sozialdienst. In allen Einrichtungen gab es eine Abhängigkeit von der Medizin. Diese in der Sache bestimmbare informationelle Abhängigkeit wurde bereits im Kapitel Aufgaben der Sozialdienste ausführlich beschrieben. Eine besondere Situation gibt es in einer neurologischen Einrichtung, in der aufgrund von geforderten Belegungszahlen ökonomischer Druck von den Oberärzt*innen an den Sozialdienst weitergegeben werden kann und wird.

c) Organisatorische Präsenz

Als dritter Teil der Präsenz kann die organisatorische Einbindung genannt werden. Bei dieser handelt es sich um die Einbindung der Sozialdienste in die Schritte des Reha-Prozesses (Levack & Dean, 2012). Diese umfassen das Assessment, die Zielplanung, Interventionen sowie die Evaluation und letztlich die Entlassplanung (ebd.). Ein Indikator für eine hoch ausgeprägte Präsenz kann vor diesem Hintergrund die Entwicklung einer spezifischen Funktion des Sozialdienstes sein.

Und [...] ich glaub, das funktioniert aber hier auch ganz gut, dass das so Hand in Hand läuft, ne? Also dass die Psychotherapeuten ihren/und die **Ärzte** [...] ihren Teil dazu beitragen, und wir Sozialarbeiter **genauso**. Also **gerade**, wenn's so um [...] um den Blick nochmal auf die/[...] die **Arbeitsplatzsituation** [...] geht. (E2 I\Frau A: 900–905)

Im obengenannten Beispiel wird von der Sozialarbeiterin Frau A. die Aufgabenteilung in der Einrichtung angesprochen. So impliziert ihre Aussage, dass unterschiedliche Professionen unterschiedliche Aufgaben beziehungsweise Funktionen haben. Die Angehörigen der Professionen tragen entsprechend einen eigenen Anteil zur Erreichung der Reha-Ziele bei.

Spezifische Funktionen, die der Sozialdienst einnehmen kann, können dem Reha-Team inhärent im Sinne einer gedanklichen Präsenz sein (vgl. Gedankliche Präsenz). Sollten diese Funktionen in irgendeiner Form von der Einrichtung expliziert oder institutionalisiert sein, kann von einer organisatorischen Präsenz gesprochen werden. Diese kann zum einen durch vom Sozialdienst selbst verfasste Konzepte realisiert werden. In einer Pretest-Einrichtung wurden so zum Beispiel für Gruppenangebote des Sozialdienstes Konzepte ausgearbeitet.

[...] und generell also auch nochmal gucken, ob man irgendwie unsere unsere Konzepte und uns're Folien halt so 'n bisschen überarbeitet, also das findet natürlich auch immer regelmäßig statt. Wobei man sagen muss, dass wir für Konzeptarbeit, also wirklich etwas richtig nochmal zu überarbeiten ja jetzt in der Coronazeit dann zwischenzeitlich mal, mal ausnahmsweise mehr Zeit für hatten. Da ham' wir auch einiges überarbeitet. Aber so kommt man natürlich im Arbeitsalltag, jetzt so ja nicht so unbedingt immer dazu (Frau B: lacht) jetzt die Konzepte zu überarbeiten. (E02 I\Frau B: 196–202)

Die mit der Konzeptarbeit (vgl. weitere Arbeitsformen) verbundenen Tätigkeiten wurden dabei vermehrt in der Zeit der Corona-Pandemie ausgeübt. In dieser Zeit war die Einrichtung nicht vollständig belegt und die Sozialarbeiter*innen hatten demzufolge weniger Termine mit Rehabilitand*innen. Die zusätzliche Zeit konnte folglich für die Überarbeitung der Konzepte aufgewendet werden. In anderen Einrichtungen, in denen Konzepte entwickelt beziehungsweise überarbeitet wurden, oblag die Federführung dieser Tätigkeiten vor allem sozialarbeiterischen Leitungen. Auch wenn diese tendenziell einen größeren zeitlichen Spielraum für Konzeptarbeit besaßen, berichteten Leitungen von Sozialdiensten von mangelnden zeitlichen Kapazitäten.

Ja und wenn ich halt Zeit zwischen den Patienten habe und [...] ich nicht so 'n vollen Schreibtisch habe, [...] ich hab' immer so 'ne ellenlange Liste liegen, wo ich weiß: »Okay, früher oder später muss ich diesen Prozess überarbeiten, ich muss nochmal diese Beschreibung überarbeiten und das ist halt nichts, was brennt« (I: Mhm) und das [...] sind so meine Zeitfüller. (E8 I\Herr A: 420–426).

