

Selbstwahrnehmung und Außensicht

Die Kontextualisierung von Klinischer Sozialer Arbeit innerhalb interdisziplinärer Zusammenarbeit in stationären, rehabilitativen Einrichtungen in Süddeutschland

Self-Perception and External View

The Contextualization of Clinical Social Work within Interdisciplinary Cooperation in Inpatient, Rehabilitative Institutions in Southern Germany

Masterarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts in Social Sciences

Der Fachhochschule FH Vorarlberg

Masterstudiengang Klinische Soziale Arbeit

Vorgelegt von:

Anke Mirjam Argast, BA

Personenkennzeichen:

2010584013

Betreuungsperson:

Dr. Heinz Wilfing

Eingereicht am:

30.11.2022

Kurzfassung

Diese Arbeit verfolgt das Interesse, Einblicke in die Kontextualisierung Klinischer Sozialer Arbeit zu geben, die im rehabilitativen, stationären Setting in Rehabilitationseinrichtungen in Süddeutschland angesiedelt ist. Zu Beginn wird die Entwicklung Klinischer Sozialer Arbeit mit ihren sozialtherapeutischen und sozialpsychologischen Ansätzen sowie das Forschungsfeld Rehabilitation betrachtet. Darauf folgt die Formulierung der Forschungsfrage, in dessen Fokus die Erkundung des Erlebens Klinischer Sozialer Arbeit und Klinischer Psychotherapie im Setting steht. Von Interesse sind vorzufindende Kontextbedingungen sowie mögliche Überschneidungen von Zuständigkeiten und Kompetenzen innerhalb der Interdisziplinarität. Die Befragung der Professionen erhebt die Perspektiven über Einschätzungen, Haltungen und das Tätigkeitsverständnis im Arbeitsalltag aus der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Zuletzt werden die Ergebnisse zusammengeführt und um die evidenzbasierte Perspektive ergänzt. Durch den Vergleich wird deutlich, dass Klinische Soziale Arbeit im Forschungsfeld als unentbehrlich angesehen wird. Sie kann Klient:innen aufgrund ihrer bestehenden Expertise und sozial-interventiven Angeboten bei der Lebensbewältigung in deren Lebenswelt unterstützen sowie eine selbstbestimmte Lebensführung und gesellschaftliche Integration und Teilhabe ermöglichen.

Schlüsselbegriffe

Klinische Soziale Arbeit

Rehabilitation

Interdisziplinarität

Selbst- und Fremdwahrnehmung

Setting

Sozialtherapie

Sozialpsychologie

Abstract

This thesis pursues the interest to give insights into the contextualization of Clinical Social Work, which is in the rehabilitative, inpatient setting in rehabilitation facilities in Southern Germany. At the beginning, the development of clinical social work with its socio-therapeutic and socio-psychological approaches as well as the research field of rehabilitation will be considered. This is followed by the formulation of the research question, which focuses on the exploration of the experience of clinical social work and clinical psychotherapy in the setting. Of interest are the existing contextual conditions as well as possible overlaps of responsibilities and competences within the interdisciplinarity. The questioning of the professions will collect the perspectives on assessments, attitudes, and the understanding of activities in the everyday work from the self-perception and the perception by others. Finally, the results are combined and supplemented by the evidence-based perspective. Through the comparison it becomes clear that clinical social work is seen as indispensable in the research field. Due to its existing expertise and social-interventive offers, it can support clients in coping with life in their living environment and enable them to lead a self-determined life and to integrate and participate in society.

Keywords

Clinical social work

Rehabilitation

Interdisciplinarity

Self-perception and perception by others

Setting

Social therapy

Social psychology

Inhaltsverzeichnis

1	Kontextualisierung Klinischer Sozialer Arbeit	1
1.1	Profession der Vielfalt	1
1.2	Zum Stand der Forschung	2
1.3	Forschungsfragen	3
1.4	Problemstellung	4
1.5	Struktur und Aufbau der Arbeit	5
1.6	Zur Sprache dieser Arbeit	5
2	Soziale Arbeit im deutschsprachigen Raum	6
2.1	Entwicklung der Disziplin und Profession	6
2.2	Berufliche Identität und Abgrenzung	8
2.3	Aktueller Entwicklungsstand	10
2.3.1	Grundhaltungen klinisch-sozialer Arbeit	10
2.3.2	Bio-psycho-soziales Modell	11
2.3.3	Salutogenetische Grundhaltung	11
2.4	Werte und Haltungen	14
3	Rehabilitation und Interdisziplinarität	15
3.1	Wiedereingliederung	16
3.1.1	Die Person-in-Environment Perspektive	18
3.1.2	Berufsgruppen in der Rehabilitation	20
3.1.3	Interdisziplinarität	21
3.1	Psychotherapie und Klinische Psychologie	22
4	Bezugswissenschaft Sozialpsychologie	23
4.1	Entstehung psychosozialen Erlebens	23
4.2	Soziale Psychotherapie	24
4.3	Sozialinterventionale Psychotherapie	25
4.4	Sozialtherapie als Handlungskonzept	25
4.4.1	Konzept und Handlungsarten	26
4.4.2	Aufgaben von Sozialtherapie	28
4.4.3	Ziele von Sozialtherapie	29
4.5	Selbst- und Fremdwahrnehmung	30

5	Forschungsdesign	33
5.1	Forschungsinteresse	33
5.2	Zieldefinition	34
5.3	Forschungsfragen	35
5.4	Das Expert:inneninterview	36
5.5	Das Sampling	37
5.5.1	Erstellung des Kodierleitfadens	41
5.6	Inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse	42
5.6.1	Kategoriensystem	43
5.7	Forschungsethik	44
6	Darstellung der Ergebnisse	45
6.1	Selbstwahrnehmung	45
6.1.1	Bedingungskontext	46
6.1.2	Prinzipielle und wertmäßige Grundsätze und Irritationen	53
6.1.3	Therapienahe Interventionen	56
6.2	Darstellung der Ergebnisse Fremdeinschätzung	60
6.2.1	Bedingungskontext	60
6.2.2	Prinzipielle und wertmäßige Grundsätze und Irritationen	65
6.2.3	Psychotherapeutische Interventionen	68
7	Zusammenführung, Interpretation und Diskussion	70
7.1	Ergebnisse aus dem Bedingungskontext	70
7.2	Ergebnisse zu Grundsätzen und Irritationen	77
7.3	Ergebnisse der therapienahen Interventionen	80
8	Fazit und Ausblick	83
8.1	Reflexion der Gütekriterien	83
8.2	Limitationen der Arbeit	85
8.3	Zur linguistischen Dynamik dieser Arbeit	86
9	Literaturverzeichnis	1

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Johari-Fenster von Eremit; Weber 2016.....</i>	<i>S. 32</i>
<i>Abbildung 2: Auszug aus dem Kodierplan.....</i>	<i>S.43</i>
<i>Abbildung 3: Hauptkategorien der ersten Hauptkategorie.....</i>	<i>S.45</i>
<i>Abbildung 4: erste Hauptkategorie mit Subkategorien.....</i>	<i>S.45</i>
<i>Abbildung 5: zweite Hauptkategorie mit Subkategorien.....</i>	<i>S.53</i>
<i>Abbildung 6: dritte Hauptkategorie mit Subkategorien.....</i>	<i>S.56</i>

Eidesstattliche Erklärung:

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Stellen sind als solche kenntlich gemacht. Die Masterarbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

„Der Mensch ist immer schon ausgerichtet und hingeordnet auf etwas, das nicht wieder er selbst ist, sei es eben ein Sinn, den er erfüllt, oder anderes menschliches Sein, dem er begegnet.“

(Viktor Frankl)

1 Kontextualisierung Klinischer Sozialer Arbeit

Dieses erste Kapitel zeichnet ein Bild der noch jungen Fachprofession Klinischer Sozialer Arbeit, die eine Spezifikation der klassischen Sozialen Arbeit ist. Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Sozialer Arbeit, Sozialpädagogik und Klinischer Sozialer Arbeit, werden aufgezeigt, sowie der aktuelle Stand der Forschung. Dem Interesse, Übereinstimmung von theoretischen und praktischen Entwicklungsschritten zu ergründen, wird nachgegangen. Neben den Traditionslinien Klinischer Sozialer Arbeit wird auch im späteren Verlauf der Arbeit auf aktuelle, evidenzbasierte Wissensbestände zur Thematik eingegangen.

1.1 Profession der Vielfalt

Diese Arbeit, die im Rahmen des Masterstudiengangs Klinische Soziale Arbeit an der Fachhochschule Vorarlberg erstellt wurde, befasst sich mit der Kontextualisierung Sozialer Arbeit in stationären, rehabilitativen Einrichtungen in Süddeutschland. Gegenstand der Forschung sind die Perspektiven Selbstwahrnehmung, Außensicht und Evidenzbasierung von Fachpersonen Klinischer Sozialer Arbeit innerhalb ihres beruflichen Erlebens sowie ihrer Berufskolleg:innen.

Nachfolgend wird die Klinische Soziale Arbeit (im Folgenden abgekürzt als KlinSA) als eigenständige Profession und Disziplin beschrieben. Sie basiert im deutschsprachigen Raum auf einer langen Tradition und vertritt das Mandat, unter Verwendung von wissenschaftlich fundiertem Wissen sozialtherapeutisch zu behandeln, zu beraten und zu unterstützen. KlinSA hat die Zielgruppe von schwer zu erreichenden Menschen in multiproblembelasteten Lebenslagen und Lebensweisen, die auch als „hard-to-reach-Klientel“ bezeichnet werden. Auch KlinSA begleitet, berät und behandelt, wobei die Sozialtherapie als eine der Kernkompetenzen von KlinSA angesehen wird, worauf in Kapitel 4.4 noch genauer eingegangen wird.

Wenn im empirischen Teil dieser Arbeit die Rede von Fachpersonen oder Vertreter:innen der KlinSA ist, sind damit die Mitarbeiter:innen des Sozialdienstes in den beforschten Rehakliniken gemeint. Diese Bezeichnung richtet sich nicht ausschließlich nach dem Vorliegen einer spezialisierten, klinischen Ausbildung, sondern auch nach dem Tätigsein im Forschungsfeld. Aufgaben von KlinSA:innen werden in der Verbesserung der individuellen Passung der Lebenssituation von Klient:innen in ihre Lebenswelt verstanden, welche aufgrund von vorhergehender Krankheit oder gesundheitlicher Beeinträchtigung eingeschränkt ist. Erreicht werden soll die Passung mittels psycho-sozialer Beratung, der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und durch die Aktivierung von umweltbezogenen Ressourcen und sozialer Unterstützung, wie von Pauls (2013, ab S.16) beschrieben.

Die Entwicklung eines Selbstkonzepts entsteht nicht ohne soziale Interaktionen mit anderen Menschen (Aronson u.a. 2010, S. 174). Die Bedeutung der Auseinandersetzung mit anderen Menschen wird hervorgehoben da es ohne diese kein klares Selbstbild geben kann.

Die Selbstwahrnehmung einer Person hängt von ihrer individuellen Persönlichkeit und von der Wahrnehmung anderer Personen im sozialen Umfelds ab. Diese wirkt sich auf die berufliche Identität aus, weshalb in dieser Arbeit eine weitere Perspektive von beruflich relevanten „Anderen“, die der Klinischen Psychotherapeut:innen (im Folgenden abgekürzt mit KlinPSY) hinzugefügt wird. Die Außensicht durch relevante Andere soll berufliche Wahrnehmung klarer erkennen lassen.

Für die KlinSA kann ein klareres Selbstbild auch durch die Abgrenzung zu anderen psychosozialen Berufsgruppen und ein Definieren von Schnittstellen entstehen. Ein immer klarer werdendes, inneres und äußeres Selbstverständnis und Berufsbild enthält neben dem aktuellen Stand im besten Fall auch Ideen zur Entfaltung von Potentialen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten.

1.2 Zum Stand der Forschung

Die Klinische Soziale Arbeit als gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit wurde in den letzten Jahren auf unterschiedlichen Ebenen und in verschiedensten Handlungsfeldern etabliert und ausgestaltet. Zu erkennen ist dies bspw. in der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften, durch die Initiierung von Arbeitskreisen, Verlägen und Berufsiniciativen - wie z.B. der Gründung der Zentralstelle Klinischer Sozialarbeit 2001, der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit 2012, oder dem European Centre for Clinical Social Work. sowie durch Forschung und Publikationen. Hierdurch konnte die KlinSA ihren Platz im wissenschaftlichen Kontext festigten.

Darüber hinaus sind Entwicklungen hinsichtlich der spezifischen Expertise sowie durch berufspolitisches Engagement zu verzeichnen. (Mühlum in Kröger; Hahn; Gahleitner 2022, S. 19ff) Auch an der Durchsetzung eines eigenen Berufsgesetzes für die Soziale Arbeit wird derzeit gearbeitet (Pflegerl; OBDS 2022, S. 14).

Die Notwendigkeit von Sozialtherapie auf Basis von KlinSA neben der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung kann hinsichtlich der vorzufindenden Zahlen psychischer Erkrankungen und damit benötigter psychosozialer Beratung und Begleitung argumentiert werden: Schätzungen zufolge leben in der Bundesrepublik Deutschland zwischen 500.000 bis zu eine Millionen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen (Deloie, Lammel in Kröger; Hahn; Gahleitner 2022, S. 30).

Eine Zunahme von psychischen- und Verhaltensstörungen von 211.216 Patient:innen insgesamt in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ist im Jahr 2020 zu verzeichnen.

Diese stellt die drittgrößte Population, die nach den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes und Krankheiten des Kreislaufsystems, dar.(Statistisches Bundesamt 2022).

Zahlreiche technische Fortschritte ermöglichen Menschen in den entwickelten Industriestaaten ein längeres und zugleich gesünderes Leben. Diese Tatsache und demografische Entwicklungen beinhalten eine steigende Zahl von alternden und damit auch pflegebedürftigen Menschen.(Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit, Konsumentenschutz 2019, S. 6) Die Zunahme von chronischen und psychischen Erkrankungen, welche nicht nur mit der höheren Lebenserwartung einher geht, bedeutet einen höheren Bedarf medizinischem- und Pflegepersonal (Franke 2020, S. 159), was auch zu höherer Nachfrage von Sozialer Arbeit im Gesundheitssystem führt. Auf diese Entwicklungen müssen sozialpolitische Antworten gefunden werden, um auch alternden oder kranken Menschen ein Leben in Würde und Achtung zu ermöglichen.

In der Theorie und Forschung wurde bereits viel an einem klaren Selbstverständnis der vertiefenden Fachrichtung KlinSA gearbeitet und erreicht (Gahleitner; Mühlum 2010, S. 55) Es stellt sich nun die Frage, inwieweit dieses Selbstverständnis zu den Fachkräften, die in der Praxis anzutreffen sind, durchgedrungen ist.

1.3 Forschungsfragen

Daher stellt sich an dieser Stelle die zentrale Forschungsfrage:

„Wie nehmen KlinSA:innen ihre professionelle Rolle im Forschungsfeld stationärer, rehabilitativer Settings in interdisziplinärer Zusammenarbeit in Süddeutschland wahr und wie werden sie von relevanten Berufskolleg:innen wahrgenommen?“

Folgende Unterfragen lassen sich ausgehend von der Hauptfrage formulieren:

- Welche Kontextbedingungen finden KlinSA:innen im Forschungsfeld Rehabilitation vor?
- Wie positionieren sie sich innerhalb interdisziplinärer Teams und wodurch unterscheiden sie sich von den anderen Professionen, wie grenzen sie sich von ihnen ab?
- Wie werden die Zuständigkeiten, Kompetenzen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit aus den Perspektiven der Selbst- und Fremdwahrnehmung beschrieben?

- Welches fachtheoretische Wissen liegt dem beruflichen Handeln KlinSA:innen zugrunde und welche wertmäßigen und prinzipiellen Grundsätze bilden dafür die Grundlagen?
- Geben KlinSA:innen an, dass sie therapeutisch tätig sind oder dies sein könnten?
- Welche Arbeitsaspekte werden von eher KlinSA:innen günstig, welche eher ungünstig eingeschätzt?
- Welche möglichen Fehler werden von KlinSA:innen benannt?
- Welche Erkenntnisse würden KlinSA:innen aus ihrem bisherigen Berufserfahrungen an Berufseinsteiger:innen weitergeben?
- Inwiefern können die Ergebnisse mithilfe der evidenzbasierten, dritten Perspektive, für die Klient:innen KlinSA nutzbar gemacht werden?

1.4 Problemstellung

Die sogenannte „Therapeutisierung Sozialer Arbeit“, die in den 1970/1980er Jahren innerhalb der Sozialarbeitswissenschaft stattfand (Dörr; Kratz 2020), wurde und wird durchaus auch in den eigenen Reihen als kritisch betrachtet, da die Berufung auf (psycho-)therapeutische Ansätze als Mangel an eigener, beruflicher Identität und sozialarbeiterischer Professionalisierung gesehen werden kann. Auch war bereits von der Nicht-Zugehörigkeit zur Psychotherapie in der Sozialen Arbeit die Rede bei gleichzeitiger Betonung der Wichtigkeit von sozialtherapeutischem Handeln in der Sozialen Arbeit.

Aus den im Forschungsstand (Kap. 1.2) beschriebenen Häufungen von psycho-sozialen Problemlagen in der Bevölkerung ergibt sich ein ständig wachsender Bedarf von passenden Hilfsangeboten. Die KlinSA ist aufgrund ihrer Expertise imstande, dazu einen Beitrag zu leisten.

Hinsichtlich der beruflichen Rolle sowie der Identität von Praktiker:innen KlinSA bestehen jedoch nach wie vor große Unsicherheiten (Ohling 2022). Einen Beitrag an Klarheit zu leisten, wie sich KlinSA:innen sehen und wie sie von relevanten Berufskolleg:innen gesehen werden ist das Vorhaben dieser Forschungsarbeit. Daher soll in die beruflich vorzufindenden Bedingungen und Vorgaben Einblick genommen und mit dem Stand der Theoriebildung und Forschung abgeglichen werden.

Nicht eine rein theoretische Erörterung steht dabei im Vordergrund, sondern ein Abgleich mit den tatsächlich vorzufindenden Bedingungen in der Praxis. Dieser Vergleich versteht sich diese Arbeit als Beitrag zur weiteren Etablierung und Verbesserung der Positionierung Klinischer Sozialer Arbeit. Die Eigenständigkeit und Einzigartigkeit von KlinSA als eine der jüngsten Disziplinen soll hervorgehoben werden.

Ausgehend von der empirischen Forschung, die die Aufgabe hat, für die Praxis eine wissenschaftlich fundierte Basis zu schaffen (Steiner; Ehrhardt 2021, S. 13), findet eine Auseinandersetzung der verschiedenen Sichtweisen aus der Selbst- und Fremdwahrnehmung und der evidenzbasierten Perspektive statt, anhand derer weiterführende, praxisbezogene Ansätze für die Handlungswissenschaft Klinische Soziale Arbeit abgeleitet werden sollen.

1.5 Struktur und Aufbau der Arbeit

Diese Arbeit besteht aus acht Kapiteln, die im Zuge des Masterstudienganges Klinische Soziale Arbeit entstanden sind. Sie beinhalten einen theoretischen und einen empirischen Teil. In den ersten vier Kapiteln werden die theoretischen Vorüberlegungen getroffen, Begriffe definiert und die Forschungsfragen herausgearbeitet. Der empirische Teil beinhaltet die Auseinandersetzung mit den Dimensionen der Fragestellung anhand methodischer, regelgeleiteter Vorgehensweisen, wie die Erhebung der Sichtweisen von in der Praxis tätigen Sozialarbeiter:innen anhand semistrukturierter, leitfadengestützter Expert:inneninterviews. Im Anschluss an die Analyse folgen die Interpretation und Diskussion auf Grundlage der zusammengeführten Ergebnisse. Daraus resultierende Konsequenzen für die Soziale Arbeit geben einen Ausblick auf mögliches weiterführendes, professionspraktisches Tätigwerden.

1.6 Zur Sprache dieser Arbeit

Im theoretischen Teil dieser Arbeit ist von Klient:innen KlinSA die Rede, da der Begriff des „Klienten“ häufiger in der Literatur verwendet wird, während im empirischen Teil eher von „Patient:innen“ gesprochen wird. Dieser begriffliche Unterschied ist dem Forschungsfeld geschuldet, da wir es innerhalb dessen mit Rehakliniken zu tun haben. Es sind Adressat:innen mit medizinisch-gesundheitlichen Problemstellungen.

Der professionsbezogene Begriff der „Sozialen Arbeit“ schließt aufgrund des gemeinsamen Berufsbildes auch den Bereich der Sozialpädagogik mit ein. Im theoretischen und empirischen Teil ist demnach von Fachpersonen KlinSA die Rede, nicht nur, wenn diese über eine Ausbildung im Bereich Soziale Arbeit, sondern auch über eine Ausbildung im Bereich Sozialpädagogik verfügen. Von Bedeutung ist die berufliche Tätigkeit innerhalb des Handlungsfelds Gesundheit und Soziales innerhalb der Rehabilitation. Darüber hinaus werden die Begriffe „Soziale Arbeit“ und „Klinische Soziale Arbeit“ synonym verwendet, da letztlich auch gesundheitsbezogene, grundständige Soziale Arbeit gemeint ist, wenn von Klinischer Sozialer Arbeit im Handlungsfeld die Rede ist.

Es wurde auf die gendergerechte Sprache geachtet, um eine Einseitigkeit der Geschlechterbetonung zu vermeiden. Daher wurde bei der männlichen Form des Wortes jeweils mit einem „:innen“ explizit auch die weibliche Form miteingeschlossen.

2 Soziale Arbeit im deutschsprachigen Raum

Dieses Kapitel gibt einen kurzen Überblick über die Entwicklung der Sozialen Arbeit in Deutschland und Österreich. Wenn von Sozialer Arbeit die Rede ist, ist hier immer auch die KlinSA mit ihrem spezifischen psychosozialen Fokus gemeint. Es wird auf die wichtigsten Methoden der Sozialen Arbeit eingegangen und der Zusammenhang von Theorie und Praxis aufgezeigt. Mittels der Beschreibung von Gegenstand, Aufgabe und Kompetenzen wird die berufliche Identität von Sozialarbeiter:innen beschrieben und eine Abgrenzung zu anderen Disziplinen vorgenommen. Anschließend wird auf grundlegende Werte und Haltungen von Sozialarbeiter:innen eingegangen. Die Komponenten des Kohärenzgefühls als elementarer Bestandteil des salutogenetischen Gesundheitsverständnisses KlinSA werden aufgezeigt.

2.1 Entwicklung der Disziplin und Profession

Klinische Soziale Arbeit wird, spätestens seit ihrer Akademisierung im deutschsprachigen Raum im Jahr 2001, sowohl als wissenschaftliche Disziplin wie auch als berufliche Profession angesehen. Seit dieser Zeit entwickelte sich die wissenschaftliche Ausbildung stetig weiter, wurde vielfach methodisch aktualisiert und auf die spezifischen Anforderungen angepasst. Auf der einen Seite gibt es ein breites, wissenschaftliches Fundament theoretischer Grundlagen, welches als objektivierende Strategie für den Umgang mit sozialen Problemen dient. Auf der anderen Seite kommt professionelles, anwendungsorientiertes Wissen in der Sozialen Arbeit nicht ohne praktische, alltagstaugliche Erfahrungen mit Klient:innen aus, weshalb dieses in gleichem Maße gefordert ist. Aus Gründen wie diesen wird die Soziale Arbeit auch als Handlungswissenschaft bezeichnet (Effinger 2021, S. 162).

Sie bedient sich dabei vielfältiger Methoden, wovon die Soziale Einzelfallhilfe, das sogenannte Case-Work, neben der Arbeit an den Umgebungsverhältnissen, die Familien- und Gemeinwesenarbeit und die Arbeit an Sozialreformen als wichtigste Methoden genannt werden können. Das theoretische Wissen, woraus sich die Begründungen und Erklärungen für professionelles Handeln ableiten, kommen aus verschiedenen Bezugswissenschaften aus den Geistes- und Humanwissenschaften, wie auch aus Theorien der Sozialen Arbeit selbst. Sozialarbeitswissenschaft hat Entstehung und Behandlung von sozialen Problemen zum Gegenstand. Klinische Sozialarbeitswissenschaft befasst sich mit der Behandlung von sozialpsychischen Problemlagen, die vermehrt die Einzelfallhilfe im Fokus hat und dabei die Umgebungsfaktoren nicht aus dem Blick verliert, was auch als doppelter Fokus bezeichnet wird.

Keine Praxis ohne Theorie

Seit jeher besteht ein Spannungsverhältnis zwischen Theorie und Praxis, welches überspitzt ausgedrückt in unüberwindbaren, gegenseitigen Vorwürfen von „Weltfremdheit in der Theorie“ und „Losgelöstheit von theoretischen Bezügen in der Praxis“ bezeichnet werden kann. Posch und Pantucek debattieren dazu in ihrem Beitrag „Die Theorie-Praxis-Frage in der Sozialen Arbeit in „Soziale Arbeit zwischen Profession und Wissenschaft“ (Riegler; Hojnik; Posch 2009 S.16) auf wertschätzende Art über die Untrennbarkeit von Theorie und Praxis innerhalb dieser Profession. Zwar gibt es Theorie ohne Praxis, aber nicht im Feld der Sozialarbeitswissenschaft, die eine praxisorientierte Wissenschaft ist. Praxis ohne theoretische Bezüge wird jedoch als bloßes „Werkeln“ angesehen, was im Gegensatz zu bewusstem, reflektierten Handeln steht. Theorie, selbst in Form von Alltagstheorie, befähigt zur Einschätzung dessen, was man sieht, wodurch der Praktiker erst entscheidungs- und handlungsfähig wird. (ebd. S.18) Theoretische Bilder über wünschenswerte Vorstellungen und Ziele, das Nachdenken über Handlungen, Reflexion und Kommunikation bilden demnach die Grundlage für professionelles, sozialarbeiterisches Handeln. Theorie wird somit zur Richtlinie, woran die „gute“ Praxis definiert werden kann. Werden die gewonnenen Erkenntnisse aus der Praxis in die Theorie zurückgeführt, dann mit dem Ziel, „mit und für Klient:innen das richtige zu tun“ (ebd. S.20).

Entwicklungsrückschritte

Die historische Entwicklung Klinischer Sozialer Arbeit, die auf eine mehr als hundertjährige Tradition zurückzuführen ist, ist im deutschsprachigen Raum auch durch große Brüche gekennzeichnet. Die Entwicklung der Praxis und Wissenschaft Sozialer Arbeit unter dem Einfluss des Nationalsozialismus stagnierte, da sie auch stark von engagierten, jüdischen Mitbürger:innen geprägt wurde. Zur Zeit des Naziregimes wurden Sozialarbeitende für die staatliche Kontrolle und Misshandlungen von Menschen missbraucht, bei Widerstand kam es zu Strafen, Vertreibung, Flucht und Vernichtung. Bedeutende jüdische Pionier:innen Sozialer Arbeit, darunter Alice Salomon und Janusz Korczak, hatten mit vielen anderen die Soziale Arbeit bis dahin vorangebracht. Es folgte die Vertreibung, Flucht und Vernichtung vieler Menschen. Am Beispiel Alice Salomon kann aufgezeigt werden, wie kaltblütig und unbarmherzig Dokortitel und Staatsbürgerschaften entzogen werden konnten. Auch verlor Salomon ihre öffentlichen Ämter und wurde schlussendlich zur Auswanderung gezwungen (Digitales Deutsches Frauenarchiv o. J.).

Ein weiteres Beispiel kann hier erwähnt werden, das des polnischen Kinderarztes und Pädagogen Janusz Korczak, Gründer und Leiter eines Waisenhauses für jüdische Kinder. Er war bereit, die ihm anvertrauten Kinder bis in den Tod im Vernichtungslager in Treblinka zu begleiten, obwohl er mehrfach die Gelegenheit gehabt hätte zu entkommen. Unter dem Regime um Hitler und Genossen wurden die Prämissen Sozialer Arbeit pervertiert und zu

nationalsozialistischen Zwecken umfunktioniert, was nicht nur auf die Geschichte der Sozialen Arbeit im deutschsprachigen Raum große Schatten warf.

2.2 Berufliche Identität und Abgrenzung

„Wer sind wir? Welche Werte vertreten wir? Wie können wir diese Werte am besten leben?“ Pattakos (2011, S. 192) stellt diese Fragen hinsichtlich der Suche nach Sinn im beruflichen wie privaten Leben. Er empfiehlt sich Zeit zu nehmen, über diese Fragen nachzudenken, um sich selbst besser kennen zu lernen und die eigene Integrität zu respektieren. Die Antworten auf diese Fragen bringen uns unserer persönlichen wie auch beruflichen Identität und dem Sinn darin näher.

Laut einer kleinen, empirisch durchgeführten Studie (Ohling 2022, S. 15) kann die Frage nach einer gemeinsamen, beruflichen Identität von KlinSA:innen nicht mit einem eindeutigen „Ja“ beantwortet werden. Wobei damit ein Doppeltes - ein Inneres „sich identifizieren mit“ als auch ein Äußeres „identifiziert werden als“ – gemeint ist.

Eine andere wissenschaftliche Studie zur Frage des Selbstverständnisses Klinischer Sozialer Arbeit (Romanowski 2012, S.33) ergab das überwiegende Meinungsbild von Tätigen in Feldern der Klinischen Sozialarbeit, dieser Fachbereich sei unter Angehörigen sozialer Berufe weitgehend unbekannt.

Nicht nur das Vorliegen von gemeinsamen Ausbildungen, Tätigkeitszeiträumen und -feldern bildet die berufliche Identität. Es braucht – insbesondere in der Sozialen Arbeit - gemeinsame Haltungen und Orientierungen, die dem beruflichen Handeln ein Fundament geben. Erst mit dem Vorhandensein eines gemeinsamen Werteverständnisses kann von einem kollektiven beruflichen Selbstverständnis gesprochen werden. Daher wird innerhalb dieser Arbeit der Frage nachgegangen, inwieweit KlinSA:innen ihre persönlichen Werte bewusst als Teile ihrer beruflichen Identität wahrnehmen, inwiefern sie ihre Profession und Disziplin als eigenständig betrachten.

Einem Verständnis von Sozialarbeiter:innen, die sich eher als „ankerlose, vagabundierende Dilettanten“ sehen, wie es Becker-Lenz (2012, S. 19) ausdrückt, soll entgegengewirkt werden. Dass sich Soziale Arbeit mit ihren multiperspektivischen, transdisziplinären Wissensbeständen auf einer breiten Ebene der theoretischen Fundierung befindet, kann aber auch von einer Stärke, die sich aus der Vielfalt ergibt, gesprochen werden. Das Verständnis, einer Profession der Vielfalt anzugehören, belegt eine aktuelle Studie aus Österreich, innerhalb derer sich studentische Forscher:innen in Zusammenarbeit mit dem österreichischen Berufsverband Sozialer Arbeit auf den Weg gemacht haben, berufliche Identitäten von Sozialarbeitenden zu beleuchten (Pollak 2021, S. 13).

Sozialarbeiter:innen gaben laut dieser Studie an, sowohl über eine persönliche als auch über eine berufliche Identität zu verfügen, welche von ihnen als Gerüst von Grund- und Wertehaltung gesehen werden, dazu mehr in Kapitel 2.4.

In einem ähnlichen Kontext werden gesellschaftliche, strukturelle Rahmenbedingungen gesehen, die ebenfalls in Wechselwirkung zu den tatsächlichen beruflichen Tätigkeiten im jeweils spezifischen Handlungsfeld, persönlichen Motiven, und Ausbildungsinhalten stehen. Sowohl Rahmenbedingungen und Qualifikation als auch professionelle und persönliche, bewusste und unbewusste Wertehaltungen wirken sich daher auf das tatsächliche berufliche Handeln aus und verdienen nähere Beachtung.

Gegenstand, Aufgaben, Kompetenzen

Der Gegenstand Sozialer Arbeit sind laut Obrecht und Bernasconi in (Geiser 2007, S. 58ff) soziale Probleme, die auch als mangelnde Einbindung von Personen in ihre soziale Umwelt bezeichnet werden. Diese Probleme führen dazu, dass für die Person auch praktische Probleme entstehen, woraus folgt, dass Rollen, Rechte oder Pflichten nicht (mehr) adäquat wahrgenommen werden können. Ein weiteres Merkmal ist die Unlösbarkeit dieser Probleme für die Person, wenn sie nicht Hilfe von außen bekommt. Soziale Arbeit hat die Kernkompetenzen, soziale Problemlagen mithilfe professioneller Diagnostik zu erheben, zu klassifizieren, diese zu bearbeiten und bei Bedarf an geeignete Stellen zu vermitteln.

Alle bio-psycho-sozialen Aspekte enthalten dabei immer auch Ressourcen. Es ist wichtig, diese in der sozialen Diagnose besonders zu berücksichtigen, da auf den bestehenden Ressourcen aufgebaut werden kann. Biographiearbeit und das Geworden-Sein einer Person zu verstehen ist ein wesentlicher Baustein des ganzheitlichen Verstehens und der Planung weiterer Schritte. Das individuelle Umfeld, welches zur persönlichen Entwicklung eines Menschen beiträgt, ist dabei einzubeziehen und das Verstehen dieser individuellen Vergangenheit trägt zu einem breiteren Verständnis der Problemlagen bei.

Aufgabe von KlinSA ist es, eine Person in ihrem jeweiligen persönlichen Lebensumfeld wahrzunehmen und zu erkennen, welche Möglichkeiten und Beschränkungen darin enthalten sind. Laut Definition der Internationalen Föderation Sozialer Arbeit besteht der Auftrag auch darin, kulturelle Unterschiede zu achten, die Vielfalt der Menschen zu würdigen und die Person stets als Experte ihrer/seiner eigenen Lebenswelt zu verstehen („ethiccodex_ifsw_1.pdf“ 2014). Die lange Tradition der Verpflichtung von Sozialer Arbeit zur Gesundheitsversorgung weist u.a. frühe Bezüge zum Clinical Social Work in den USA oder zu Richmonds Schriften am Beginn des vergangenen Jahrhunderts auf (Ohling 2015, S. 182). Ausgehend von diesem Verständnis verfügt die KlinSA, wie in Kapitel 2.7 näher beschrieben, über Kompetenzen, um auch in schwierigen Beziehungs- und Behandlungskontexten mit Klient:innen zu arbeiten.

2.3 Aktueller Entwicklungsstand

Dieter Röh (2020, S. 6–9) beschreibt eine gewachsene, wissenschaftliche Entwicklung von KlinSA insbesondere innerhalb der letzten beiden Jahrzehnte. Eine engagierte Fach-Community hat fachliche Publikationen, Diskussionen, Fachtagungen, Masterstudiengänge, Gründungen von Gesellschaften, Zeitschriften und vielem mehr hervorgebracht. Mit Stolz könne daher auf das gelungene, von vielen Personen aus der Fachrichtung Klinischer Sozialer Arbeit, gemeinsam Erarbeitete zurückgeblickt werden. Röh merkt jedoch an, dass sich Angebote Klinischer Sozialer Arbeit besonders in medizinischen Bereichen wie der Rehabilitation oder der (Sozial-)Psychiatrie noch nicht richtig durchgesetzt haben. Trotz dem Bestehen von klinisch-sozialarbeiterischer Professionalität seien diese Felder eher unbeeinflusst geblieben. Nach der Einschätzung von Röh fehle hier nach wie vor „die Anerkennung der klinisch-sozialarbeiterischen Kompetenz und Leistungsfähigkeit, sowie die Chance, diese unter Beweis zu stellen“. Enttäuschung über die Reform der Psychotherapeut:innenausbildung wird zum Ausdruck gebracht, welche Sozialarbeiter:innen die Chance verwehre, sich in die Psychotherapie und in „die Idee der Bedeutung des Heilberufes“ einzubinden. Die Tatsache, dass Politik und Anstellungsträger derzeit keine Anstalten machen, Abgänger von Masterstudiengängen Klinischer Sozialer Arbeit mit vereinzelt Ausnahmen dieser Tendenz einzustellen, wird bedauert. Anklingen lässt Röh sogar Zweifel über den Sinn von weiterem, wissenschaftlichen Engagement für die Klinische Soziale Arbeit, da diese in letzter Zeit, auch aufgrund der Pandemie, in der Praxis eher stagniere oder sogar Rückschritte gemacht habe.

2.3.1 Grundhaltungen klinisch-sozialer Arbeit

Sozialtherapeutische Überlegungen haben ein bio-psycho-soziales Verständnis von Gesundheit und Krankheit, innerhalb dessen ein stetes Wechselspiel und aufeinander Einwirken der Systemebenen stattfindet. Auf diesen Ebenen, welche miteinander agieren, können sich sowohl Ursachen als auch Auswirkungen von sozialen Problemen befinden. Der Fokus Klinischer Sozialer Arbeit liegt auf der Passung von Individuum und Umwelt. Unter Passung wird nach Lammel und Pauls (2020, S. 30) ein Ausgewogen-Sein von Anforderungen und Ressourcen zur Bewältigung dieser Anforderungen verstanden. Aus diesem Verständnis heraus ergeben sich fachlich begründete und situationsbezogene, soziale und psychosoziale Interventionsziele. Dabei orientiert sich Klinische Soziale Arbeit stets an den vorhandenen Ressourcen, und jenen, die noch erschlossen werden können.

2.3.2 Bio-psycho-soziales Modell

Der Gesundheitsbegriff, dem sich die Klinische Soziale Arbeit verschrieben hat, ist sowohl ein Ganzheitlicher, als auch Bio-psycho-sozialer. Er schließt Wechselwirkungen mit ein, die sich gegenseitig bedingen, wobei die menschlichen Dimensionen des Biologischen, des Psychologischen und Sozialen gleichermaßen Beachtung finden sollen. Die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit, aber auch von Krankheit, sind auf allen diesen Ebenen zu finden. Mithilfe des bio-psycho-sozialen Modells können diese gegenseitigen Auswirkungen und Wechselwirkungen beschrieben werden (Pauls 2013, S. 38).

So auch ein Krankheitsgeschehen: Sein Ursprung ist nicht nur auf die biologische Ebene zu reduzieren, sondern auch psychische oder soziale Aspekte sind zu beachten und einzubeziehen. Ebenso wie biologische können auch psychische oder soziale Störungen primäre Auslöser für Erkrankungen sein. Ein Meilenstein, der zur Hinwendung eines bio-psycho-sozialen Modells der Gesundheits- und Krankheitsentstehung beitrug, war in Deutschland die verbindliche Anwendung des Klassifikationssystems der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Bundesregierung 2017, S.105). Es umfasst neben der klassischen bio-medizinischen Sichtweise auch persönliche, psychosoziale Faktoren und Lebensumstände, Aktivitäten und Partizipationsmöglichkeiten.

2.3.3 Salutogenetische Grundhaltung

Mit seinem Konzept und der Wortneuschöpfung „Salutogenese“ forderte Aaron Antonovsky Ende der 1970er Jahre eine neue Perspektive auf die bis dahin vorherrschende Sichtweise über Gesundheit und Krankheit. Diese beinhaltet die Frage nach der Entstehung und dem Erhalt von Gesundheit. Das salutogenetische Verständnis von Gesundheit meint dabei nicht die vollständige Abwesenheit von Krankheit, sondern das gleichzeitige Vorhandensein von gesunderhaltenden und krankmachenden Faktoren. Diese stünden demnach in einer dynamischen Wechselbeziehung.

Gesundheit ist somit als relativ anzusehen, als ein Kontinuum, welches ein „sowohl als auch“ zulässt, und welches in jedem Moment des Lebens aktiv gestaltet werden kann und muss. Als stärkende, gesundheitsfördernde Faktoren wird u.a. die Selbstbestimmung genannt, die es einzelnen oder Gruppen ermöglicht, ihre Bedürfnisse zu befriedigen, Hoffnungen und Wünsche zu realisieren, und die Umwelt zu meistern bzw. verändern zu können. (Köppel 2003, S. 16).

Aaron Antonovsky bewegte die Frage, weshalb Menschen trotz potenzieller gesundheitsgefährdender Umstände, wie beispielsweise großem Stress, gesund bleiben können, bzw. sich womöglich gerade deshalb gesund entwickeln. Seit Begründung des

salutogenetischen Gesundheitsverständnisses durch Antonovsky wurde die Salutogenese in interdisziplinärer Zusammenarbeit stets weiterentwickelt. Viele wichtige Erkenntnisse aus der modernen Forschung und aus Praxis und Theorie fließen seitdem in gesundheitsfördernde Entwicklungen ein und stellen einen Gegenpol zur Pathogenese dar, die ihren Fokus auf die Entstehung und Bekämpfung von Krankheiten richtet.

Der salutogenetische Zugang zu Gesundheit und Krankheit bietet einen ressourcenorientierten Gegensatz zur Pathogenese an, welche weit über ärztliche Interventionen und Maßnahmen hinausgeht. Die Klinische Soziale Arbeit bedient sich des Wissens und Verständnisses des salutogenetischen Ansatzes, indem sie nicht nur die Risiko-, sondern auch die Schutzfaktoren zu einem ganzheitlichen Verständnis einholt.

Auch Deloie (2011, S. 149) weist darauf hin, Faktoren der Entstehung von Krankheit und psychosozialer Störungen genügend Beachtung zu schenken, damit das Vorgehen nicht als fahrlässig erklärt werden kann. Insbesondere bei der Arbeit mit dem spezifischen Klientel Klinischer Sozialer Arbeit, welches auch als hard-to-reach Klientel bezeichnet wird, sei dieses Vorgehen angezeigt. Die Ganzheitlichkeit der Sichtweise beeinflusst die gesetzten Interventionen in der Behandlung und bringt auch deren präventiven Anspruch hervor.