Neben den selbst entwickelten Konzepten durch die Sozialdienste existieren zum anderen übergreifende Behandlungskonzepte wie beispielsweise für MBOR-Kernmaßnahmen. Im MBOR Anforderungsprofil (DRV, 2019) sind dabei Sozialarbeiter*innen unter den personellen Voraussetzungen und dem Leistungsspektrum aufgeführt. In entsprechenden Einrichtungen, die jene Maßnahmen vorhalten, wird somit die organisatorische Präsenz der Sozialen Arbeit untermauert. Beispielhaft ist eine Einrichtung zu nennen, die wie vorgegeben interdisziplinäre MBOR-Fallkonferenzen abhält. In diesen ist der Sozialdienst obligatorischer Teil und muss, moderiert durch die ärztliche Leitung, zu jedem*r MBOR-Rehabilitand*in eine Einschätzung abgeben.

Besonderheiten der organisatorischen Präsenz ergeben sich, wenn zum Beispiel Angebote der Sozialdienste mit denen anderer Berufsgruppen verschränkt sind. Dies wird zum Vorteil für die Präsenz der Sozialdienste gewertet. Zudem profitiert der Sozialdienst in professioneller Hinsicht.

Wir konnten drüber sprechen, wir konnten überlegen. Ja? Die Ergotherapeuten haben immer wieder 'nen Hinweis gegeben. Wir haben Hinweise gegeben. Wir haben gesagt »Mensch, wie sieht's denn **damit** aus? Na, wir müssen denen auch vielleicht noch zeigen, was es für Möglichkeiten gibt«. Weil LTA kann man zum Beispiel auch für 'nen Arthrosenstuhl benutzen, den manche Patienten kriegen, bei entsprechender medizinischer Indikation. Dann haben die gesagt »Ach guck, hamm wa gar nicht auf 'm Schirm. Nehm wa mit rein«. Also war schon/Da hat also jede Profession ihre Gedanken und ihr Wissen mit eingebracht. Und deswegen war das gut. (E1 I\Frau A: 717–727)

In einer Pretest-Einrichtung wird zudem davon berichtet, dass die vormalige ärztliche Leitung zusammen mit Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes eine Gruppe für MBOR-Rehabilitand*innen geleitet hat.

[...] in unserer Klinik, in der [Gruppenname] die der Sozialarbeiter zum Beispiel mit mir zusammen (.), also transdisziplinär dann auch (.) hält (.). (E01 I\ärztliche Leitung: 56–58)

Obwohl es unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte für die ärztliche Leitung und die Sozialarbeiter*innen gab, wurden einige Teile des Gruppenangebotes gemeinsam moderiert wie zum Beispiel die Vorstellungsrunde, in die sich der*die Sozialarbeiter*in und ärztliche Leitung ebenfalls aktiv eingebracht haben.

Wie eingangs erwähnt ist die organisatorische Präsenz eng verbunden mit der Einbindung des Sozialdiensts in den Reha-Prozess. Dementsprechend macht sich eine geringe Präsenz in diesem Bereich dadurch bemerkbar, dass Sozialarbeiter*innen nicht gut in diesen eingebunden werden. Dadurch können potentielle Handlungsspielräume versäumt und damit einhergehend Bedarfe von Rehabilitand*innen gar unentdeckt bleiben und damit auch nicht adressiert werden. Folgendes Beispiel illustriert eine solche ausbleibende Einbindung, die jedoch kurz vor Maßnahmenende entdeckt wurde.

Also schön wär's, wenn (.) teilweise das einfach 'n Prozess ist, an dem wir beteiligt werden, dass es nicht irgendwie am vorletzten Tag auf einmal heißt, wir müssen noch 'ne Wiedereingliederung machen. (.) Weil das dann vorher irgendwie halt (.) nie Thema war oder so. Weil wir ja am letzten Tag eigentlich dem Kostenträger gegenüber (.) verpflichtet sind zu sagen, was passiert am Ende. Und ich kann ja nicht von 'nem Arbeitgeber erwarten, dass ich ihn jetzt anrufe und fünf Minuten später habe ich dann die unterschriebene Wiedereingliederungsbestätigung und kann alles weiterleiten. (E4 I\ Frau A: 659–669)