Kohärenz

Der Theorie der Salutogenese zufolge hat jedes System seine eigene Kohärenz. Menschen, die mit den sie umgebenden Systemen in Übereinstimmung sind, erleben eine stimmige Verbundenheit und ein daraus resultierendes Wohlbefinden. Ein Einklang von Harmoniebedürfnis und der Ordnungssinn sind ein Ziel.

Kohärenzerleben

Ein wichtiger Begriff im Zusammenhang mit Salutogenese ist das Kohärenzgefühl oder auch Kohärenzerleben, welches eine Übersetzung des englischen Begriffs „sense of coherence“ (SOC) ist. Die ursprüngliche Definition von Antonovsky ist: „Das SOC ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat (...)"(Petzold 2020, S. 203).

Einer qualitativen Interviewanalyse zufolge konnte Antonovsky drei Komponenten des SOC aufzeigen, welche die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Sinnhaftigkeit sind. Diese drei Komponenten werden auch innerhalb dieser Arbeit als berufsbezogene SOC-Kriterien bezeichnet. Diese auch als Fähigkeiten zu sehen, die dabei helfen, das Kohärenzgefühl aufzubauen und zu erhalten, welches eine Grundvoraussetzung für das psychische Wohlbefinden ist.

Verstehbarkeit

Im englischen auch „comprehensibility“, steht für die erste der drei Säulen, auf denen das Konzept der Salutogenese fußt. Darunter wird ein Verstehen von Zusammenhängen und Umständen verstanden, innerhalb derer sich eine Person befindet. Dies beinhaltet neben dem Vorhandensein einer eigenen Theorie über Gegebenheiten auch ein Orientierungsvermögen innerhalb dieser, sowie die ungefähre Vorhersehbarkeit weiterer Geschehnisse und Verhaltens im Zusammenhang.

Handhabbarkeit

Auch „manageability“ genannt, bedeutet die zweite Säule des Kohärenzgefühls. Es beinhaltet die Möglichkeit, aktiv und selbstbestimmt sein und handeln zu können. Die Fähigkeit dazu kann trotz äußerer Einschränkungen und Widrigkeiten, wie es die von Antonovsky erforschte Gruppe von Frauen im KZ erleben mussten, in kleinen, alltäglichen Situationen noch aufrechterhalten und gefördert werden. Der Fokus ist daher auf die noch vorhandenen und wieder zu erlangenden Möglichkeiten als Ressource des Gefühls der Handhabbarkeit gerichtet.

Sinnhaftigkeit

Was aus dem englischen Wort „meaningfulness“ übersetzt wurde, bedeutet ein Gefühl oder die Fähigkeit zum Erleben von Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens und Tuns. Dieses sinnhafte Erleben kann dabei individuell für jeden Menschen anders aussehen. Wird Sinnhaftigkeit erlebt, wirkt sich dies motivierend und aktivierend aus. Das Gefühl wird bestärkt, sich selbst verwirklichen zu können, durch sein Dasein einen Unterschied machen zu können, und dass es sich lohnt, Energie und Aufmerksamkeit in Tätigkeiten zu investieren. Diese dritte Säule des Kohärenzgefühls ist Antonovsky zufolge die wichtigste „hinsichtlich der Motivation zum aktiven Dasein“ (Petzold 2020, S. 8).

Sinnhaftigkeit

Insbesondere Viktor Frankl (1905 – 1997) ist bekannt für seine Beschäftigung mit der Frage nach dem Sinn des Lebens. Er widmete sein Lebenswerk, nachdem er eine Zeitlang verschiedene Konzentrationslager erlebte und überlebte, der Entwicklung der Logotherapie. Diese ist als Suche nach Sinn und Bewältigungsstrategien in allen Lebenslagen zu verstehen. Frankl interessierte insbesondere der Umgang mit schwierigen Lebensereignissen, da auch er und seine Familie neben vielen anderen verachteten und ausgestoßenen Menschen unter dem Naziregime des Dritten Reichs unaussprechliches Leid bis zum Tod am eigenen Leib erleben mussten.

Einige von Frankls Erkenntnissen, u.a. aus dieser Zeit sind in „...trotzdem Ja zum Leben sagen“ (Frankl 1982) niedergeschrieben und verdeutlichen, dass die eigene Einstellung der

Schlüssel ist, trotz Leid nicht zu verbittern, und dass in jedem Augenblick des Lebens eine Freiheit der eigenen Haltung besteht. Erlebnisse, die von außen an uns herankommen, haben nicht das letzte Wort, sondern der Mensch ist es, der auf das Leben zu antworten hat, mit seiner Haltung und der Suche nach Strategien, trotz oder gerade auch in von Leid geprägten Situationen, hilfreiche und lebensbejahende Einstellungen herzustellen und zu bewahren.

Im Rehabilitationskontext kann dies bedeuten, stellvertretend für schwer oder chronisch kranke Patienten die Hoffnung und Lebensqualität wieder neu zu finden und zu formulieren. Aus diesem Grund kann das Arbeiten mit Patienten in der Rehabilitation ein sinnerfülltes Arbeiten bedeuten, weshalb dieser Frage im empirischen Teil dieser Arbeit weiter nachgegangen werden soll.

„Wenn wir begeistert, aufmerksam, großzügig und integer arbeiten, dann begegnen wir dem Sinn.“ (Pattakos 2011, S. 72)

So die Definition für sinnvolles Erleben im Beruf von Pattakos, in Anlehnung an Frankl.

2.4 Werte und Haltungen

KlinSA begegnet in ihrem beruflichen Alltag oft Herausforderungen, die sie auch vor ethisch schwierige Fragen stellt. Beispielsweise haben sie mit Interessenskonflikten umzugehen, indem sie sich im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle befindet. Möglicherweise verfolgen Klient:innen andere Ziele als es Träger von Rehakliniken vorschreiben, wodurch sich Sozialarbeiter:innen manchmal in der Lage sehen, Entscheidungen auf Grundlage anderer Instanzen als der Wünsche ihrer Klient:innen zu treffen.

Wenn also Konflikte zwischen Interessen bestehen, haben Klinischer Sozialer Arbeit das Recht und die Pflicht, sich am dritten Mandat, der Menschenrechte, zu orientieren. In der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ von 1948 (Vereinte Nationen 1948), welches von der Generalversammlung der Vereinten Nationen unter dem Vorsitz von Eleanor Roosevelt verabschiedet wurde, sind alle grundlegenden Werte und Haltungen beschrieben. Hier wird beispielsweise die Achtung der Würde des Menschen, sowie das Recht eines jeden Menschen auf Leben und Schutz genannt.

Weitere Entscheidungshilfen und Richtlinien zur Orientierung in schwierigen ethischen Fragen sind im internationalen „Code of ethics“ des (IFSW; IASSW 2005) beschrieben. Auch dieser basiert auf den Menschenrechten, sowie auf allgemeinen, ethischen Prinzipien für soziale Gerechtigkeit. Angestrebte Ziele sind beispielsweise die Förderung des sozialen Wandels, der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Befreiung von Menschen aus Abhängigkeit und Unterdrückung. Wechselwirkungen, die zwischen Mensch und Umwelt stattfinden, finden hier ebenfalls Berücksichtigung. In ihrem professionellen Planen und Handeln kann sich Soziale

Arbeit auch auf Theorien der Sozialarbeitswissenschaft und den Bezugswissenschaften stützen, wie bspw. der (Sozial-)Psychologie, Soziologie, der Medizin oder den Rechts- und Politikwissenschaften.

Wertewissen

Wertehaltungen und die Orientierung an Werten haben Auswirkungen auf das berufspraktische Arbeiten von Fachkräften und den Umgang mit Klientel. Auch haben Werte richtungsweisenden Charakter darüber, was KlinSA leisten kann, und worin die Ziele in der Arbeit mit Klient:innen bestehen.

Das ethische Fundament von Sozialer Arbeit wird im Ethikcodex des IFSW/IASSW und in den Standards der Berufsverbänden beschrieben. Es definiert die verantwortungsvolle Haltung in ungleichen Machtverhältnissen und thematisiert soziale Gerechtigkeit, die Anerkennung unterschiedlicher Kulturen und gesellschaftlichen Schichten wie auch die größtmögliche Selbstbestimmung von Einzelnen. Ethische Grundsätze schützen dabei sowohl die Würde, das Leben und die Freiheit von Menschen als auch deren Begrenzungen.

Neben fachlicher Vorgaben und Bestimmungen spielen hier auch wertebasierte, persönliche Vorstellungen von Institutionen und Fachkräften hinein. Werte oder Wertewissen, die im empirischen Teil dieser Arbeit erfragt werden, deuten auf dahinter liegende Einstellungen und Haltungen der Genannten im beruflichen Alltag.

Bewusstes, wie auch unbewusst vorhandenes Wertewissen wirkt dabei durch den normativen Charakter handlungsleitend, was für die Klinische Soziale Arbeit im Berufsalltag eine entscheidende Rolle spielt. Innerhalb des Forschungsinteresses dieser Arbeit ist die Frage nach persönlichen Grundsätzen und Prinzipien innerhalb der professionellen Tätigkeit interessant, wie auch die Frage, welche Erkenntnis aus der bisherigen Berufserfahrung oder welche Lebensweisheit zur beruflichen Tätigkeit an einen Neueinsteiger im Berufsfeld weitergegeben würde.

Ergänzend zu den Erhebungen des empirischen Teils fließen aktuelle berufsethische Prinzipien KlinSA (Schlittmaier 2014), auf Grundlage der berufsethischen Prinzipien des DBSH und dem bereits genannten, international gültigen Prinzipien des IFSW/IASSW in die Diskussion mit ein.

3 Rehabilitation und Interdisziplinarität

Um dieser Forschungsarbeit einen praxisbezogenen Rahmen zu geben wurde das Handlungsfeld der stationären Rehabilitation in Kliniken ausgewählt. Dieses Kapitel zeigt den Konsens unterschiedlicher Konzepte und Ziele von Rehabilitationskliniken in Deutschland und Österreich. Es wird aufgezeigt welche Berufsgruppen miteinander innerhalb dieses

Handlungsfelds arbeiten. Beleuchtet werden auch die bestehenden Gesetze, die das Fundament für die Rehabilitationsarbeit bedeuten. Auf den Begriff der Interdisziplinarität innerhalb von Teams in Rehakliniken wird eingegangen. Die Rolle von Sozialer Arbeit innerhalb der Teams, sowie ausgewählte, theoretische Ansätze, die für diese Arbeit als Grundlage dienen, werden aufgezeigt.

3.1 Wiedereingliederung

Rehabilitation meint alle Maßnahmen und Interventionen, die zur Wiedereingliederung einer Person in das gesellschaftliche und berufliche Leben zurückführen, einer körperlich oder geistig kranken / behinderten Person (Duden 2022a). In Deutschland wird sie als „dritte Säule in der Gesundheitsversorgung“ neben der Kuration und Pflege angesehen. Rehabilitation ist eine medizinische Versorgungsmaßnahme, die im Anschluss an Akutbehandlungen in ambulanter sowie stationärer Art in Anspruch genommen werden kann, um eine bessere gesundheitliche Konstitution zu erreichen. Leistungen der Rehabilitation werden aus den Sozialversicherungen finanziert (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt 2022).

Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation in Deutschland bilden die gesetzlichen Grundlagen aus den Sozialgesetzbüchern V bis IX und XI. Hier sind sämtliche Sozialversicherungs-, Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsrechte sowie die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung geregelt (Beck im dtv 2022). Auch in Österreich wird Rehabilitation über die Sozialgesetzbücher geregelt, und die Hauptkosten werden, wie in Deutschland über die Sozialversicherungen abgedeckt. An manchen Stellen wird pro Therapie ein geringer Selbstbehalt berechnet (SMO-Reha GmbH u.a. o. J.).

Konzepte und Leitbilder

In den Konzepten und Leitbildern von Rehabilitationseinrichtungen werden die Würde und das Recht auf Leben in Selbstbestimmtheit trotz möglicher, auferlegter Begrenzungen, Belastungen und Nöte betont. Die Zusammenarbeit in den interdisziplinären Teams soll von Fairness und Akzeptanz geprägt sein (Klinikverbund Allgäu 2019).

Konzepte und Leitbilder bieten dabei Hilfestellung zur Orientierung im alltäglichen Umgang miteinander und bei Entscheidungen. Bei Unsicherheiten und Fragen soll auf das Leitbild der Einrichtung zurückgegriffen werden können, damit diese beantwortet werden können. Das Leitbild ist zugleich Aushängeschild einer Einrichtung, und dieses ist an die Umsetzung der Ziele, die darin beschrieben sind, gebunden.

Auch die Mitarbeitenden einer Einrichtung sollen mit dem Leitbild vertraut sein, und ihr berufliches Handeln daran ausrichten. Was für die Belegschaft gilt, gilt auch für die Patienten,

welchen Konzepten und Leitbildern transparent und zugänglich gemacht werden, beispielsweise durch die Veröffentlichung derer auf Handzetteln und Homepages.

Leitbilder, wie beispielsweise das der Fachklinik Prinzregent Luitpold in Scheidegg, orientieren sich am christlichen Menschenbild, welches von einem vertrauensvollen, offenen Umgang gekennzeichnet ist. Verständnis, Empathie und Toleranz bilden hier eine wertschätzende Grundlage. Eine ganzheitliche Sicht auf Körper, Seele und Geist, und eine Orientierung an der Hoffnung der frohen Botschaft des Evangeliums kann dabei unterstützen, zu einem geistlich sinnerfülltem Leben führen. Dies beinhaltet neben der Gestaltung von individuellen Lebenschancen auch die Entwicklung gemeinschaftsfähiger Persönlichkeitskompetenzen. Offenheit und Transparenz sind dabei unverzichtbare Werte, die die Kommunikationskultur gestalten und dabei Menschlichkeit und Partizipation ermöglichen sollen (Fachklinik Prinzregent Luitpold Scheidegg o.Jhg.).

Als weiterer Aspekt von Leitbildern wird auch der achtsame Umgang mit der Natur als wichtige Ressource für die Gesundheit genannt. Diese dient dem Menschen auch als Erholungsraum, und in dessen Verantwortung liegt es auch, ihn zu schützen und zu erhalten (Nitsch et al. 2019).

Teilhabeförderung

Oberstes Ziel der Rehabilitation ist die Wiederherstellung eines besseren Gesundheitszustands und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aufrechtzuerhalten und zu fördern. Die Bewältigung des Alltags eines Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen steht dabei im Zentrum des Interesses, auch von Sozialer Arbeit in Rehakliniken. Dabei finden auch die beruflichen und sozialen Perspektiven Berücksichtigung (Dettmers; Bischkopf 2019, S. 177ff).

Der Auftrag, der sich an die Soziale Arbeit im Rehabilitationsbereich richtet, ergibt sich aus ihrer salutogenetischen Sichtweise. Diese gesteht auch einem schwerkranken oder chronisch kranken Menschen immer noch gesunde Anteile zu. Diese gesunden Anteile gilt es zu fördern und zu stärken, damit sie erhalten bleiben. Nur so ist eine Aufrechterhaltung von größtmöglicher Selbstbestimmtheit und Autonomie gewährleistet.

Der Auftrag, der sich daraus an Rehakliniken richtet, wird sowohl präventiv als auch klinisch-therapeutisch verstanden. Körperliche und psychisch-emotionale Beeinträchtigungen sollen beseitigt werden oder zumindest verringert, als auch ein gelingenderer Umgang mit ihnen im Alltag gefunden werden. Somit versteht sich Soziale Arbeit in der Rehabilitation als Dienstleister am Menschen, mit dem Ziel, Hoffnungsträger und -vermittler zu sein.

Die zugewandte Fürsorge gilt den Patienten wie auch deren Angehörigen, was auch einen vertrauensvollen Umgang mit deren Ängsten einschließt. Eine effektive Zusammenarbeit mit Kostenträgern, Lieferanten und Zuweisern bildet den Wert der Kooperation. Die Qualität der

Behandlungen, die auf dem neuesten Stand des Wissens sein sollen, werden mittels regelmäßiger Fort- und Weiterbildungen, welche von den Mitarbeitenden besucht werden, gesichert. Auf diese Weise können aktuelle und neueste Erkenntnisse aus Forschung und Wissenschaft in die Arbeitsgestaltung mit einfließen und den Patienten zugutekommen.

Erklärte Ziele von Rehabilitation in Österreich sind die Verbesserung oder Wiederherstellung von Gesundheit und Lebensqualität, die von Teilnahme am beruflichen und gesellschaftlichen Leben gekennzeichnet ist, sowie einen guten Umgang mit Stress und Ängsten zu erlernen. Auch die Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit von Patient:innen, sowie ihre soziale Integration und die Unterstützung im privaten Umfeld werden beachtet und gefördert (Reha-Klinik Montafon Betriebs-GmbH 2022).

Partizipation

In der Rehabilitation bedeutet Partizipation, dass ein Mensch in den Bereichen seines Lebens, die für ihn bedeutsam sind, dieses autonom führen kann. Dabei ist das aktiv Tun dessen gemeint, was eine vergleichbare Person aus einer Gleichaltrigengruppe ohne Gesundheits- und Teilhabeproblematik ebenso in der Lage wäre, zu tun (Dettmers; Bischof 2019, S. 180). Hieraus ergibt sich ein Auftrag an die Soziale Arbeit, der auf mehreren Ebenen, der individuellen, der gruppenbezogenen sowie der organisatorisch-strukturellen Ebene angesiedelt ist. In diesem Zusammenhang wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch (wieder) Verantwortung für sein Leben übernehmen kann, um selbstbestimmt und aktiv seine Gesundheit zu fördern und zu erhalten. Doch oft ist hier ein Umdenken notwendig, weg von einer Defizitorientierung hin zu einer Ressourcenorientierung.

Als förderlich hat sich die Haltung des Empowerment erwiesen, um Klient:innen zu ermutigen, eigene Lösungswege zu finden, diesen zu vertrauen und durch deren Umsetzung die persönlichen Lebensbelange gestalten und verändern zu können (Geiser 2007, S. 299).

3.1.1 Die Person-in-Environment Perspektive

„Die gesundheitswissenschaftliche Forschung zeigt (...), dass psycho-soziale Integration und soziale Unterstützung die besten Schutzfaktoren vor körperlicher und psychischer Erkrankung sind.“ (Pauls 2013, S. 32) Als Leitidee jeglicher Sozialer Arbeit, besonders auch für klinisch-soziale Arbeit, ist die Perspektive der Person-in-Environment. Diese Perspektive beinhaltet den doppelten Fokus, das individuelle Erleben und Verhalten einer Person, sowie die strukturellen und sozialen Verhältnisse innerhalb derer sie sich befinden.

Genannter Fokus ist für die Betrachtung und Bearbeitung von Problemlagen wichtig, um schließlich an die Wurzel des Problems zu kommen. Auch für die Soziale Psychotherapie ist

dieses Verständnis des Zusammenspiels und der gegenseitigen Beeinflussung von Mensch und Umwelt elementar (Deloie 2011, S. 148).

Alice Salomon greift in ihrem Buch „Soziale Diagnose“ (1926) auf, was Cabot, der Begründer der Krankenhausfürsorge am Ende des 19. Jahrhunderts benennt:

„Er sagt: Wenn wir zusammenfassend über unsere Fälle in der sozialen Krankenhausfürsorge berichten, legen wir uns vier Fragen vor:

- *Wie ist der Gesundheitszustand des Patienten?*
- *Wie ist sein Charakter, sein geistig-moralischer Zustand?*
- *Wie sind die äußeren Verhältnisse beschaffen, unter denen er aufgewachsen ist und lebt?*
- *Wie sind die geistig-seelischen Einflüsse beschaffen, unter denen er aufgewachsen ist und lebt?“ (Cabot in Salomon, 1926)*

Salomon nimmt diese Fragestellungen auf und argumentiert, dass sämtliche Interventionsstrategien, sozial und gesundheitlich, darauf abzielen, dass Personen lernen, besser mit der sie umgebenden Umwelt zurecht zu kommen. Dabei müssen auch die äußeren Bedingungen beleuchtet werden, um diese zu verstehen und gegebenenfalls zu verändern. Der Ansatz, der davon ausgeht, dass es ausreicht, allein individuumszentrierte Strategien zu verfolgen, greift dieser Auffassung nach zu kurz. Der biopsychosoziale Ansatz bedeutet für Klinisch-sozial Tätige ein Identifizieren von psychischen Faktoren wie Persönlichkeit, Denkvermögen und Bewältigungsstrategien, als auch von sozialen Faktoren, worunter die Einbindung in familiäre, institutionelle und gesellschaftliche Strukturen, als auch Beziehungen zu Gleichaltrigen und der Familiengeschichte verstanden werden kann (Deloie 2011, S.149).

Beratung zu sozialrechtlichen Ansprüchen

Als eine der Kernkompetenzen, die in interdisziplinären Teams im Kontext von Palliativversorgung vorhanden sein sollen, wird von Lübke (2021, S. 46) die umfassende sozialrechtliche Beratung und Information, mit dem Ziel der Unterstützung und Vermeidung von sozialer Härte genannt. Darunter fallen die Antragstellungen und Kontakte mit Behörden und Ämtern, sowie die Vermittlung und Organisation von praktischer Unterstützung und Hilfsmitteln im medizinischen, technischen, pflegerischen oder häuslichen Bereich. Auch ist ein umfassendes, (sozial-)rechtliches Wissen gefordert, wenn es um die Bestellung einer Erwachsenenvertretung oder um die Beratung und Verfassung über eine Bevollmächtigung geht.

Beratung zur beruflichen Situation und Reintegration

Die Rehaklinik sieht das Recht auf Teilhabe der Patienten am Arbeitsplatz als förderungswürdige Perspektive. Dazu wird auf die Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit

fokussiert, und erarbeitet, wie die (stufenweise) Wiedereingliederung in den bisherigen Arbeitsplatz gelingen kann. Dazu werden Einzel- und Gruppenberatungen durchgeführt, die an der MBOR (medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation) ausgerichtet sind.

Organisation weitergehender Maßnahmen

Hierunter wird die Vermittlung von ambulanter Nachsorge verstanden, wenn dies erforderlich ist. Die Soziale Arbeit unterstützt bei der Vorbereitung und Vermittlung dieser Hilfen. Vermittelt wird beispielsweise an Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste, Fachambulanzen oder Selbsthilfegruppen, aber auch Schuldnerberatungsstellen oder ambulante Psychotherapie können hier aufgezählt werden. Nach Möglichkeit können auch Nachsorgeprogramme, die von der deutschen Rentenversicherung zur Verfügung stehen, eingeleitet werden (Klinik Alpenblick o. J.).

3.1.2 Berufsgruppen in der Rehabilitation

Vom Gesetzgeber sind für den Rehabilitationsbereich keine Berufsgruppen vorgeschrieben, jedoch wird im SGB V die „ärztliche Verantwortung“ benannt. Empfehlungen gehen jedoch dahin, dass in Einrichtungen mindestens eine Person eine staatlich anerkannte Ausbildung zur Sozialarbeit haben sollte, idealerweise soll diese die fachliche Leitung innehaben, oder zumindest eine Person aus dem Kollegium (Franke 2020, S. 165).

Weiters werden konkrete medizinisch therapeutische und psychosoziale Tätigkeitsfelder, wie Bewegungs- und Sprachtherapie, und die Krankengymnastik vorgegeben, die je nach Schwerpunkt der Einrichtung variieren können. Unter anderem sind im Reha Bereich häufig folgende Berufsgruppen zu finden:

- Ärzt:innen verschiedener Fachrichtungen wie aus der Diabetologie, Gastroenterologie, Kardiologie, Neurologie, Neurootologie, Onkologie, Orthopädie, Psychosomatik und psychische Erkrankungen, Pneumologie, Rheumatologie und Chronische Schmerzerkrankungen.
- Assistenz- und Stationsärzte
- Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen
- Ergotherapeut:innen
- Gesundheits- und Krankenpfleger:innen
- Physiotherapeut:innen
- Kunst-, Sport-, Musiktherapeut:innen
- Sozialpädagog:innen und Sozialarbeiter:innen
- Lehrer:innen

3.1.3 Interdisziplinarität

Die oben (Kap.2.1.8) genannten Berufsgruppen bilden im Idealfall interdisziplinäre Teams in rehabilitativen Einrichtungen, wie in dieser Arbeit exemplarisch dargestellt.

„Interdisziplinarität: Hierunter versteht man das koordinierte Zusammenarbeiten von Berufsgruppen. Bei der Entwicklung von Verständnis füreinander und klarer Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche voneinander kommt es im Idealfall zu einem optimalen Einsatz von Ressourcen.“ (Lübbe 2021, S. 42)

Jede Berufsgruppe bringt sich mit ihren spezifischen Fähigkeiten und Kernaufgaben, ausgehend von der beruflichen Qualifikation, Weiterbildungen und persönlichen Fähigkeiten und Neigungen in das Team ein. Dabei hat jede Berufsgruppe ihre eigenen fachspezifischen Sichtweisen und Zugänge zu den Patienten, die eingebracht werden.

Anhand des Beispiels eines Palliativteams beschreibt Lübbe (ebd. S.43ff) wichtige strukturelle und organisatorische Voraussetzungen, damit ein solches Team optimal zusammenarbeiten kann. Dies sind beispielsweise ungestörte Räume für Patienten- und Teamgespräche oder ein geregelter zeitlicher Ablauf, wann und von wem welche Informationen eingeholt werden sollen. Auch die Dokumentation, die für alle zugänglich sein sollte, ist von großer Bedeutung, um nicht redundante Informationen einzuholen. Des Weiteren sind regelmäßige Teambesprechungen als ein wichtiges Kriterium anzusehen, um qualitativ hochwertige Zusammenarbeit zu erreichen. Die Art und Weise der Kommunikation innerhalb interdisziplinärer Teams wäre eine eigene, wissenschaftliche Arbeit Wert, und macht ohne Frage einen großen Teil des Gelingens von Hilfen, und der eigenen Arbeitszufriedenheit der Professionen aus.¹

Ein aktueller Bericht über die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Sozialarbeiter:innen, Ergotherapeut:innen und weiteren Professionen zeigt die Bedeutsamkeit für die Klient:innen. Diese profitieren von der gemeinsamen, ganzheitlichen Arbeit, indem sie durch das Team bestmöglichst betreut und unterstützt werden. Ausgehend vom gemeinsamen Fokus wird in der Zusammenarbeit Wert auf die Förderung individueller Ressourcen und Handlungspotentiale gelegt. Durch gemeinsame, sinnstiftende Handlungen soll zudem ein größtmögliches Maß an Partizipation erreicht werden. Dies ist ein gelungenes Beispiel des Einbringens der jeweils eigenen Expertise, Sichtweise und Fähigkeit der Professionen in die gemeinsame (Fall-)Arbeit (Schlögl 2022, S. 40).

Für die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team wird ein hohes Maß an Fachlichkeit und Herzlichkeit betont. So soll der Aufenthalt in der Rehaklinik für den Patienten ein Ort der

¹ In Kapitel 5 in (Kohlmeier o. J.) gibt Ulrike Kohlmeier einen Einblick in die Thematik der Kommunikation am Beispiel multiprofessioneller Teams in der Palliativpflege und beschreibt Möglichkeiten und Grenzen interner und externer Kommunikation, und geht auf mögliche Störungen und Kontexte innerhalb kommunikativer Prozesse ein.

Akzeptanz und der Menschlichkeit sein. Verfolgt werden dabei Ziele zum Erhalt „des Hauses“, welches das Wohle der Patienten im Fokus hat. Bei aller Sorgfalt, die das menschliche Wohl und die Zufriedenheit der Patienten im Fokus hat, soll die Vorgehensweise auch ressourcenschonend und wirtschaftlich sein.

3.1 Psychotherapie und Klinische Psychologie

Der Begriff der Psychotherapie ist ein zusammengesetzter aus den Wörtern „Psyche“ und „Therapie“. Der Begriff der „Psyche“ -ursprünglich ein Mädchenname aus der griechischen Mythologie – wird seit Beginn der Professionalisierung von Psychologie gleichgesetzt mit der Bedeutung „Hauch; Atem; Seele“(Duden, 2022).

Unter dem Begriff der Therapie wird eine Heilbehandlung verstanden, die durch gezielte Anwendung eingesetzt wird. Ursprünglich stammt auch dieser Begriff aus dem griechischen (therapeia) was übersetzt „das Dienen, Dienst“ bedeutet (Duden 2022b).

Die Psychotherapie befasst sich demnach mit der Behandlung und Heilung eines nicht leicht greifbaren Gegenstands, der Seele. Eine enge, sachliche Verknüpfung besteht zur Begrifflichkeit der Klinischen Psychotherapie. Sie wird als spezifischer Bereich innerhalb der Psychotherapie, bezieht sich auf die direkte Behandlung von Klient:innen mit psychischen Störungen und somatischen Erkrankungsbildern mit psychischen Einflüssen (Ohling 2015, S. 39). „Klinisch“ abgeleitet von „cliné“ ist hier nicht im Sinne der Beschränkung auf Krankenhäuser zu verstehen.

Innerhalb der Psychologie und der Klinischen Psychotherapie – die sich bereits über 100 Jahre nebeneinander entwickelten, ohne dabei ineinander überzugreifen – gibt es eine Reihe von verschiedenen anderen Ansätzen. Die bekannteste unter ihnen, die tiefenpsychologisch ausgerichtete Psychoanalyse nach Sigmund Freud, zählt dabei zu den nicht-akademischen, wenig empirisch gestützten Theorien.

Während der Zeit des Nationalsozialismus gab es Studiengänge für angehende Diplom-Psycholog:innen mit dem Schwerpunkt „Diagnostik“, der in erster Linie für Wehrdienstzwecke genutzt wurde.

Bereits genannte, hermeneutisch ausgerichtete Psychotherapeut:innen sehen die Psychotherapie neben ihrer kurativen Wirkung auch als präventiv an, mithilfe der Menschen Unterstützung zum Menschwerden erfahre, bevor er überhaupt erst als krank definiert wird.

Weitere innerhalb psychotherapeutischer Ansätze sind die kognitiv-behaviorale, psychodynamische, experientiell/humanistische und systemische Grundrichtungen (Ohling 2015, S. 40). Ein weiterer eigener Wissenschaftszweig innerhalb der Psychologie ist die Sozialpsychologie.

4 Bezugswissenschaft Sozialpsychologie

Das folgende Kapitel zeigt Erkenntnisse aus der Nachbardisziplin Sozialpsychologie auf, die für die Klinische Soziale Arbeit bedeutsam sind, da sie Erklärungen für menschliches Verhalten, Wahrnehmungen und Interpretationen sind. Anhand dieser können auch menschliche Probleme erklärt und Lösungsansätze aufgezeigt werden, wie bspw. die soziale oder die sozialinterventive Psychotherapie.

4.1 Entstehung psychosozialen Erlebens

Die Sozialpsychologie als Teilgebiet der Psychologie gehört zu den Bezugswissenschaften der Sozialen Arbeit. Sozialpsychologie beschäftigt sich mit der Entstehung und der Veränderung von menschlichem Verhalten, Wahrnehmungen und Interpretationen aufgrund von realer oder imaginierter Präsenz anderer Menschen. Auf diese Weise entstehende Gedanken, Gefühle, Einstellungen und Handlungen werden untersucht, um anhand empirischer Beweise zu wissenschaftlichen Erkenntnissen zu gelangen. Dabei stützt sich die Sozialpsychologie auf das wahrnehmbare, beobachtbare Verhalten von Menschen, sowie deren subjektive Äußerungen, und sucht dabei nach objektivierbaren, verallgemeinerbaren Zusammenhängen.

Es besteht das Bewusstsein darüber, dass Menschen ihr eigenes Verhalten selbst nicht immer und auch nicht vollständig erklären können. Genau diese fehlenden Puzzlestücke der Erklärbarkeit will die empirische Sozialpsychologie ergründen und zugänglich machen (Aronson u.a. 2010, S. 6ff). Deshalb ist die Sozialpsychologie eine wichtige Bezugswissenschaft Klinischer Sozialer Arbeit, da Probleme innerhalb sozialer Dimensionen mithilfe klinisch-psychologisch orientierter Interventionen angegangen werden können.

Jedoch bestehen sowohl im nationalen wie auch im europäischen Raum Spannungsverhältnisse zwischen der Sozialen Arbeit und der klassischen, individuumszentrierten Psychotherapie. Anders als in den USA, wird bereits seit Beginn der Professionalisierung Sozialer Arbeit die behandelnde „Klinische Soziale Arbeit“ (Clinical Social Work) mit größerer Selbstverständlichkeit als psychosoziale Profession angesehen. Die methodische Vorgehensweise der sozialen Psychotherapie in der Sozialen Arbeit gewann u.a. durch die Flucht von jüdischen Ärzten und Psychotherapeuten aus Europa in die USA an Einfluss, da deren beruflichen, psychotherapeutischen Qualifikationen in den Vereinigten Staaten nicht anerkannt wurden. Viele von ihnen arbeiteten in Folge als Sozialarbeiter:innen (Geißler-Piltz 2006, S. 7).

Erklärungsmuster sozialer Probleme

Innerhalb dieser beiden Gesellschaftssysteme - USA und deutschsprachiger Raum - sind die Sichtweisen auf Entstehung und Kausalität sozialer Notstände jedoch nicht eins zu eins übertragbar. Während in den USA der Fokus stärker auf das Individuum und/oder dessen unmittelbare, familiäre Systeme betrachtet werden, wird hierzulande innerhalb Sozialer Psychotherapie vermehrt auch auf die Notlagen und Ressourcen sozialer Kontexte und sozial-ökologischen Zusammenhängen fokussiert.

Ausgehend von diesem Verständnis wurde psychotherapeutische Arbeit in Deutschland schon lange vor der Etablierung Klinischer Sozialer Arbeit von Sozialarbeiter:innen durchgeführt. Sie hat zum Ziel, psychosoziale Leidenszustände zu beseitigen oder zu vermindern und kann als wissenschaftlich-psychotherapeutisches Rahmenkonzept verstanden werden. Innerhalb einer therapeutischen Beziehung werden psychologische und soziale Mittel und Möglichkeiten sinnvoll eingesetzt.

Die therapeutische Beziehung ist von Intersubjektivität geprägt. Alle therapeutischen Interventionen zielen auf eine Verbesserung der Entwicklung und Gesundheitsförderung ab und haben dabei auch präventiven Charakter (Deloie 2011, S. 17ff). Die Sozialpsychologie hat, wie auch die klassische Psychotherapie, eine heilende und persönlichkeitsverändernde Symptomminimalisierung zum Ziel, die jedoch auch die soziale Integration und Veränderung der Umwelt miteinschließt.

4.2 Soziale Psychotherapie

Die Soziale Psychotherapie ist ein Begriff, der von Deloie entwickelt wurde (2011, S. 193). Ausgehend von einem wechselseitiges Kausalitäts-Verständnis ist die soziale Psychotherapie trotz aller Schwerpunktsetzungen bei „nahezu jeder psychischen und psychosozialen Störung indiziert“ (ebd.). Soziale Psychotherapie ist dann angezeigt, wenn sozioökonomische Problemlagen kombiniert mit intrapersonalen und interpersonellen Problemen bestehen.

Deloie (2011, S. 191ff) beschreibt das „trifokale Behandlungsmodell Sozialer Psychotherapie“ als methodenübergreifenden Ansatz. Das Modell impliziert dabei Interventionen auf den Ebenen des Intrapersonellen, des Interpersonellen/Psychosozialen, sowie auf der Sozio-ökonomischen. Diese Interventionen erfordern unterschiedliche Kompetenzen, die von grundständiger Sozialarbeit, über psychosoziale Kompetenzen bis hin zu psychotherapeutischen Behandeln reichen. Dabei ist es dem Therapeuten ausdrücklich erlaubt, nicht nur klassische Verfahren aus der Psychotherapie, sondern ebenso moderne Ergebnisse aus verschiedenen Psychotherapieforschungen zu integrieren, um dem Klienten die jeweils passende Methode bereitstellen zu können.

Obwohl der genannte Behandlungsansatz nur ein möglicher neben anderen ist, wie beispielsweise die systemische Familientherapie nach Satir (ebd. S.194) ist die soziale

Psychotherapie für einen Großteil von Kindern, Jugendlichen und deren Familien von besonderer Bedeutung. Heekerens (Heekerens 2009) verweist insbesondere hinsichtlich dieser Personengruppe auf die Verzahnung von Psychotherapie mit Pädagogik, Sozialpädagogik und Sozialarbeit, ohne die die Psychotherapie allein viel zu kurz greifen würde.

4.3 Sozialinterventive Psychotherapie

Wilfing (Wilfing 2014) denkt die Idee der Sozialen Psychotherapie weiter, indem er den Begriff der sozialinterventiven Psychotherapie ins Spiel bringt. Dieser ergänzt die soziale Psychotherapie um den tatsächlichen Handlungsauftrag in der sozialen Dimension der Klienten, und geht von einer Geh-Struktur aus, von Alltagsnähe und Abstand von fest eingegrenzten, zeitlich vorgeschriebenen Therapie-Stunden. Wilfing beschreibt die Anforderungen von klinisch-sozialen Interventionen mit einem Handlungsauftrag, der sich aus psychotherapeutischen Interventionen innerhalb einer Geh-Struktur und soziomateriellen Unterstützungsleistungen zusammensetzt, der auf die Bedarfslagen der Klientel bestmöglich zugeschnitten sei. In diesem Zusammenhang wird auch oft der Begriff der „hard-to-reach-Klientel“ genannt, welcher eine schwer zu erreichende oder auch zu motivierende Zielgruppe darstellt, die von Multiproblemlagen gekennzeichnet ist (Pauls 2013, S. 135). Erwähnt sei an dieser Stelle, dass es jedoch auch umgekehrt der Fall sein kann, die Soziale Arbeit für diese Klientel schwer erreichbar ist, dass Angebote nicht wahrgenommen werden (können), oder sich Personen/-gruppen nicht dafür interessieren oder für geeignet befinden.

Dabei plädiert Wilfing für die Anwendung sozialinterventiver Psychotherapie, deren Anwendung zukünftig in Deutschland und Österreich (auch) von Fachpersonen der Sozialen Arbeit getätigt werden darf. Dafür bräuchte es jedoch auf gesetzlicher Ebene für die Soziale Arbeit noch einiges zu diskutieren, auch das Verschwiegenheitsgesetz fällt in diesen hochsensiblen, nicht immer eindeutig handhabbaren Bereich. Insbesondere in Deutschland sind die Auflagen für Psychotherapeuten noch sehr eng, wenn es darum geht, dass andere Berufsgruppen, die nicht direkt ein Medizin- oder Psychologiestudium vorweisen, psychotherapeutische Interventionen ausführen dürfen.

4.4 Sozialtherapie als Handlungskonzept

Der Begriff der Sozialtherapie ist nicht eindeutig allein der Klinischen Sozialen Arbeit zuzuordnen, da er Einflüsse der Psychotherapie und Soziotherapie aufweist, und zudem in unterschiedlichen Handlungsfeldern auf unterschiedliche Weise eingesetzt wird. Steiner und Erhardt (2021, S. 66) beanspruchen diesen Behandlungsansatz für die Klinische Soziale Arbeit, aufgrund ihrer Expertise, komplexe Person-Umwelt-Aspekte zu erfassen, zu

systematisieren und zu behandeln. Dies geschieht jedoch nicht losgelöst, sondern stets innerhalb interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Pauls und Lammel bezeichnen mit der Sozialtherapie „einen Behandlungsansatz, der die verschiedenen Formen sozialer und psychosozialer Intervention (einschließlich der sozialen Rehabilitation) einer breit angelegten beratend-begleitend-intervenierenden Methodologie in unterschiedlichen Arbeitsfeldern zuordnet.“ (2020, S. 8) Methodisch und praktisch stützt sich die Klinische Soziale Arbeit hierbei auf Theorien der Sozialarbeitswissenschaft, die zurückreichen bis hin zu frühen Veröffentlichungen, wie beispielsweise derer von Salomon und Wronsky (Lammel; Pauls 2020, S. 48). Bereits in den 1920er Jahren wurde das Augenmerk auf den Einfluss des sozialen Umfelds auf die Gesundheit von Menschen gelegt.

Sozialtherapie wird innerhalb dieser Arbeit als Handlungskonzept der Klinischen Sozialen Arbeit verstanden, deren Auftrag sich an sozial marginalisierte Gruppen richtet. Zentral ist dabei die Mitbehandlung von sozialen Problemlagen. Dabei müssen sowohl Ursachen als auch Auswirkungen und Wechselwirkungen auf bio-psycho-sozialen Ebenen berücksichtigt werden (Steiner; Ehrhardt 2021, S. 76).

Interventionen, die sozialtherapeutischen Charakter haben, sind als dritte Säule der Gesundheitsversorgung, neben der medizinisch-biologischen und psychotherapeutisch-psychiatrischen zu sehen. Sie findet in unterschiedlichen, klinisch-therapeutischen Bereichen Anwendung, im stationären, teilstationären wie auch in ambulanten Settings.

4.4.1 Konzept und Handlungsarten

Die konzeptionelle Ausrichtung der Sozialtherapie umfasst neben der psycho-sozialen Beratung, die auf einer bindungsorientierten Beziehung fußt, auch alltagsnahe, aufsuchende, psycho-soziale Interventionen. Diese zielen auf Veränderung des Verhaltens und der Verhältnisse ab und beinhalten damit den doppelten Fokus. Es ist die Rede von der Suche nach Passung zwischen Individuum und Umwelt. Gemeint ist hier ein Wahrnehmen von subjektiven Verarbeitungen und Repräsentationen von Belastungen, als auch die Bewertung von objektiven Situationen und Bedingungen (Steiner; Ehrhardt 2021, S. 73).