Im dargestellten Fall berichtet die Sozialarbeiterin davon, dass sie nicht frühzeitig über Entscheidungen der Ärzt*innen informiert wurde. Da sie jedoch an der Koordination der Umsetzung einer StW beteiligt ist, benötigt sie frühzeitig Informationen über derartige Empfehlungen, um entsprechende Akteur*innen einzubinden. Ihre Aussage lässt vermuten, dass es sich hierbei nicht um einen Einzelfall handelt und nicht von einer regelhaften frühzeitigen Einbindung gesprochen werden kann. Letztere lässt sich durch die Informationsweitergabe der Ärzt*innen konkretisieren.

In einer weiteren Einrichtung, bei der die Einbindung des Sozialdiensts in den Reha-Prozess eingeschränkt ist, findet sich eine zur restlichen Reha-Einrichtung querliegende Organisation des Sozialdienstes. In entsprechender Reha-Einrichtung werden sämtliche eingehenden Fälle zwischen den Sozialdienstmitarbeiter*innen verteilt. Dieses Verfahren ist in der sonst nach Indikationen und Stationen unterteilten Einrichtung nicht bekannt und führt zu Unstimmigkeiten, da Ärzt*innen gerne feste Ansprechpartner*innen für ihre Anliegen hätten.

d) Gedankliche Präsenz

Im einleitenden Kapitel zur Entwicklung der Kategorie der Präsenz wurde der Begriff des *gedanklichen Themenportfolios* eingeführt. Dahinter verbirgt sich, dass die Mitglieder des Reha-Teams Themen, die in das Aufgabenfeld des Sozialdiensts fallen, gedanklich präsent haben. Entsprechend besteht die Möglichkeit, dass die Teammitglieder beim Aufkommen jener Themen die Expertise der Sozialarbeiter*innen einholen beziehungsweise Rehabilitand*innen an diese direkt verweisen. In E2 kann als Bedingung für dieses gedankliche Themenportfolio die tägliche, aktive Teilnahme der Sozialarbeiter*innen an Teamsitzungen angeführt werden. Wie bereits beschrieben kann insbesondere bei den Sozialarbeiter*innen Herrn B. und Frau D. im professionellen Kontext ein selbstbewusstes Auftreten festgestellt werden. Sie werden aktiv von anderen Teammitgliedern um Rat gefragt, treffen eigenständig Entscheidungen und geben Prognosen zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ab. In E7 zeigt sich ein ähnliches Bild. Vor allem die erfahrene Sozialarbeiterin, Frau B., genießt ein gutes Standing in der Einrichtung. Sein Büro befindet sich in direkter Nähe zur kaufmännischen Leitung und ist damit auch zentral in der Einrichtung verortet. Neben dieser hohen räumlichen Präsenz in der Einrichtung sind er und seine Kollegin regelmäßig an Teamsitzungen beteiligt. Dabei bringen sie sich aktiv ein und werden im Gegenzug auch aktiv von anderen Teammitgliedern um Rat gefragt.

Der nächste Rehabilitand, der in der Teamsitzung besprochen wird, ist Herr P. Dieser war gestern bei Frau A. im Beratungsgespräch. Ein Physiotherapeut fragt Frau A. direkt, ob der Umzug in die neue Wohnung klappen würde. Frau A. berichtet daraufhin, dass Herr P. ihr erzählt habe, dass er erst im Sommer nächsten Jahres umziehen könne. Um in die neue Wohnung zu gelangen, müsse er allerdings auch vier Stufen gehen. Herr P. habe ihr aber erzählt, dass dies kein Problem sei, da er große Fortschritte in der Klinik gemacht habe. Der Physiotherapeut entgegnet jedoch, dass Herr P. noch nicht gelaufen sei, sondern lediglich stehen könne. Frau A. fragt nach dem konkreten Ziel der Behandlung und fügt anschließend fragend hinzu: ›Transferfähigkeit?‹ Der Physiotherapeut bestätigt sie. Frau A. fragt bei den Ergotherapeutinnen nach, ob diese die Treppensteighilfe angesprochen haben. Eine Ergotherapeutin antwortet, dass die Hilfsmittelversorgung je nach Wohnsituation von Herrn P. gestaltet werden sollte. Diese war sowohl den Ergo- als auch den Physiotherapeut*innen noch nicht abschließend bekannt. Frau A. gibt an, dass sie eher mit der jetzigen Wohnung planen sollen. Sie fragt nach, ob die

Treppensteighilfe auch bis ins 3. OG, in dem Herr P. lebe, reiche. Die Ergotherapeutin erklärt kurz wie das Hilfsmittel funktioniert und bejaht damit Frau A.'s Frage. (E7 BP\NaSII: 98–117)

Das obengenannte Beispiel ist ein Auszug aus einem Beobachtungsprotokoll, das von einer Sitzung des Teams der Frührehabilitation angefertigt worden ist. In dieser Sitzung sind beide Sozialarbeiter*innen, und damit der komplette Sozialdienst von E7, anwesend. Bei Herrn P. handelt es sich um einen Rehabilitanden von Frau A., der jüngeren Kollegin des bereits erwähnten Herrn B. Frau A. wird konkret von dem behandelnden Physiotherapeuten von Herrn P. nach dessen Wohnsituation gefragt. Die Frage des Therapeuten lässt darauf schließen, dass er weiß oder zumindest annimmt, dass Frau A. über die Wohnsituation des Rehabilitanden Bescheid weiß. Er stellt die Frage direkt an sie und kein anderes der anwesenden Teammitglieder. Daraus kann geschlossen werden, dass – um das Wording des gedanklichen Themenportfolios beizubehalten – das Thema Wohnen beziehungsweise die aktuelle Lebenssituation in seiner Wahrnehmung ein Thema des Sozialdienstes ist. Eine andere Erklärung wäre, dass er und Frau A. im Vorfeld darüber gesprochen haben, dass sie mit Herrn P. einen Beratungstermin hat, in dem sie das Thema des potentiellen Umzugs ansprechen wird. Im gesamten Verlauf der Teamsitzung spricht die Sozialarbeiterin jedoch auch an anderer Stelle Themen an, die mit der Wohnsituation von Rehabilitand*innen zusammenhängen. Dies bekräftigt wiederum die These rund um das existierende Themenportfolio. Im weiteren Verlauf dieser Sequenz wird ersichtlich, dass der Rehabilitand Inkonsistenzen hinsichtlich seiner körperlichen Leistungsfähigkeit und seiner geteilten Wahrnehmung davon zeigt. So erzählt er Frau A., dass er weitaus leistungsfähiger sei, als er sich in der Physiotherapie zeige. Frau A. erkundigt sich an dieser Stelle nach dem Ziel der Physiotherapie, wobei sie selbst eine Vermutung äußert, die ihr bestätigt wird. Dabei ist auffällig, dass sie Begrifflichkeiten der jeweils anderen Profession verwendet. Im weiteren Verlauf wendet sie sich zudem an die Vertreterin der Ergotherapie mit konkreten Fragen zu einem Hilfsmittel und dessen Passung zur Wohnsituation von Herrn P. Aus der Sequenz lässt sich ableiten, dass die beteiligten Professionen jeweils ein Verständnis und Wissen über Aufgabenbereiche und Kompetenzen der jeweils anderen Professionen haben. Dies umschreibt letztlich die Kategorie der gedanklichen Präsenz, mit der das kongruente Wissen der anderen Reha-Teammitglieder über die Aufgaben und Kompetenzen der Sozialdienste gemeint ist.

Sie hängt dabei eng mit den anderen drei Formen der Präsenz zusammen und kann als Konsequenz dieser verstanden werden.

Sollte kein kongruentes Wissen über Aufgaben und Kompetenzen der Sozialdienste bei den anderen Teammitgliedern vorhanden sein oder gar falsche Vorstellungen darüber vorherrschen, wie im Beispiel unten beschrieben, kann von einer eher niedrig ausgeprägten gedanklichen Präsenz gesprochen werden.

Weil halt oftmals von den Ärzten halt auch ausgeht, ja, der Sozialdienst kann ja alles **machen**. Und wir können **Wohnungen** suchen und wir können, weiß ich nicht, beim Arbeitsamt irgendeine Anträge für die bearbeiten. Und ich weiß es nicht. Die haben da wirklich kuriose Vorstellungen teilweise von unserer Arbeit. (E6 I\Frau D: 393–398)

In E6, aus der der Interviewausschnitt stammt, konnte zum Zeitpunkt der Erhebung eine eher gering ausgeprägte Präsenz festgestellt werden. Wie weiter oben bei der organisatorischen Präsenz angeführt, wurden die Fälle in der Einrichtung indikations- und stationsunabhängig unter den Sozialarbeiter*innen verteilt. Zudem nahm der Sozialdienst zum Zeitpunkt der Erhebung nicht regelmäßig an den Teamsitzungen teil beziehungsweise gab es für den Bereich der Neurologie keine interprofessionellen Teamsitzungen. Hinsichtlich der Verortung der Räumlichkeiten lässt sich feststellen, dass die Büros der Sozialarbeiter*innen zwar auf einem Flur lagen, jedoch in einem extra Trakt in der Einrichtung und damit nicht zentral gelegen waren.