Klinische Soziale Arbeit bedient sich dabei an einem möglichst breiten Spektrum erprobter Ansätze, Methoden und Verfahren, die fachlich und theoretisch begründet sind.

Ausgehend vom Paradigma der Lebensweltorientierung sieht die Klinische Sozialer Arbeit die Ressourcen ihrer Klienten als möglicherweise vorübergehend verschüttet. Beispielsweise könnte mithilfe von Netzwerkarbeit im sozialen Raum vorhandene, jedoch zu wenig oder nicht genutzte Ressourcen aktiviert werden. Innerhalb von Netzwerkarbeit werde z.B. auch auf Personen aufmerksam gemacht, denen zuvor wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, die jedoch ein Potential zum positiven Kontakt oder zur sozialen Unterstützung mitbringen würden (Strauss und Höfer in Kessler; Reutlinger; Maurer 2005, S. 478).

Derartige Interventionen, basierend auf umweltbezogenem, sozialökologischem Ansatz haben einen weniger defizitorientierten Charakter. Sie fördern vorhandene Kompetenzen und aktivieren die Hilfe zur Selbsthilfe, letztlich die eigene Gesundheit (wieder) aktiv und autonom selbst zu gestalten.

Neben der direkten, sozialen Unterstützung, die durch Verfahren der Sozialtherapie bereitgestellt werden, soll auch die soziale Umgebung der Adressat:innen gefördert und verbessert werden, wodurch Sozialtherapie auch eine indirekte Unterstützung und Förderung beinhaltet.

Dieses Konzept wird auch als Konzept des Social Support angesehen und dient als wesentliches theoretisches Fundament (ebd. S.74). Herwig Lempp und Kühling (2012, S. 53, zit. n. Steiner; Erhardt 2021, S.773) definieren folgende sechs Handlungsarten, die als grundlegende Methoden für die Soziale Arbeit auch innerhalb der Klinischen Fachrichtung genannt werden können:

- **Beratung:**

In Form von Gesprächen findet Anleitung, Bewusstseinsbildung und Informationsweitergabe statt. Zusätzlich kann hier mittels Trainings intensiviertes Lernen und Einüben stattfinden. Hierunter fallen auch sozialtherapeutische Behandlungsansätze, wozu spezielle Qualifikationen und Kenntnisse über Interventionsmöglichkeiten vorausgesetzt sind.

- **Verhandeln**

Bei unterschiedlichen Interessen und Meinungen von Vertretern verschiedener Parteien steht ein Aus- und Verhandeln, ein Vermitteln und Moderieren der Verhandlungen im Vordergrund.

- **Eingreifen**

Das Eingreifen ist eine Methode, die zum Schutz und zum Wohl von Personen angewendet wird. Dies kann auch bedeuten, dass das ein Eingreifen gegen den Willen einer Person durchgesetzt werden muss.

- **Vertretung**

Insbesondere, wenn es um Personen (-gruppen) geht, die keine eigene Stimme innerhalb der Gesellschaft vertreten können, aber auch bei besonders vulnerablen Menschen, übernimmt die Soziale Arbeit die Position der Stellvertretung.

- **Beschaffung**
Güter, Geld und Leistungen zu beschaffen ist Methode der Sozialen Arbeit, welche Soziale Gerechtigkeit (wieder-)herstellen, und Armut verhindern oder verringern kann. Mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe kann Beschaffung je nach Situation ein Sprungbrett zur Wiedererlangung der Selbsthilfefähigkeit sein, da von einem Abgleiten in Hilflosigkeit und Abhängigkeit Abstand genommen werden soll.
- **Da-Sein**
Das Bereitstehen und Begleiten als eine Form der Hilfestellung, die keine unmittelbare Veränderung zum Ziel hat, als wichtige Methode der Sozialen Arbeit, die auch unter die Kategorie des Social Support zu zählen ist.

4.4.2 Aufgaben von Sozialtherapie

Lammel und Pauls schreiben klinischer Sozialer Arbeit einen Auftrag von sozialtherapeutischen Interventionen zu, die einem Gesundheits- und Menschenbild zugrunde liegen, welches über gängige Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit hinausgeht. Gemeint sind hier beispielsweise soziale Unterstützung und die Organisation von Hilfen, die über einen längeren Zeitraum als das unmittelbare, akute Krankheitsgeschehen hinausgehen soll, wenn es sich um soziopsychosomatische Problemkonstellationen handelt.

„Gerade für chronische und komplex verlaufende Erkrankungen mit ihren Ausstrahlungen auf zahlreiche alltägliche Lebensumstände sind sozialtherapeutische Behandlungsansätze äußerst relevant.“ (2020, S. 29)

Pauls benennt eine Reihe von Aufgabenstellungen aus dem Bereich der Sozialtherapie, welche für die Klinische Soziale Arbeit von Bedeutung sind:

- Wenn aufgrund schwerer und/oder chronischer Erkrankung während oder nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer Fachklinik eine wichtige Unterstützungsleistung für/durch Angehörige notwendig wird.
- Bei beruflicher oder sozialer Rehabilitation, die eine Begleitung zur Wiedereingliederung nach längerer Ausfallszeit bedingt durch Krankheit oder Behinderung bedeutet.
- Wenn Menschen schwerwiegende Erziehungs-, Familien-, oder Partnerschaftsprobleme haben und diese Probleme mit negativen Auswirkungen in anderen Lebensbereichen einhergehen. An diesem Beispiel wird die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeut:innen, Ärzt:innen und Sozialarbeiter:innen deutlich.

- Wenn Beratung als therapeutische Unterstützung dient, die nicht explizit nach dem Gesetz aufgrund einer psychischen Erkrankung angewendet wird, sich jedoch notwendigerweise mit Lebens- und Veränderungskrisen beschäftigt.
- Bei defizitärem Verhalten und abweichenden Lebensweisen, bei psycho-sozialen Fragestellungen, wenn Soziale- und Mehrfachbelastungen vorhanden sind, und wenn Verschränkungen von individuellen und ökosozialen Lebensbedingungen vorliegen.
- Besondere Bedeutung haben auch vorbeugende Maßnahmen, um nicht nur Folge- und Begleiterscheinungen zu behandeln, sondern insbesondere auch präventiv sozial bedingten Problemen entgegenzuwirken, beispielsweise durch das Trainieren von Kompetenzen und Techniken, um vorhersehbare Probleme und Krisen abzufangen (Pauls 2013, S. 178).

4.4.3 Ziele von Sozialtherapie

Ziele genannter Interventionen bestehen nicht nur in ihrer unmittelbaren Wirksamkeit, sondern auch in der gewünschten Nachhaltigkeit einer Unabhängigkeit von professionellen Hilfen. Diese sind ein gelingenderer Alltag in Selbstbestimmtheit, Eigenverantwortlichkeit und Fähigkeit zur Gemeinschaft.

Als weiterer, wichtiger Punkt kann auch die Steigerung von Gesundheitskompetenz genannt werden, welche Selbstständigkeit, Lebensqualität und Wohlbefinden fördert. Gahleitner und Martensen (Gahleitner; Martensen 2022) argumentieren, dass bei der Zielgruppe Klinischer Sozialer Arbeit trotz fast 50-jähriger Kompetenzbildung des bio-psycho-sozialen Verständnisses, eine tiefe Lücke im Versorgungssystem klafft. Die optimierte Mitbehandlung der sozialen Dimension von Gesundheit sei noch immer nicht gegeben, und das Psychotherapeutengesetz von 1998 zusammen mit dem dazugehörigen Gesetzesnovelle vom 1. September 2020 habe die Chancen auf breiter angelegte psychosoziale Diagnostik und Versorgung noch zusätzlich verringert.

Ordnung, Harmonie und Wohlbefinden werden In diesem Zusammenhang als Ziele gesehen, welche nur durch die professionell geteilte Verantwortung vieler Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen erreicht werden können.

Im besten Falle kann die interdisziplinär gestaltete Aufgabe die Kohärenz der Klienten fördern, was die Übereinstimmung oder auch Passung eines Menschen in das ihn umgebende System meint.

4.5 Selbst- und Fremdwahrnehmung

“I have learned that people will forget what you said. People will forget what you did. But people will never forget how you made them feel.” (Maya Angelou)

Der Selbstwahrnehmungstheorie nach Daryl Bem (1972) zufolge schließen Menschen aufgrund ihres (selbst-)beobachtbaren Verhaltens auf ihre zugrunde liegenden Einstellungen. Einstellung geht demnach beobachtbarem Verhalten voraus, und kann anhand dessen erfasst werden. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass das Verhalten auf intrinsischer Motivation beruht, und von Personen bewusst wahrgenommen werden kann.

Was jedoch, wenn die eigene Wahrnehmung mit der Wahrnehmung von außen nicht übereinstimmt? Wenn ein Mensch bei sich selbst ein Verhalten völlig anders interpretiert als seine Mitmenschen, oder wenn bestimmtes Verhalten überhaupt nicht wahrgenommen wird? Die Sozialpsychologen Joseph Luft und Harry Ingham haben im Jahre 1955 aus diesen Fragen heraus das „Johari-Fenster“ entwickelt, ein Analysemodell, dessen Name aus den zusammengesetzten Vornamen der beiden Männer kreiert wurde. Das Modell veranschaulicht sehr kompakt die vier wesentlichen Wahrnehmungsbereiche einer Persönlichkeit (Fähigkeiten, Gewohnheiten, Denk- und Verhaltensweisen) eines Menschen, welche sich aus einer bewussten und unbewussten Selbstwahrnehmung, sowie einer bewussten und unbewussten Fremdwahrnehmung zusammensetzen:

Beschreibung der vier Fenster:

!! A: Öffentliche Person – mir bekannt, anderen bekannt

Dieses Fenster beinhaltet die Aspekte einer Persönlichkeit, die sowohl der Person selbst als auch Anderen bekannt sind. In diesem Bereich besteht eine Übereinstimmung des Selbst- und Fremdbildes. Das Handeln auf dieser Ebene wird als frei und unbeeinträchtigt von Ängsten und Vorbehalten beschrieben.

! ? B: Mein Geheimnis – mir bewusst, anderen nicht bewusst

Dieses Fenster beinhaltet einer Person bewusste Anteile wie Empfindungen, Wünsche und Ängste, die bewusst vor anderen versteckt werden. Hier können wir bewusst an Veränderungen von Verhaltensweisen arbeiten oder Teile davon zu unserer „öffentlichen Person“ hinzufügen.

?! C: Blinder Fleck – mir nicht bewusst, anderen bewusst

Dieses Fenster beinhaltet Aspekte einer Persönlichkeit, die auf non-verbaler Ebene kommuniziert werden, wie zum Beispiel durch Wortwahl, Tonfall, Mimik und Gestik. Diese Signale werden von anderen wahrgenommen, sind einer Person selbst jedoch nicht bekannt. Es handelt sich um unbewusste Verhaltensweisen, Gewohnheiten oder Einstellungen. Das C-Fenster kann verkleinert werden, wenn regelmäßiges Feedback stattfindet.

?? D: Bereich des Unbewussten – mir nicht bewusst, anderen nicht bewusst

Dieses Fenster beinhaltet die Aspekte einer Person, die in der Tiefenpsychologie als „Unbewusstes“ beschrieben werden. Es kann sich hierbei um verborgene Begabungen oder ungenutzte Talente, aber auch um Erlebnisse, die ein Trauma verursacht haben, handeln. Diese können nur mittels psychologischer Verfahren wie der Psychoanalyse oder Psychotherapie ins Bewusstsein der Person geholt werden.

Ziel der Analyse ist die verbesserte zwischenmenschliche Interaktion und Kommunikation durch eine Steigerung von Transparenz und Offenheit, welche die Bereitschaft zu Vertrauen signalisiert. Die eigene Wahrnehmung zu verbessern, und die Wirkung, die wir auf andere haben zu erfahren, sowie die Steigerung von Wohlbefinden und Authentizität sind weitere Ziele.

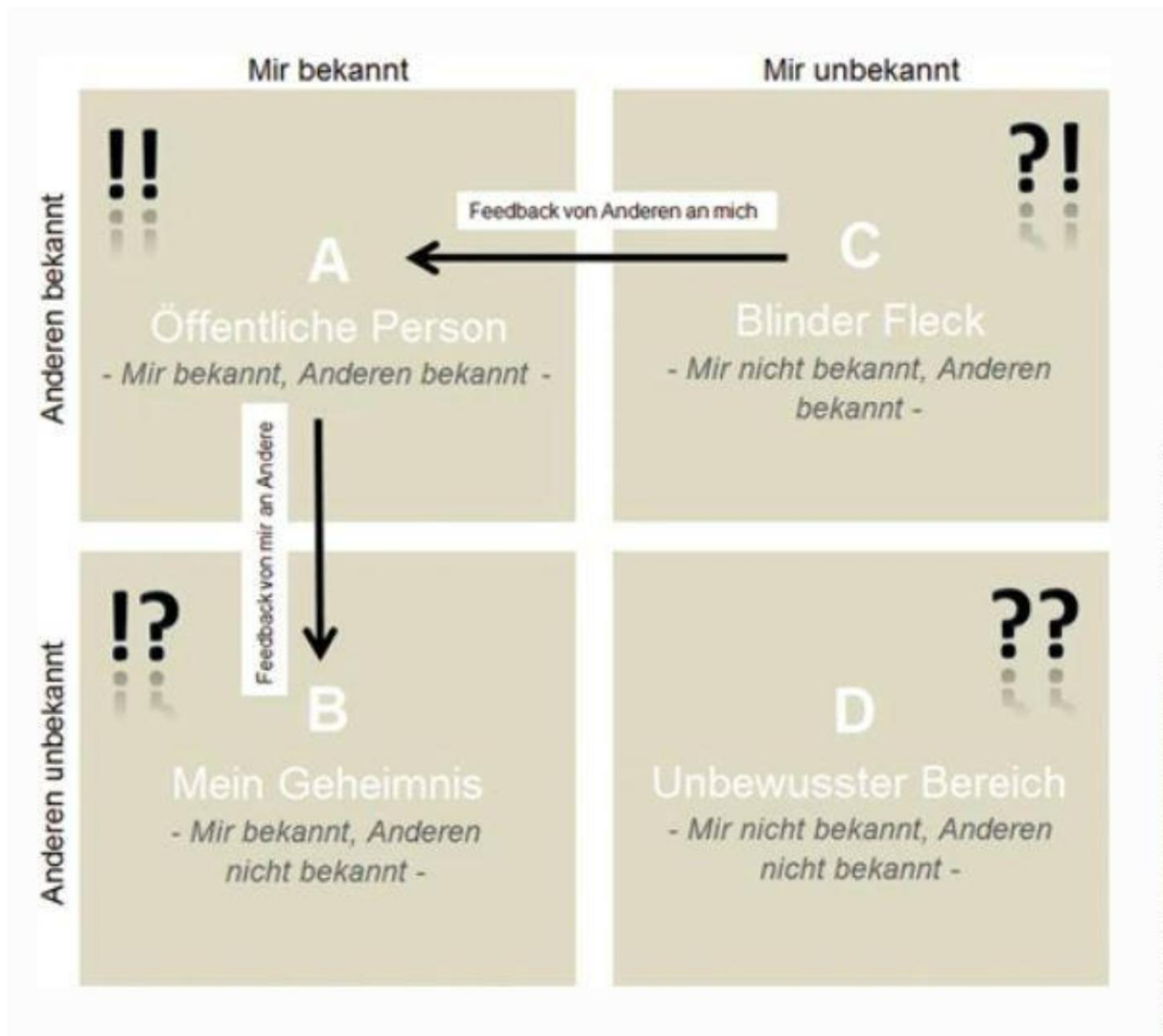


Abbildung 1: (Eremit; Weber 2016, S. 39)

Emerit und Weber argumentieren, dass es nur durch Bewusstmachung von Verhaltensweisen zu einem gezielten Verändern des Verhaltens kommen kann. Dafür ist ein konstruktives Feedback nötig, zu welchem ein Geben und ein Nehmen gehören (Eremit; Weber 2016).

Zum Geben von Feedback zählt beispielsweise auch ein Mitteilen der eigenen Grenzerreichung. Insbesondere beim Empfangen von Feedback haben wir die Möglichkeit zu erfahren, wie unsere Wirkung auf andere ist. Hilfreich dabei ist eine innere Haltung der Wertschätzung der eigenen Person, sowie die Möglichkeit selbst zu entscheiden, was jeweils vom Feedback angenommen wird und was nicht.

Nicht nur im privaten Umfeld ist die Verkleinerung des C-Bereichs aus dem Johari-Fenster erstrebenswert, sondern insbesondere auch im Bereich der beruflichen Zusammenarbeit. Da Menschen häufig viel Zeit bei der Arbeit verbringen, ist der Kreis der Arbeitskollegen ein mögliches, soziales Feedback-Feld, wenn die Chefs und Kollegen es verstehen miteinander positiv und konstruktiv umzugehen.

Ein offener und transparenter Umgang mit dem, was Menschen bewegt, signalisiert die Bereitschaft, Informationen über sich preiszugeben und anderen zu vertrauen. Dazu zählt auch das aufmerksame und einfühlsame Zuhören und Nachfragen bei Unklarheiten oder wenn sich Störgefühle einstellen. Die Autoren verweisen in diesem Zusammenhang auf die Methode der Gewaltfreien Kommunikation nach M. Rosenberg (Rosenberg 2016), die stets die Wertschätzung der Person, eine Haltung des Gebens von Herzen und der Bereitschaft zur Empathie zur Grundlage hat.

„Ehrlichkeit und Empathie sind das Herz einer Kommunikation, die es uns ermöglicht, unsere Ressourcen zu teilen und unsere Differenzen friedlich zu lösen.“ (Rosenberg 2019, S. 8)

5 Forschungsdesign

Ziel dieser Forschung ist es, den spezifischen Bedingungskontext von KlinSA:innen innerhalb interdisziplinärer Zusammenarbeit in stationär-rehabilitativen Settings zu analysieren, um damit einen Beitrag zum wissenschaftlichen Fachdiskurs und zur Weiterentwicklung der Handlungswissenschaft Klinischer Sozialer Arbeit zu leisten. Die Forschung ist dabei auf den vorgegebenen zeitlichen und personellen Rahmen begrenzt und daher auf einige Aspekte limitiert. Die erhobenen Perspektiven wurden um eine dritte Perspektive, die der Evidenzbasierung, ergänzt.

5.1 Forschungsinteresse

Inhaltlich geht es um die Darstellung der erlebten Perspektiven aus der Selbst- und Fremdwahrnehmung KlinSA und deren relevanten Berufskolleg:innen, der Klinischen Psychotherapeut:innen, zwischen denen aufgrund der vermuteten Kompetenzzuordnungen Überschneidungen bestehen. Einschätzungen zum Bedingungskontext, Grundsätze und Irritationen sowie soziale Interaktionen mit Klient:innen stehen dabei im Fokus des Interesses. Forschung in der Sozialarbeitswissenschaft hat eine fast hundertjährige Tradition. Empirische Beiträge zum wissenschaftlichen Diskurs werden als verschriftlichtes, professionelles Handlungswissen angesehen, welches nach (Merten; Engelke 1995) ein Bindeglied zwischen „Sozialer Arbeit an der Front“, Theorie, Praxis und Forschung der Sozialarbeitswissenschaft bildet. Obwohl der Diskurs um genannte Verbindungen immer wieder, speziell auch von Praktiker:innen Sozialer Arbeit kontrovers geführt wird, verfügt empirisch generiertes Wissen über ein großes Potential. So wird argumentiert, dass die Verbindung von Theorie, Praxis und Forschung auf der einen Seite Position und Profession Sozialer Arbeit in multi- und interdisziplinären Teams stärken kann (Steiner in Dettmers; Bischof 2019, S. 87). Auch stellt

sie für AdressatInnen sozialer Arbeit einen Gewinn an Unterstützungsleistungen bei der Versorgung innerhalb ihrer individuellen Lebenslagen dar.

Die vielfältigen Anforderungen im Berufsalltag von KlinSA:innen ergeben sich aus den komplexen, oft mehrfach problembelasteten Lebenslagen ihrer Klientel, aber auch aus den strukturellen Rahmenbedingungen des Arbeitsalltags. Mithilfe dieses empirischen Beitrags soll ein klareres Verständnis von Praktiker:innen aus ihrer beruflichen Praxis aufgezeigt werden, welche Aspekte sie auf die Frage nach gelingender Praxis aufzählen, und wie diese optimiert werden könnte.

Innerhalb der interdisziplinären Zusammenarbeit, welchem ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit zugrunde liegt, soll die distinktive Position von Klinischer Sozialer Arbeit gefestigt werden. In diesem Sinne handelt es sich hier um eine empirische Beschreibung einiger Aspekte der aktuell erlebten, beruflichen Praxis von Sozialarbeitenden im klinischen Kontext mit Blick auf zukünftige Entwicklungspotentiale.