Die in dem Interviewausschnitt berichtete Vorstellung seitens des ärztlichen Personals, dass der Sozialdienst Wohnungen für die Rehabilitand*innen suchen könne, wird im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung noch einmal zum Thema. Aufgrund der Projekterhebung und dem Wunsch der Forschenden, Teamsitzungen begleiten zu können, nimmt die Sozialarbeiterin Frau D. an einer ärztlichen Teamsitzung teil. Einzelne Sozialdienstmitarbeiter*innen nehmen an diesen in unregelmäßigen Abständen bei Bedarf teil. In erwähnter Teamsitzung spricht Frau D. einen Arzt im Auftrag ihrer Kollegin, Frau B., an.

Bevor die Teamsitzung offiziell anfängt, wendet sich Frau D. an einen teilnehmenden Arzt: »Ich soll Ihnen etwas von Frau B. ausrichten. Die obdachlose Patientin – wir sind nicht zuständig dafür, ihr eine Wohnung zu suchen, das können wir nicht leisten. Wir können nur an entsprechende Stellen vermitteln.« Der Arzt gibt zunächst an, dass die besagte Rehabilitandin nicht

mehr seine Patientin sei. Anschließend wirkt er auf mich (Beobachterin NaS) beschwichtigend, indem er sagt, dass er wisse, dass der Sozialdienst keine Wohnung für die Rehabilitandin finden könne. Sein Anliegen sei viel mehr gewesen, dass der Sozialdienst schon einmal berate und an weiterführende Stellen vermittele. (E6 BP\NaSl: 522–531)

In der Konfrontation mit den falschen Vorstellungen über Aufgaben der Sozialdienste lenkt entsprechender Arzt ein und relativiert seine Aussagen. Das teilweise inkongruente Wissen der Teammitglieder in E6 kann seine Gründe in den beschriebenen Teilbereichen der Präsenz, die nicht hoch ausgeprägt sind, haben. Anzumerken sei an dieser Stelle, dass die fehlenden interprofessionellen Teamsitzungen der Neurologie noch ein Relikt der Corona-Pandemie waren. Hinzukommt, dass sich der Sozialdienst vor wenigen Jahren personell komplett erneuert hat und keiner der Sozialarbeiter*innen länger als drei Jahre in E6 angestellt war.

iii) Resümee

Die Entwicklung der Kategorie der *Präsenz der Sozialdienste* hat sich erst im Fallvergleich vollzogen. Auffällig war, dass Sozialarbeiter*innen über die unterschiedlichen Einrichtungen hinweg unterschiedlich in die interprofessionellen Teams und die Einrichtungen selbst eingebunden waren. In diesem Sinne besaßen sie auch eine unterschiedliche *Gegenwärtigkeit* bei den Team-Mitgliedern.

Anhand der vier Indikatoren (a) *personelle*, (b) *kulturelle*, (c) *organisatorische* und (d) *gedankliche Präsenz* konnten die verschiedenen Facetten der sogenannten *Präsenz der Sozialdienste* aufgezeigt werden. Dabei sind diese nicht losgelöst voneinander, sondern bedingen sich gegenseitig. Beispielsweise kann in Konzepten (c) festgehalten sein, dass Sozialarbeiter*innen obligatorisch an interprofessionellen Teamsitzungen (a) teilnehmen müssen. Dies kann bei aktiver Einbringung der Sozialarbeiter*innen (a) dazu führen, dass ihr Standing beziehungsweise ebenso ihre Bedeutsamkeit (b) in der Einrichtung gefördert wird. Durch die regelmäßige, aktive Teilnahme an den Teamsitzungen (a) und durch die entsprechend vorliegenden Konzepte (c) kann in Konsequenz ein kongruentes Wissen bei den anderen Professionen über ihre Aufgaben und Kompetenzen aufgebaut und gestärkt werden (d).