5.2 Zieldefinition

Die rechtliche Verankerung von KlinSA mit ihren vielfältigen Interventionsformen und Angeboten soll durch klarere Abbildungen ihrer Möglichkeiten und Zuständigkeiten gefördert werden, was nicht zuletzt den Klienten zugutekommen soll. Ausgehend von diesem Interesse soll mithilfe dieser Arbeit ein Ausschnitt des beruflichen Erlebens KlinSA:innen und ihren professionsnahen Berufskolleg:innen, den KlinPSY:innen, aufgezeigt werden.

Die Aufteilung der Zuständigkeiten, mögliche Überschneidungen innerhalb der untersuchten, interdisziplinären Teams, sowie die Art und der Zeitpunkt der Hinzuziehung Sozialer Arbeit werden aufgezeigt. Beleuchtet wird die professionell-soziale Anerkennung der KlinSA innerhalb des beruflichen Kontexts, sowie prinzipielle Grundsätze und Irritationen aus der gelebten Praxis.

Die Frage nach der Arbeitszufriedenheit der Professionellen und günstige Einschätzungen kommen ebenfalls zur Sprache. Von Interesse sind klassischen und gesundheitsbezogene Methoden Sozialer Arbeit, die im Forschungsfeld angewandt werden, sowie die Anwendung von therapienahen Interventionen im Arbeitsalltag der befragten Fachpersonen.

Zu diesen Themen ist auch die Sicht der Berufskolleg:innen relevant und fließt in die Ergebnisse mit ein. Von Interesse sind mögliche Fehler im Berufsalltag, wie Erkenntnisse oder Lebensweisheiten von Sozialarbeiter:innen aus ihrer bisherigen Berufserfahrung, die diese an Berufseinsteiger:innen weitergeben würden.

Im Anschluss an die Auswertung der Daten werden die unterschiedlichen Perspektiven in Relation zueinander gesetzt. Die Perspektive der Evidenzbasierung bietet hierbei weitere Bezugspunkte neben den Perspektiven der oben genannten Professionen. Die

Vorgehensweise einer triangulären Gegenüberstellung der Perspektiven sollen zur Entwicklung der Professionalisierung Klinischer Sozialer Arbeit beitragen.

Auf die exemplarisch gewählten Einrichtungen und deren handlungsleitende Theorien wird im einleitenden Theorieteil eingegangen. Ergänzend dazu wird ein kurzer Abriss der historischen Entwicklung Klinischer Sozialer Arbeit im deutschsprachigen Raum aufgezeigt. Im Fokus des Forschungsteils dieser Arbeit steht die kritische Erfassung von beruflichen Selbst- und Fremdbildern Sozialer Arbeit in stationären, rehabilitativen Settings. Das Ziel ist somit die qualitative Erhebung und Repräsentation subjektiver Sichtweisen der befragten Personen, wodurch soziale Sachverhalte aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden sollen.

5.3 Forschungsfragen

Das Ziel dieser Arbeit ist es, ein umfassenderes Gesamtbild über die spezifische Form von Klinischer Sozialer Arbeit in Rehakliniken zu bekommen und dabei Unterschiede und Gemeinsamkeiten jeweiliger Sichtweisen, Psychotherapeut:innen und Sozialarbeiter:innen zu identifizieren. Der spezifische Erkenntnisgewinn und daraus abgeleitete Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Profession KlinSA bilden den abschließenden Ausblick dieser Arbeit. Dabei sollen Anregungen für Veränderungen entstehen, welche zur Verbesserung von Effizienz und Nachhaltigkeit klinisch-sozialen Interventionen beitragen sollen.

Da die Klinische Soziale Arbeit Menschen in komplexen Problemlagen und gesundheitlichen Einschränkungen berät und behandelt, sind ihre Aufgaben komplex und vielfältig, wie die Bestände des theoretischen Erklärungs- und Handlungswissens, welchem sie sich bedient. Das theoretische Wissen, welches aus den Bezugswissenschaften der Human- und Sozialwissenschaften als auch aus der originären Sozialarbeitswissenschaft generiert wird, soll dabei den Klient:innen zu Nutzen gemacht werden und vielfältige, ans Individuum angepasste Interventionsmöglichkeiten bereitstellen. Ausgehend von sämtlichen Grundlagen aus den Disziplinen wird die tatsächliche Praxis näher betrachtet und mithilfe folgender Fragen ein Versuch gemacht, Teile der praxeologischen Wirklichkeit an die theoretische Diskussion rückzuführen. Dabei wird folgender Frage nachgegangen:

„Wie erleben Fachpersonen Klinischer Sozialer Arbeit ihre berufliche Rolle sowie ihre professionellen Kompetenzen im beruflichen Kontext innerhalb interdisziplinärer Teams, und wie werden sie von beruflich relevanten Außenpersonen wahrgenommen werden?“

Weiters werden folgende Unterfragen behandelt:

- Wo stimmen die Sichtweisen über die einzelnen Aspekte weitgehend überein, wo unterscheiden sie sich stärker voneinander? In welchen Bereichen liegen größere Differenzen?

- Wie können diese unterschiedlichen Sichtweisen zueinander in Relation gesetzt werden?
- Wie kann durch eine kritische Erfassung von professionellem Selbst- und Fremdbild die Effizienz und Wirksamkeit von klinisch-sozialen Interventionen im stationären, rehabilitativen Setting gefördert werden?
- Wie wichtig ist der Sozialdienst im Kontext Rehabilitation und die professionelle Arbeit, die er leistet?
- Wo liegen Anregungen für Veränderungen?

5.4 Das Expert:inneninterview

Die qualitative Vorgehensweise dieser Forschung zielt bewusst auf das individuelle Sinnerleben und die beruflichen Rollen einzelner Mitglieder innerhalb interdisziplinärer Teams ab. Daher erfolgt die Erhebung der Daten für den empirischen Teil dieser Arbeit mithilfe eines Experten:inneninterviews, welches eine Mischung aus narrativen und teilstrukturierten Fragen enthält. Als Einstieg dient eine Frage zum Aufwärmen, die bereits themenbezogen und standardisiert an alle Personen gestellt wird.

Den Hauptteil des Interviews bildet eine erzählgenerierende Hauptfrage. Während der Beantwortung dieser Frage besteht die Aufgabe der Interviewerin sich weitestgehend zurückzunehmen und keine Zwischenfragen zu stellen. Hierbei rückt die Person der Interviewerin bewusst in den Hintergrund und übernimmt lediglich die Rolle der Zuhörer:in innerhalb des Gesprächs. Diese Vorgehensweise zielt darauf ab, dass themenbezogene, individuelle Inhalte zur Sprache kommen können, welche dann vom Relevanzsystem der zu befragenden Person abhängig sind.

Auf dem Kontinuum von Offenheit und Strukturierung werden die Interviews weitgehend offen gestaltet und kommen mit einem Mindestmaß an Strukturierung aus. Zur Beantwortung der Frage sollen die Sprecher möglichst frei und in eigener Sprache antworten. Danach geht das Interview in einen zweiten Teil über, der als teilstrukturiert-problemzentriert beschrieben werden kann. In diesem Teil des Interviews werden Rückfragen auf die zuvor beschriebene Erlebniserzählung gestellt.

Auch wurden Fragen zu weiteren Bereichen der zuvor theoretisch gebildeten Forschungsaspekte erhoben. Aus diesem Wechsel in der Gesprächsführung ergab sich eine direktivere Vorgehensweise, die einen stärker dialogischen Verlauf zur Folge hatte. Die Fragen, entstanden aus der vorhergehenden Literaturrecherche, sollten nun Erkenntnisse aus der Praxis über den Forschungsgegenstand erheben. Daher konnten die Fragen aus den Interviews später zur deduktiven Bildung der Kategorien im ersten Codier Durchgang herangezogen werden.

Deduktive und induktive Vorgehensweisen werden von Kruse (2015, S. 154) in Anlehnung an Witzel als zwei Pole eines Kontinuums beschrieben und dafür plädiert, diese beiden stets als Wechselverhältnisse miteinander zu kombinieren. Somit solle gewährleistet werden, dass Sichtweisen, subjektive Deutungen und Wahrnehmungen von den Befragten offengelegt und von den Forscher:innen ausgehend ihres theoretischen Vorwissens vertiefend analysiert werden können.

Die Form der hier vorliegenden Interviews kann auch als theoriegenerierendes Expert:inneninterview bezeichnet werden. Die Befragten sind die Expert:innen ihrer berufsbiografischen Lebenswelt, weshalb die Interviews in diesem Kontext eher als Fachgespräche geführt werden.

5.5 Das Sampling

Zugang zum Untersuchungsfeld

Um eine Heterogenität der Fallauswahl und des Untersuchungsfelds abzubilden wurden verschiedene Rehakliniken in Süddeutschland kontaktiert. Die Mitarbeiter:innen der Rehakliniken konnten über E-Mail und über Telefon erreicht werden, wobei sich das telefonische In-Kontakt-Treten als besser geeignete Vorgehensweise herausstellte. Auf E-Mails als Erstkontakt wurde wenig oder überhaupt nicht reagiert. Die Erreichbarkeit über Kontaktformulare der Rehakliniken gestaltete sich ebenfalls schwierig, da diese meist nur die Angestellten an der Rezeption erreichten, was in den meisten Fällen zu keinem weiteren Kontakt mit den Mitarbeitenden führte.

Auch das postalische, persönliche Anschreiben per Brief stellte sich als Möglichkeit heraus, die jedoch ebenfalls nicht immer zu einem weiterführenden Kontakt führte. Letztendlich wurden trotz einer Fülle an kontaktierten Einrichtungen nur an drei verschiedenen Kliniken Erhebungen durchgeführt. Dies sind eine Rehaklinik mit Innere Medizin/Kardiologie, eine mit Orthopädie/Unfallchirurgie, eine mit Hörbehinderung/Tinnitus und eine mit Schwindel sowie Psychosomatik als Schwerpunkte. Des Weiteren wurden Mitarbeitende einer onkologischen Rehaklinik und einer Fachklinik für Psychosomatik und Pneumologie befragt.

Vorab wurden grundlegende Informationen zum Thema der Interviews und zum Forschungsinteresse der Masterarbeit weitergegeben, sowie zum Umgang mit den vertraulichen Daten durch Anonymisierung und der Löschung der Audiodateien nach Ende des Projekts. Die Einverständniserklärung dazu wurde von beiden Seiten, Interviewerin und Befragter/Befragtem unterschrieben.

Auswahl des Samplings

Die Idee, das Praxisfeld von KlinSA, die im stationären Bereich von Rehakliniken tätig sind zu erforschen, entstand im Gespräch mit der Studiengangsleitung des Masterstudienganges Klinische Soziale Arbeit an der Fachhochschule Vorarlberg. Die zahlreichen Rehakliniken, die in grenznaher Gegend angesiedelt sind, bieten ein breites Forschungsfeld. Dennoch gestaltete sich die Suche nach Personen, die für ein Interview zur Verfügung stehen, eher schwierig. Diese Schwierigkeiten lassen sich mit der schweren Erreichbarkeit der Professionellen, mit einem Mangel an Personal und nicht zuletzt aufgrund der Corona-Pandemie beschreiben. Dennoch weist das Sampling dieser Forschungsarbeit spezifische Merkmale auf, die es ermöglichen, aus dem Datenmaterial valide Aussagen ableiten zu können. Im Sinne der rekonstruktiven Sozialforschung wird somit neues Wissen generiert, welches, laut Kruse (Kruse 2015, S. 237), als wissensanwendend gesehen wird. Die aus dem Sample gewonnenen, exemplarischen Aussagen dienen in abstrahierter Weise als Verlängerung, mithilfe derer Rückschlüsse auf andere Fälle gezogen werden können. Dieses Verfahren wird als Induktion bezeichnet.

Beschreibung des Samplings

Für die Bildung der Samples wurden die Berufsgruppen der KlinPSY und der KlinSA ausgewählt, die gemeinsam im interdisziplinären Team mit anderen Professionen in den Rehakliniken zusammenarbeiten. Die Aufgabenbereiche dieser beiden Berufe sind miteinander verwoben, was in Kapitel 2.3.2 dieser Arbeit anhand des bio-psycho-sozialen Modells genauer beschrieben ist.

Bei der Zusammenstellung der Interviewpartner:innen aus der Berufsgruppe der KlinSA war die Tätigkeit im klinischen, gesundheitsbezogenen Setting entscheidend, die Pauls in Klinische Sozialarbeit (2013, S. 184) beschreibt.

In der Hauptsache besteht das vorliegende exemplarische Sample aus diesen Merkmalen:

Die interviewten Personen sind entweder klinische Psychotherapeut:innen (im folgenden KlinPSY) oder klinisch tätige Sozialarbeiter:innen (KlinSA) im stationären Setting in Rehakliniken in Süddeutschland.

Diese KlinSA weisen eine psychosozialen Qualifikation auf oder sie gehen der gesundheitsbezogenen Tätigkeit in einer Rehaklinik aufgrund einer generalistischen Ausbildung nach.

Es wurde versucht, eine ausgewogene Mischung von Alter und Geschlecht der befragten Personen zu erzielen, was jedoch nicht möglich war. Somit wurden jene Personen befragt die Verfügung standen.

Es wurden Personen befragt, die mindestens drei Jahre oder länger im angeführten Bereich arbeiten.

Die befragten Personen weisen unterschiedliche weiterführende Qualifikationen auf, beispielsweise in der Sozialmedizin, Beratung, insbesondere aber im sozial- und arbeitsrechtlichen Bereich. Die Dauer der Berufsjahre variiert von drei bis einunddreißig Jahren. Ein ausgewogenes Verhältnis der Geschlechter in der Befragung wurde angestrebt, wobei sich trotz intensiver Bemühungen um männliche Teilnehmer mehr weibliche Personen für ein Interview zur Verfügung stellten, nur eine Person von insgesamt sechs ist männlich. Es konnten Personen aus unterschiedlichen Kliniken gewonnen werden.

Erstellung des Leitfadens

Die im Zuge dieser Forschungsarbeit geführten Interviews wurden mithilfe eines Interviewleitfadens strukturiert, um dem spezifischen Forschungsinteresse nachgehen zu können. Einige Fragen oder Teile von Fragen konnten aus der qualitativen Studie „Handlungskompetenz in der Jugendhilfe“ (Flad; Schneider; Treptow 2008, S. 30ff) generiert werden. Dabei wurde der Forschungsgegenstand in mehrere Themenblöcke unterteilt, die sich im Leitfaden des Interviews widerspiegeln. Die zugehörigen Fragen wurden möglichst offen gestellt, um eine Bandbreite an Antwortmöglichkeiten zuzulassen.

Die Themenblöcke des Leitfadens sind:

- Multiperspektivischer Ablauf in der Rehaklinik
- Zuständigkeiten und Kompetenzzuordnung im interdisziplinären Team
- Erwartungen an die eigene Profession
- Art und Zeitpunkt der Hinzuziehung Sozialer Arbeit
- Professionell-Soziale Anerkennung von KlinSA innerhalb des Teams
- Prinzipielle und wertmäßige Grundsätze und Irritationen
- Günstige Einschätzungen
- Therapienahe Interventionen die zur Anwendung kommen
- Qualifikationsprofile für KlinSA:innen in der Selbstwahrnehmung
- Qualifikationsprofile für KlinSA:innen in der Fremdwahrnehmung
- Mögliche Fehler
- Lebensweisheit aus bisheriger Berufserfahrung

Die Fragen aus den Interviews sind teilweise über die Literaturrecherche entstanden, teils aus Gesprächen mit Mitstudierenden und Lehrpersonen in den Lehrveranstaltungen des Masterstudienganges. Zum Zwecke der Orientierung und Information wurde den Gesprächsteilnehmer:innen das Thema dieser Forschungsarbeit bereits im Vorfeld mitgeteilt.

Aufgrund der Vergleichbarkeit der späteren Ergebnisse bekamen alle Interviewpartner dieselben Fragen.

Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden aufgrund von Kontaktbeschränkungen während dem Abklingen der Corona-Pandemie teilweise telefonisch durchgeführt. Bei der Hälfte der Interviews war jedoch ein persönliches Gespräch möglich, was die Gesprächsführung für die Interviewerin erleichterte und Inhalte aufgrund der wahrnehmbaren Gestik und Mimik einfacher validiert werden konnten.

Den Befragten sollte die Möglichkeit gegeben werden, frei zu den genannten Themen zu sprechen. Teilweise wurden während des laufenden Interviews aufrechterhaltende Zwischenfragen gestellt, zum einen, wenn der Redefluss ins Stocken geriet, zum anderen, um der Person die Möglichkeit zu geben, genauer auf die Details der Erzählung einzugehen. Ein Abfragen im negativen Sinne sollte vermieden werden.

Auch die Reihenfolge der gestellten Fragen konnte variieren, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt des Gesprächs diese inhaltlich am besten passte. Teilweise wurden Fragen nur noch kurz angeschnitten, wenn diese bereits fast beantwortet waren. Wurde beispielsweise in einer Aussage bereits auf relevante Themen eingegangen, so wurden diese später nicht erneut abgefragt. Damit sollte eine Wiederholung von Fragen und Themen vermieden werden.

Eine interviewte Person brachte unerwartet eine neue Mitarbeiterin mit zum Gesprächstermin und bat kurz zuvor um die Erlaubnis ihrer Teilnahme. Diese Mitarbeiterin machte sich während des Gesprächs Notizen. Tatsachen wie diese erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Aussagen in unterschiedlichen Settings unterschiedlich ausfallen können.

Offenheit versus Strukturierung

Laut Kruse (2015, S. 224) befindet sich jedes Interview auf einem Kontinuum zwischen Offenheit und Strukturierung, da ein Interview stets eine Form des Dialogs darstellt, und somit das Gesagte der interviewenden Person zumindest ein geringes Maß an Struktur in das Gespräch bringt. Die Prinzipien der Offenheit und Kommunikation, die für die qualitative Sozialforschung typisch sind, bedeuten auch für diese Arbeit ein Spannungsverhältnis. Als Einstieg ins Gespräch diente eine leicht zu beantwortende Aufwärm-Frage. Insbesondere die zweite Frage wurde offen formuliert und zielte darauf ab, das freie Erzählen anzuregen. Auch die weiteren Fragen wurden möglichst offen gestellt, um eine große Bandbreite von Antworten zu erzielen. (Kruse 2015, S. 211)

Um dem Prinzip der Offenheit in der qualitativen Sozialforschung gerecht zu werden, wurden geschlossene Fragestellungen sowohl in der Erstellung des Leitfadens als auch in der späteren Anwendung vermieden (ebd, S. 215). Darüber hinaus wurde darauf geachtet, möglichst keine

wertenden, suggestiven oder direktiven Fragen zu stellen. Ein immanentes Fragen jedoch war möglich, worunter ein Aufgreifen des Gesagten verstanden wird.

Transkription der Interviews

Die Transkription der Interviews innerhalb dieser Arbeit erfolgte nach den vereinfachten Transkriptionsregeln wie von Dresing und Pehl (2018, S.17ff) beschrieben. Dabei standen in erster Linie die Inhalte der Gespräche und die Semantik der Interviews im Fokus des Interesses. Nonverbale Aspekte der Kommunikation wurden nur beachtet, wenn einzelne Wörter oder Satzteile stark betont wurden. Diese Vorgehensweise wird mit dem vorgegebenen Umfang der Arbeit begründet, aber auch mit der Tatsache, dass Interviews teilweise am Telefon geführt worden sind.

Zur Linguistik der Interviews

Die gestellten Fragen sollten weder unverständlich noch kompliziert oder mehrfach formuliert sein. Nach dem Schlüsselprinzip von Hofmann Riem (1980, S.346f in Kruse 2015, S.217) vorgehend, ist es wichtig, die Wortwahl, bzw. das Sprechmuster an den Gesprächspartner anzupassen und nicht zu viele Fremd- oder Fachwörter zu verwenden. Aus diesem Grund kamen auch Worte wie „eben, auch, denn, so“ zum Einsatz. Diese dienen als sogenannte Abtönungspartikel zum Abfedern der Direktheit und Schärfe der gestellten Fragen (ebd.).

5.5.1 Erstellung des Kodierleitfadens

Der Kodierleitfaden, der zu einem ersten, deduktiven Codieren des Textmaterials herangezogen wurde, orientierte sich am Interviewleitfaden, der folgende Themenblöcke beinhaltet:

Typischer Fall

Das Erleben eines typischen Falls in der Rehaklinik

Zuständigkeiten

Aufteilung von Arbeit im interdisziplinären Team

Erwartungen KlinPSY

an die eigene Profession, für wie angemessen sie empfunden?

Erwartungen KlinSA

An den Sozialdienst, für wie angemessen werden sie empfunden?

Art der Hinzuziehung

Art der Hinzuziehung KlinSA

Zeitpunkt der Hinzuziehung

Zeitpunkt der Hinzuziehung KlinSA

Professionell-soziale Anerkennung

Inwieweit fühlt sich die KlinSA innerhalb des Teams professionell-sozial anerkannt

Werte

Werte der befragten Person bezogen auf ihre Arbeit

Sinnhaftigkeit

Erleben und Aspekte von Sinnhaftigkeit bei der Arbeit

Therapeutische Methoden

Therapeutische Methoden die zur Anwendung kommen

Fähigkeiten

Notwendige Fähigkeiten für diese Arbeit, aus Sicht der Befragten

Fehler

Mögliche Fehler in dieser Arbeit, aus Sicht der Befragten

Erkenntnis / Wissensschatz

Erkenntnis / Wissensschatz aus bisheriger Berufserfahrung

5.6 Inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse

Die Ergebnisse wurden mithilfe der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz 2018, S97ff), die als zentralste Methode der qualitativen Sozialforschung gesehen wird, herausgearbeitet. Kategorien werden mittels zirkulärem Verfahren mithilfe von Rückkopplungsschleifen festgelegt (Mey; Mruck 2020, S. 499).

Dabei wurde das Textmaterial in einem ersten Codierdurchlauf anhand vorab deduktiv gebildeter Kategorien systematisch analysiert. Diese aus der Theorie abgeleiteten Hauptkategorien bildeten das erste Gerüst an Kategorien, die im späteren Verlauf der Analyse weiter ausdifferenziert wurden. Die Hauptkategorien, angelehnt an die Forschungsfrage und operationalisiert durch die Interviewfragen, dienten der Übersichtlichkeit der Ergebnisdarstellung.

In einem zweiten Durchlauf wurden Subkategorien induktiv entlang des Materials gebildet. Diese wurden in eine Tabelle zusammengetragen, wodurch ein übersichtliches Kategoriensystem erstellt werden konnte.

5.6.1 Kategoriensystem

	Kategorie mit Unterkategorien	Kategoriedefinition	Ankerbeispiel	Codierregel
K1	Bedingungskontext	Die tatsächlichen, aus Sicht der Befragten vorgefundenen Gegebenheiten, innerhalb derer sich die interdisziplinäre Arbeit in den Rehakliniken abspielt.	"Wir haben einmal die Woche eine, ja, komplette Fallbesprechung mit dem gesamten Team, wo jeder Patient, wo es quasi Baustellen gibt, auch nochmal individuell besprochen wird und da ist schon auch oft ähm meine Hürde, dass die Beurteilung, wie der Patient entlassen wird, natürlich auch erst zum Ende der Reha feststeht, aber das was danach noch eingeleitet werden soll dann auch noch kurz vor Ende der Reha irgendwie funktionieren soll." 2. Interview, Z. 12	Textstellen, welche die tatsächlichen Gegebenheiten wie Zuständigkeiten, Ablauf aus Sicht der Befragten wiedergeben, sowie materielle, finanzielle, personelle oder ideelle Einschätzungen.
K1.1	Tätigkeitsdauer	Erfasst die Dauer der beruflichen Tätigkeit im rehabilitativen Gesundheitsbereich der befragten Person in Jahren.	"Im Reha-Bereich, oh, da lassen Sie mich mal zusammenrechnen. 22 Jahre." Interview 6, Z. 2	Kodiert werden alle Textstellen, die die Dauer der Tätigkeit angeben.
K1.2	Setting	Unter Setting werden alle Rahmenbedingungen, in welchem die Klinische Soziale Arbeit arbeitet, verstanden. Es beinhaltet sowohl die äußeren Gegebenheiten wie räumliche und zeitliche Vorgaben, als auch den Zugang und die Struktur.	"Und dann bin ich da einfach in diesem Sozialtherapeutischen Bereich, in dem ich mir eben die Sozialstrukturen des Patienten anschau, entweder im Einzel oder in der Gruppe, und im Austausch, gemeinsam Lösungen finde." 3. Interview, Z. 15	Codiert werden alle Textstellen, die das spezifische, räumliche und zeitliche Setting der Sozialen Arbeit im stationären, rehabilitativen Kontext beschreiben, die auch ausschlaggebend dafür sind, dass aus Sicht der Befragten therapienahe oder keine therapienahe Arbeit geleistet wird.

Abbildung 2: Auszug aus dem Codierplan

Das Kategoriensystem beinhaltet die Nummerierung der Haupt- und Unterkategorien, die Definitionen der Kategorien sowie je ein Ankerbeispiel und die zugehörige Codierregel. Die kleinste Analyseeinheit von Codes bei der strukturierenden Textarbeit ist mindestens ein ganzer Satz, welcher auch ohne den ihn umgebenden Text verstanden werden soll. Auch ganze Absätze werden als Analyseeinheiten belassen und in einem weiteren Schritt auf ein höheres Abstraktionsniveau zusammengefasst. Das vollständige Kategoriensystem ist im Anhang zu finden. Es enthält die Bezeichnungen und Definitionen der einzelnen Kategorien sowie je eine Codierregel und eine Ankerstelle aus dem Textmaterial.

Bei einem ersten Durchlauf der Erstellung von Codiereinheiten (Textstellen) ist oberstes Kriterium, dass die zu codierte Textstelle ohne den sie umgebenden Text verstanden werden muss. Auch eine einleitende Frage des Interviewers kann zu einer Codiereinheit gehören, wenn diese zum Textverständnis erforderlich ist. Auf diese Weise wurde eine Sinneinheit gebildet, die in enger Verbindung zur Fragestellung und zum Forschungsinteresse steht. „Leitend ist hier die Frage: „Was wird zu diesem Thema alles gesagt?“ Und gegebenenfalls auch die Frage: „Was kommt nicht oder nur am Rande zur Sprache?“ (Kuckartz 2018, S. 118). Die anfänglich gebildeten Kategorien sollten noch nicht zu ausdifferenziert und umfangreich sein, jedoch eine möglichst präzise Beschreibung der Einheiten unter Berücksichtigung des späteren Ergebnisberichts enthalten. Beschreibungen wurden hinsichtlich der Abgrenzung zwischen Kategorien formuliert, damit Zuordnungen unterschieden werden konnten (Mayring 2015, S. 97).

Das Kategoriensystem wurde übersichtlich in eine Tabelle übertragen. Auf diese Weise sollte gewährleistet werden, dass alle inhaltstragenden Textteile aus den Haupt- in die Subkategorien subsumiert werden können, wodurch die Intercodierreliabilität gewährleistet werden sollte.

Nach Erstellung des Kategoriensystems wurden die codierten Texte aus den Interviews mittels Paraphrasierungen auf das Wesentliche gekürzt. Anhand dieser Form der Systematisierung können die extrahierten Ergebnisse aus den Interviews zur weiteren Analyse und schlussendlich zur Beantwortung der Forschungsfrage weiterverarbeitet und in die Ergebnisdarstellung eingearbeitet werden.

5.7 Forschungsethik

Aus Gründen der Forschungsethik wurden die angefragten Personen über ihre Rechte und Pflichten der Teilnahme am Forschungsvorhaben informiert und auf den sensiblen Umgang mit ihren Daten hingewiesen. Die größtmögliche Transparenz des Vorgehens wurde angestrebt, weshalb alle Beteiligten vor Gesprächsbeginn ausreichend über das Thema des Vorhabens informiert wurden. Gleichzeitig wurde darauf geachtet, nicht zu viele Informationen weiterzugeben, um ein spontanes Antworten zu gewährleisten. Dieses Vorgehen war wichtig, um den Gesprächspartnern Orientierung und Sicherheit zu geben, sollte jedoch die Möglichkeit ausschließen, dass die Befragten sich mögliche Antworten im Voraus überlegen.

Aufgrund des Datenschutzes wurden im weiteren Verlauf der Analyse und Auswertung der Interviews alle Namen und Institutionen anonymisiert, um mögliche Rückschlüsse auf die Befragten auszuschließen.

Noch vor Beginn des Interviews erhielten alle Teilnehmer:innen die Aufforderung zur Unterzeichnung einer Einverständniserklärung, welche auch den Hinweis über die Möglichkeit des nachträglichen Widerrufs der Verwendung der Daten enthält. Somit wurde die Möglichkeit der Weiterverwendung der Daten nach der Erhebung sichergestellt.

Im Zusammenhang mit der Erhebung des beruflichen Erlebens und Handelns wurde darauf Wert gelegt, nicht nur die Interessen der Forscherin zu verfolgen, sondern auch die der Befragten zu berücksichtigen (Mayring 2002, S. 146). Beispielsweise wurden Berufskolleg:innen KlinSA nicht nur über den Sozialdienst in der Rehaklinik zu befragen, sondern auch zu ihrer eigenen beruflichen Expertise und ihrem Handeln.

Aufgrund der semi-strukturierten Interviewführung (Reihenfolge und Formulierung der einzelnen Fragen betreffend), die sich am Verlauf des jeweiligen Interviews orientiert, können die gemachten Aussagen nicht in Hinblick auf ihre Häufigkeit analysiert werden.

Abschließend wird, wo möglich und sinnvoll eine dritte Perspektive, die der Evidenzbasierung hinzugefügt.

6 Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus der Befragung der KlinSA:innen dargestellt. Die codierten Textstellen wurden qualitativ-strukturiert jeweils in einen von drei Themenblöcken „Bedingungskontext“, „prinzipielle und wertmäßige Grundsätze und Irritationen“ sowie „therapienahe Interventionen“ eingeteilt.

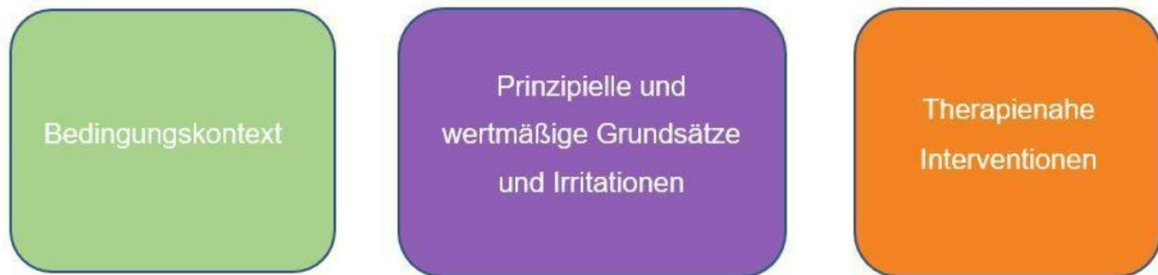


Abbildung 3: Hauptkategorien, eigene Abbildung

6.1 Selbstwahrnehmung

In den folgenden Kapiteln und Unterkapiteln werden die Ergebnisse aus der Selbstwahrnehmung KlinSA:innen wiedergegeben. Die inhaltlichen Überschriften richten sich jeweils nach der Fragestellung beziehungsweise nach der Subkategorie.



Abbildung 4: erste Hauptkategorie mit Subkategorien

6.1.1 Bedingungskontext

Unter dem Bedingungskontext werden die tatsächlich vorgefundenen Gegebenheiten der interdisziplinären Arbeit im rehabilitativen, stationären Setting gemeint und wie diese aus Sicht der befragten KlinSA:innen erlebt werden. Die Ergebnisse aus den einzelnen Fragen sind in Subkategorien unterteilt und nach Thema strukturiert dargestellt.

Dauer der Tätigkeit

Die Frage nach der Dauer der Tätigkeit in der Rehabilitation ergibt, dass zwei der befragten Personen seit drei Jahren und eine Person seit annähernd 20 Jahren in diesem Bereich arbeiten.

Setting

Die KlinSA im rehabilitativen, stationären Setting arbeitet mit ihren Patient:innen in unterschiedlichen Settings. Neben der Informationsvermittlung von sozialrechtlichem und Vernetzungswissen in Vorträgen arbeitet sie auch im Setting von Einzel-Gesprächen.

Im Bereich der Somatik wird berichtet, die direkte Einzelarbeit mit Klient:innen verlaufe unter einem großen Zeitdruck. Pro Patient gäbe es jeweils nur ein Zeitfenster von 30 Minuten, es sei denn, ein Patient bekomme eine Verlängerung der Reha bewilligt. Im Rahmen des Entlass Managements wird die soziale Anamnese erhoben. Dabei werde Vieles abgefragt, wie die häusliche Situation, das Vorhandensein von Angehörigen, das Vorhandensein von Barrieren, die finanzielle Situation und die Anbindung zu weiteren sozialen Kontakten. Gefragt werde auch, ob bereits eine Einstufung in einen Pflegegrad bestehe oder ob dieser noch beantragt werden müsse. Es sei viel herumzutelefonieren und zu organisieren bei der Arbeit.

Besonders bei Patienten mit psychosomatischer Komponente sei das gemeinsame Entwickeln von Perspektiven in der kurzen Zeit von 30 Minuten schwierig. Manchmal komme es vor, dass Patienten eine Verlängerung der Reha bekämen und diese auch ein zweites oder drittes Mal einbestellt werden. Dann gäbe es mehr Möglichkeiten mit diesen Personen neue Perspektiven zu erarbeiten, was allerdings selten vorkomme. Werde dieser weitere Termin jedoch zu kurzfristig angefragt, könne es sein, dass der Terminplan schon voll sei und er/sie nur noch schwierig untergebracht werden könne. Dann müsse in 30 Minuten oft ganz viel passieren.

Zwei von drei KlinSA:innen geben an, eher weniger sozialtherapeutische oder therapeutisch orientierte Methoden anzuwenden, obwohl sich dies am Anfang erhofft wurde.

Aufgrund der hohen Patientenzahl in der Abteilung und dem zeitlichen Problem sei es jedoch nur möglich, wirklich dringend Notwendiges zu organisieren. Dazu zählen laut Befragten viel

Formalitäten wie auch das Anträge stellen. Um für eine halbe Stunde lediglich das Gespräch an sich zu suchen, bliebe nicht mehr viel Zeit.

Die KlinSA:in im Bereich Psychosomatik gibt die soziale Gruppenarbeit als Klassiker in ihrer Arbeit an. Problemanalysen würden gemeinsam mit den Klient:innen in einer Gruppenarbeit in drei Schritten durchgeführt. Diese beinhalten zunächst die Ist-Analyse, des Weiteren folgten Lösungsstrategien, aus welchen sich schlussendlich Handlungsstrategien ergäben. Dabei benennt die Befragte verschiedene Arten von Zielgruppen, die an Gruppenarbeiten teilnehmen: Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie Personen in Berufsorientierungsgruppen.

Innerhalb der Gruppenarbeit gäbe es verschiedene Settings, wie das Arbeiten in Kleingruppen und Vorarbeit in Form von Arbeitsblättern. Die Arbeitsblätter würden von den Klienten vorab allein in ihren Zimmern ausgefüllt. Aus der Arbeit und Vorarbeit in den Gruppen entstehe nicht selten der Wunsch für ein Vier-Augen-Gespräch im Sozialdienst, damit auch heikle, schambesetzte Themen wie Mobbing oder Missbrauch besprochen werden könnten.

Zuständigkeiten und Kompetenzzuordnung

Aufgezählt werden die Zuständigkeiten eines Sozialdiensts im Bereich der Somatik. Diese Aufzählung wird mit der Bemerkung ergänzt, dass der Sozialdienst in dieser Klinik in dieser Form erst seit 3 Jahren existiere. Erwähnt wird auch, dass diese Aufgaben und Zuständigkeiten davor hauptsächlich den Hausärzten zugewiesen wurden:

„Da haben dann die Ärzte mehr auch gemacht, beziehungsweise, man hat die Nachsorge dann den Hausärzten aufs Auge gedrückt. Man hat dann einfach gesagt, ok, die müssen jetzt zum Hausarzt, irgendwie, und der Hausarzt muss es organisieren [...] Und vorher, also es gab so einen Mini-Sozialdienst, das war so eine Dame aus der Diagnostik, die hat im Endeffekt halt nur so Flyer verteilt, von den Wohlfahrtsverbänden hier, Caritas, Essen auf Rädern, hier Hausnotruf bei den Johannitern, und da mussten die Leute sich aber selber drum kümmern, also, die hat jetzt kein Entlassmanagement in dem Sinn gemacht, sondern die hat so Kurzinfo-Termine gemacht, so, wo man sich was organisieren kann.“ 4.Interview, Z.60

Im Bereich der Somatik handle sich bei der Zuständigkeit des Sozialdienstes in erster Linie um die Organisation der Nachsorge und Anschlussversorgung wie einen Pflegedienst oder die Wundversorgung zu organisieren. Nach einer Gesetzesänderung in Deutschland wurden nach Aussagen von der Befragten neben den Akutkrankenhäusern nun auch die Rehakliniken verpflichtet, ein Entlass-Management sicherzustellen, wodurch der Sozialdienst in diesem Bereich seine Zuständigkeiten erhielt. Bezeichnet werden diese mit:

„Und wir haben dann auch so die ganzen Arbeitsprozesse, es ist ja, wie gesagt, auch immer viel Papierkram, so, mit der Dokumentation, und diesen Anträgen, wenn jemand einen

Pflegegrad braucht, wie das eben intern im Haus organisiert wird, das haben wir alles selber praktisch definiert und etabliert.“ 4. Interview, Z.64

Dabei gäbe es auch eine stufenweise Wiedereingliederung sowie Nachsorgeprogramme, jedoch sei alles eher stressfrei und unkompliziert. Nur bei Patienten mit psychosomatischer Komponente seien manchmal auch Überredungskünste der KlinSA:innen gefragt, wenn es darum geht, diese zur Aufnahme der Arbeit nach ihrer Krankheitszeit zu motivieren.

Die KlinSA im Bereich der Psychosomatik gibt an, sehr in das interdisziplinäre Team eingebunden zu sein. Sie könne an dieser Stelle ihre Erfahrungen aus der psychosozialen Beratung in die sozialtherapeutische Arbeit einbringen. Dabei mache sie zwar auch Entlass-Management, womit die Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen und die sozialrechtliche Beratung gemeint ist, es sei aber auch viel Sozialtherapie dabei. Die beratende Tätigkeit gehe fließend in den therapeutischen Bereich über. Die Patienten, die den Sozialdienst als zentralen Punkt in einer Rehabilitation betrachten, wünschten sich, von den Mitarbeiter:innen dort wahrgenommen zu werden.

Die Zuständigkeit der KlinSA:in in diesem Bereich beinhalte auch die Leitung von Berufsorientierungsgruppen. Dabei arbeite sie sozialtherapeutisch, indem sie den Sozialbereich der Patient:innen untersuche, in erster Linie beruflich, aber auch privat. In den Gruppen würden dann die Probleme analysiert und ausgehend von dieser Analyse Handlungs- und Lösungsstrategien entwickelt, um gemeinsam Wege aus den Problemen zu finden. Die Analyse der Sozialstrukturen - im Austausch, im Einzelsetting oder in der Gruppe – weist bereits auf die sozialtherapeutische Tätigkeit hin.

Günstige Einschätzungen

Es würde KlinSA:innen viel zurückgeben, wenn sie Patient:innen dabei unterstützen könnten, Orientierung zu bekommen, und wieder besser zu wissen, wie es nach der Reha weitergehen könne. Zufriedenstellend und wohltuend sei auch, wenn Patient:innen Dankbarkeit und Freude äußerten, beispielsweise über die Organisation von Anschlussversorgung wie Pflegedienst oder Nachbarschaftshilfe. Günstig eingeschätzt wird auch eine gute Ausstattung wie ein schönes Büro nutzen zu können.

Sinnvoll und befriedigend wird die Möglichkeit bezeichnet, für ihre Patient:innen Zukunft schaffen zu können und dabei vonseiten des Chefs/der Chefin und des Teams getragen zu sein. Das Gefühl, gefordert, gefördert und gehört zu werden, sei dabei wichtig. Es wird argumentiert, nicht nur das Verwalten von Problemen sondern auch ein Schaffen von Zukunft, sei eine spannende Aufgabe, da jeder Fall und jeder Patient anders seien.

Dabei wird erwähnt, dass es großartig sei, Hilfe leisten zu können. Dies sei der Fall, wenn Patient:innen Informationen bekämen und über Leistungen und Ansprüche aufgeklärt würden, von denen sie vorher noch nichts wussten. Es sei die Dankbarkeit, die zurückkomme, wenn Perspektiven entwickelt werden könnten, auch berufliche Perspektiven, wie das Leben nach der Reha aussehen könne.

Professionell-soziale Anerkennung

KlinSA:innen geben an, dass Wertschätzung und Anerkennung jedenfalls da seien. Anfänglich, zur Zeit des Aufbaus des Sozialdienstes in der Rehaklinik, sei die Anerkennung noch nicht da gewesen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass zu wenig Wissen über die Tätigkeiten der KlinSA:innen vorhanden gewesen seien. Mittlerweile habe sich dies geändert, da Berufskolleg:innen – namentlich werden hier Ärzt:innen genannt – gesehen hätten, dass der Sozialdienst „eine wirklich sehr wertvolle Arbeit“ mache.

Auf die Frage nach der professionell-sozialen Anerkennung bei der Arbeit wird bei der KlinSA in der Psychosomatik mit „100-prozentig vorhanden“ beantwortet. Dies sei der Tatsache geschuldet, dass in diesem Team alles auf Augenhöhe passiere, wobei hier nur für dieses spezielle Team gesprochen werden könne. Es werde jeder gehört und könne seine eigenen Sichtweisen in die Sitzungen einbringen, keinem würde das Wort abgeschnitten. Es wird gesagt, es gäbe keine Hierarchien. Dies bedeute eine optimale Arbeit im Sinne des Prozesses. Der Sozialdienst scheine eine Art Dreh-und-Angelpunkt für die Patienten zu sein, die auch von sich aus gerne kämen, um Termine einzufordern.

Akzeptiert, gefragt und gehört zu werden sehen KlinSA:innen als einen großen Beitrag in den Teamsitzungen. Dies wird als Indikator für die professionell-soziale Anerkennung genannt. Die Anerkennung zeigt sich für die KlinSA:innen in den Teamsitzungen mit den anderen Professionen, beim Austausch über aktuell anstehende Themen.

Zwar fehlten KlinSA:innen gewisse Entscheidungskompetenzen. Diese lägen bei Ärzt:innen und KlinPSY:innen. Der Beitrag und die Meinung der KlinSA:innen hätten jedoch einen großen Einfluss auf die Entscheidungen der beiden Professionen.

Multiperspektivischer Ablauf

Zu Beginn eines Patientenaufenthalts in der Rehaklinik werde der Patient vom Arzt am ersten Tag aufgenommen. Bereits beim Anamnesegespräch würden wichtige Informationen abgefragt, die im Groben auch die soziale Situation der Patienten zuhause beinhalte. Könne die betreffende Person sich aufgrund ihrer Erkrankung oder Verletzung nicht (mehr) allein versorgen, läuteten beim Arzt die Alarmglocken, sogleich den Sozialdienst einzuschalten. Es gäbe in jeder Woche mehrere Teamsitzungen, in welcher gemeinsam die weiteren Vorgehensweisen abgestimmt werden. Der Sozialdienst werde darum gebeten nachzusehen,

wie die häusliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Reha aussehen könnte. Stellt sich der/die Patient:in dann beim Sozialdienst vor, werde gemeinsam nachgesehen, wer von den Angehörigen im näheren Umfeld vorhanden sei, um beispielsweise abends bei der Patientin vorbeizuschauen oder für sie einzukaufen. Ebenso könne die benötigte professionelle Unterstützung im Bereich der Pflege, der Wundversorgung oder bei der Medikamentengabe vom Sozialdienst organisiert werden.

Im Falle, dass es keine geeigneten Lösungen für den privaten Bereich gäbe, würden auch Kurzzeitpflegeplätze organisiert oder Gespräche mit Angehörigen könnten dazu führen, dass sich diese bereit erklären, eine Zeitlang ihre kranken Eltern zu sich nach Hause zu nehmen.

Auch der weitere berufliche Weg von Patient:innen werde von den KlinSA:innen begleitet und eingeschätzt. Die ICFs und ICD-10 dienen dabei als Klassifikationen, die das Durchhaltevermögen, die Flexibilität, die Widerstandsfähigkeit überprüfen und einstufen. In beruflichen Rehazentren könne dies getestet werden. Die KlinSA:in sei bei der Arbeit mit Berufsorientierungsgruppen bereits tief im sozialtherapeutischen Bereich, da sie den Patient:innen dabei helfe mit beruflichen und sozialen Schwierigkeiten, die diese haben, besser zurecht zu kommen. Die benötigten Lösungs- und Handlungsstrategien würden im Austausch im Einzel oder in der Gruppe, ausgehend von der Problemanalyse entwickelt.

In den Interviews wird erwähnt, Patient:innen kämen in der Hauptsache mit sozialrechtlichen Fragestellungen auf die Sozialarbeiter:innen zu. Die sozialrechtlichen Fragen gingen dabei meist in die berufliche Richtung, wie es nach teilweise schwerer Erkrankung beruflich wieder weitergehen könne. Die Sozialarbeiter:innen würden dann zu den Themen Wiedereingliederung, Umschulung, Weiterbildung, Erwerbsminderungsrente, Schwerbehindertenrecht, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder allgemeine finanzielle Fragestellungen beraten. Die konkreten Aufgaben, die der Sozialdienst zu erfüllen hat, würden oft erst gegen Ende der Reha deutlich, da zuerst der Genesungsverlauf eines Patienten/einer Patientin während des Rehaaufenthalts abgewartet werden müsse.

Interdisziplinarität

Die KlinSA:in aus dem Bereich der Somatik gibt an, dass sie an mehreren wöchentlichen Besprechungen innerhalb der verschiedenen medizinischen Bereiche teilnehme. Die Informationen würden über verschiedene Kanäle, wie in kurzen persönlichen Gesprächen oder auch E-Mails laufen. Die räumliche Nähe der Büros, die sich im selben Gang befinden, bedeuteten kurze Dienstwege. Auf diese Weise könnten auftauchende Problematiken von Patienten mit der Bitte um Beachtung dieser schnell und unkompliziert kommuniziert werden. Dabei funktioniere die Kommunikation und Zusammenarbeit unterschiedlich gut, was auch auf der Tatsache von Teilzeitanstellung geschuldet ist, wenn Mitarbeiter:innen nicht immer da sind.

Erwähnt wird aber auch das Vorhandensein von kommunikativen Kompetenzen und Fähigkeiten der einzelnen Mitarbeiter:innen.

Die KlinSA im Bereich der Somatik gibt an, die interdisziplinäre Arbeit sei durch eine enge Vernetzung gekennzeichnet, denn sie stünde täglich im Austausch mit einer Kollegin aus dem Bereich der Psychosomatik, die KlinPSY:in ist. Mit dieser würde sie eng zusammenarbeiten, und Anliegen von Patient:innen würden immer wieder gut besprochen. Die Fachkenntnisse der jeweils anderen Berufskollegin seien dann gefragt. Zum Beispiel bemerke die Eine, dass die Patientin eine intensivere Betreuung bräuchte, während die Andere feststellt, dass der Patient weiterführende Hilfen benötigt.

Auch im Bereich der Psychosomatik fühle sich die KlinSA stark eingebunden in das interdisziplinäre Team, dabei könne sie ihre Erfahrungen in die sozialtherapeutische Arbeit maximal einbringen. Das Besondere am Team in der Psychosomatik sei die Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit der KlinSA, die gemeinsam mit dem Oberarzt und der KlinPSY Entscheidungen über das Weitergehen der Patient:innen treffen, wobei alle Mitarbeiter:innen gleichermaßen ihre Sichtweisen einbringen würden.

Erschwernisse

Während der Pandemie sei es für KlinSA schwieriger gewesen, die Anschlussversorgung wie Pflegedienste zu organisieren, da diese sehr dünn besetzt gewesen seien. Man habe in dieser Zeit niemanden gefunden und musste nach kreativen Lösungen suchen, um die Leute nach der Reha gut versorgt zu wissen. Auch der Einbezug von Angehörigen hätte sich aufgrund der Besuchsverbote schwieriger gestaltet, da persönliche Kontakte nicht mehr möglich waren. Am Telefon habe man die Leute oft nicht erreicht. Ein Erschwernis sei zudem die enge, zeitliche Vorgabe von dreißig Minuten. In dieser Zeit müsse gemeinsam mit dem Patienten eine Perspektive entwickelt werden, wie es weitergehen könne (B4, Z.30).

Ein zu später Zeitpunkt, an dem die Patienten vom Sozialdienst und dessen Arbeit erfahren, wirke sich ungünstig auf den Arbeitsprozess aus. Am besten sei es, wenn Patient:innen gleich zu Beginn ihres Aufenthaltes in Form eines Vorstellungsvortrags von den Angeboten des Sozialdienstes erführen (B2, Z.12).

Entscheidungen über die Einstufung der Patient:innen bei Entlassung aus der Reha würden meist erst kurz vor Ende der Rehazzeit festgelegt, was die Arbeit des Sozialdienstes auf einen engen zeitlichen Rahmen begrenzt. Dies läge jedoch in der Natur der Sache, da der Reha-verlauf vor Einleitung weitergehender Maßnahmen zuerst abgewartet werden müsse (B2, Z., 12). Die Mitarbeiterfluktuation stellt ein weiteres Erschwernis dar (B4, Z.18).

Optimierungspotentiale

Wiederholt wird angegeben, es bräuchte mehr Personal, da der Bedarf sehr hoch sei. Mehr Personal sei notwendig um die Arbeit für die Mitarbeitenden und Klient:innen größtmöglich zufriedenstellend gestalten zu können. Es gäbe in der Klinik gute Mitarbeiter:innen, die auch inhaltlich gut aufgestellt seien (B2, Z.50 B3, Z.41). Es sei jedoch, wie überall in Deutschland, Pflegenotstand, woran auch gerade gearbeitet werde. Es bestehe die Hoffnung sich mit mehr Personal im Haus auch mehr Zeit für die Patient:innen nehmen zu können:

„Ja also das ist so das, was ich mir für die Zukunft auch mit wünsche, dass man einfach den Patienten da mehr Raum bieten kann.“ (2.Interview, Z.49)

Hinzuziehung von KlinSA

Es wird berichtet, dass es sehr unterschiedlich sei, wann die KlinSA hinzugezogen werde. Ein optimaler Zeitpunkt dafür sei jedoch gleich zu Beginn, also in der ersten Woche einer Patientenaufnahme. Dann wäre genügend Vorlauf gegeben, um Angehörige und Pflegedienste einzubeziehen und zu organisieren. Es käme jedoch auf die Einschätzung des jeweiligen Arztes an, für wie dringend er oder sie die Hinzuziehung KlinSA im laufenden Rehaprozess erachte. Dies sei von Arzt zu Arzt unterschiedlich. Wenn die KlinSA erst vier oder fünf Tage vor Entlassung eingeschaltet werde, sei es laut Befragter dann eigentlich schon zu spät, wodurch dann Stress entstehe (B4, Z.10).

Erwartungen an KlinSA

Im Großen und Ganzen seien die Erwartungen an KlinSA in Rehakliniken angemessen. Hin und wieder gäbe es auch überzogene Erwartungen, die hauptsächlich von den Ärzt:innen ausgingen. Dies sind Erwartungen, wie beispielsweise das Ausfüllen von Rentenansprüchen, für die die KlinSA jedoch nicht zuständig sei (B2, Z.10).

Genannt werden auch teilweise Erwartungen, seit vielen Jahren bestehende Alkoholprobleme zu lösen (B4, Z.20). In diesem Zusammenhang wird jedoch auf Anlaufstellen im Wohnort der Patient:innen verwiesen, die Wahrnehmung dieser Angebote sei jedoch wiederum Patient:innensache und lägen nicht mehr im Einflussbereich von KlinSA.

Von Seiten der Patient:innen bestünden hin und wieder Erwartungen an die KlinSA:innen, ihnen bei der Durchsetzung sozialrechtlicher Angelegenheiten behilflich zu sein. Diese wären jedoch ohne medizinisches Gutachten nicht möglich und müsste von den Vertreter:innen KlinSA:innen abgewiesen werden (B4, Z.26).

Implizite Erwartungen an die KlinSA sind das Wahrnehmen von Patient:innen in ihren Nöten und Schwierigkeiten, hinter denen ein Hilferuf stehe (B3, Z.35).

Ungünstige Einschätzungen

Die Bezahlung im Sozialbereich generell, verglichen mit anderen Berufsgruppen, wird eher ungünstig eingeschätzt. In diesem Zusammenhang wird betont, dass jedoch viel zu tun und die Arbeit auch wirklich wichtig und wertvoll sei (B4, Z.54).

Als belastend und schwierig wird die Situation von Personalmangel in der Vergangenheit beschrieben, welche eine schwere Zeit für diese Fachkraft gewesen sei. Zwar sei die Anerkennung da gewesen und auch die Zufriedenheit der Patient:innen hätte nicht gefehlt, jedoch wird die Belastung in dieser Zeit sehr groß und auf Dauer als nicht aushaltbar bezeichnet (B4, Z.56).

6.1.2 Prinzipielle und wertmäßige Grundsätze und Irritationen



Abbildung 5: Zweite Hauptkategorie mit Subkategorien

Prinzipielle und wertmäßige Grundsätze

KlinSA benennt die Selbstbestimmung des Patienten und das gemeinsame Suchen nach Lösungen als wertmäßiges Prinzip ihrer Arbeit. Im Falle einer Verweigerung des Patienten (bspw. gegen das Einleiten einer Kurzzeitpflege) werde mit guten Argumenten Gründe für notwendig erachtete Maßnahmen dargelegt. Seien diese aus medizinischen Gründen tatsächlich notwendig und zum Schutz vor weiteren Unfällen oder Verletzungen, habe es die Befragte bisher immer geschafft, ihre Patienten zu überzeugen. Ein weiterer Grundsatz KlinSA stelle das Erklären von Vorgehensweisen und Gründen und das Darstellen von Vorteilen über bspw. die Möglichkeit auf einen Kurzzeitpflegeplatz, um Patient:innen nicht mit Entscheidungen über ihren weiteren Verbleib zu „übertumpeln“ (B4, Z.46).

Das Tripelmandat von Staub-Bernasconi sei die Grundfeste einer KlinSA:in, die zwischen den Aufträgen der Patient:innen, des Auftraggebers und den Ansprüchen der eigenen Profession professionell zu agieren habe. Außerdem sei das Empathievermögen, neben der Abgrenzungsfähigkeit ein wichtiges Arbeitsprinzip. Aus Gründen der Authentizität betont diese Fachperson den Anspruch, sich immer wieder selbst zu hinterfragen, zu justieren und zu

analysieren. Die Maßstäbe, die den Patienten gepredigt würden, sollten auch von der KlinSA selbst befolgt werden, wie Lösungen zu fordern und zu generieren (B3, Z.27).

Genannt wird eine wertschätzende Grundhaltung, welche die Bedürfnisse und Anliegen der Patient:innen ernst nimmt. Wichtig sei eine vertrauensvolle Basis, innerhalb derer sich Patient:innen öffnen könnten, auch die Verschwiegenheit sei in diesem Zusammenhang ein wichtiger Grundsatz (B2, Z.46; B4, Z.46). Patient:innen bräuchten die Sicherheit und den Schutz, dass ihre vertraulichen Informationen nicht an Arbeitgeber oder Kostenträger weitergegeben werden.

Qualifikationsprofile

Aus der Selbstwahrnehmung müsse die Profession KlinSA eine gewisse Stressresistenz und Flexibilität bei der Arbeit mitbringen, da manchmal unter großem Zeitdruck gearbeitet werden müsse. Auch könnten die Arbeitszeiten, wie sie im Dienstplan stehen, nicht immer eingehalten werden. Die anfallenden Arbeiten gut zu organisieren und zu strukturieren, damit nichts Wichtiges vergessen würde, sei eine Fähigkeit, die Vertreter:innen KlinSA in diesem Arbeitsbereich gut gebrauchen könne. Es gehöre auch die Dokumentation immer dazu.

Benötigt werde außerdem eine Offenheit auf Leute zuzugehen, und sie mit ihren Problemen ernst nehmen zu können. Es gebe auch schwierige Situationen, in denen Leute zu Weinen anfangen, beispielsweise wenn ihr Lebenspartner kurz zuvor verstorben ist, und sie dann selbst schwer krank geworden sind. Die überwältigenden Gefühle von Überforderung bei den Patienten müssten dann von den Fachpersonen auch aufgefangen werden können (B4, Z.42). In erster Linie seien es Empathie, Authentizität und Offenheit, um mit den Patienten gut arbeiten zu können. Dazu zähle außerdem die Bereitschaft zum Lernen und die Bereitschaft, gerne mit Menschen arbeiten zu wollen, um für und mit Menschen etwas schaffen zu wollen. Abgrenzungsfähigkeit wird als wichtige Fähigkeit genannt. Alles Weitere, wie sozialrechtliches Wissen und Rechtswissen sei erlernbares Handwerkszeug (B3, Z.25).

Lebensweisheit

Man dürfe sich selbst sein und könne seine eigene Persönlichkeit mit den eigenen Stärken mitbringen, ohne sich irgendwie verstellen zu müssen. Eine Lebensweisheit, die KlinSA:innen aus ihrer bisherigen Erfahrungen im Berufsleben weitergeben würden, sei stets zu versuchen, sich in Patient:innen hineinzusetzen. Dann liefere es eigentlich von selbst (B4, Z.70).

Bei der beruflichen Tätigkeit offen und loyal zu sein, und dabei die Bereitschaft mitzubringen, lebenslang zu lernen sei für die Fachpersonen wichtig. Ein professionelles Handeln – wie es das Tripelmandat vorsieht – sei zudem wichtig, um sich abzugrenzen. Darüber hinaus solle KlinSA in sich hineinzuspüren und sich mit Offenheit auf das Team und auf die Themen einzulassen. Das Spannende dabei sei die Unterschiedlichkeit der Themen (B3, Z.45).

Genannt wird eine wertschätzende und ernstnehmende Grundhaltung den Patient:innen gegenüber, bei gleichzeitiger Achtsamkeit für die eigene Person in der professionellen Rolle. Erneut kommt die Abgrenzung zur Sprache. Der Appell ist, eine klare Linie zu ziehen, um die Probleme nicht mit nach Hause zu nehmen. Eine gute Kommunikation sei zudem notwendig, um Forderungen, die zu Kapazitätsüberlastung und Überforderung führen können, im Team anzusprechen (B2, Z.56).

Irritationen

In der Rehaklinik sei der Informationsaustausch wichtig. Daher ist ein möglicher Fehler, Informationen an Kolleg:innen und an weiterführende Hilfen wie Pflegedienste usw. zu spät oder überhaupt nicht weiterzugeben (B2, Z.56; B4, Z.42). Dazu zählt auch, die Dokumentation zu vergessen, was die Organisation erschwert. Dies sei unter Umständen ein folgenschweres Problem, wenn Kollegen dann von falschen Voraussetzungen ausgingen. Auch ein zu geringes Nachfragen kann ein Fehler sein, sowie auf Bedürfnisse zu wenig einzugehen. Angehörige in die Anschlussversorgung von Patient:innen nicht entsprechend einzubeziehen, sei auch ein Fehler (B4, Z.50).

Fehler gäbe es in dem Sinne keine, wenn die Grundhaltung morgens beim Reinkommen sei, das zu machen, was man könne, und dies nach bestem Wissen und Gewissen zu tun. Die befragte Person bräuchte zuerst eine Definition für Fehler da sie einen anderen Blick auf Fehler habe. Jedoch sei es ihrer Ansicht nach fehlerhaft, einen Patienten nicht wahrzunehmen, nicht zu hören, ihn abzukanzeln und ihn in seiner Sorge allein zu lassen. Dinge nicht professionell abzuarbeiten sei ein Fehler. Jedoch, wenn eine Patientin vor der Türe stünde, und KlinSA sagen würde „Nö, kann ich jetzt leider nicht.“ Dann sei das kein Fehler in dem Sinne.

Regeln und Vorschriften bspw. zur Datenschutzverordnung zu missachten, die vom System her vorgeschrieben seien, könne zu einem Fehler führen. Dieser könne nicht nur die Fachperson, sondern auch die Klinik in Schwierigkeiten bringen. In solch einem Fall wäre es auch falsch, den Fehler nicht zu melden.

Vorschriften über das Verhalten im Brandfall in der Klinik nicht zu beachten, um bspw. nur sein eigenes Leben zu retten, sei ein grober, fahrlässiger Fehler.

In der Arbeit mit den Patient:innen sei es ein Fehler nicht zu bemerken, wenn diese psychotisch würden oder dissoziierten. In solch einem Fall nicht den Notarzt zu rufen, wäre dann unterlassene Hilfeleistung (B3, Z.50).

Fehler könnten auch passieren, wenn Patient:innen zu spät zum Sozialdienst angemeldet würden oder wenn die personelle Abdeckung dort nicht stimme.

Den Patient:innen gegenüber sei es ein Fehler, wenn ihnen anfänglich Informationen über den Verlauf der Reha gegeben würden, die sich dann jedoch nicht bewahrheiteten. Dies könne durch eine andere Entscheidung der Ärzte oder Psychotherapeut:innen innerhalb des

Rehaverlaufs entstehen. Für die Patient:innen sei dies nicht immer leicht aufzufassen (B2, Z.42).

Fehlermanagement

Es sei wichtig, mit Fehlern vertrauensvoll, offen und loyal umzugehen sowie mit einer Objektivität an die Sache heranzugehen. Es werde zwar über Fehler geredet und kritisiert, aber es werde auch versucht, Lösungen zu finden und Dinge wieder in Form zu bringen. Anschließend sei es dann aber wieder in Ordnung, und es gäbe keinen Nachhall und kein Nachtragen. Man gehe wieder zur Tagesordnung über (B3, Z.37).

6.1.3 Therapienahe Interventionen

Die dritte Hauptkategorie der Ergebnisse aus den Interviews beinhaltet Angaben zu den theoretischen Hintergründen, die dem professionellen Handeln Klinischer Sozialer Arbeit zugrunde liegt. Ferner wird aufgezeigt, inwieweit die Befragten ihre eigenen Tätigkeiten als therapeutisch einstufen.

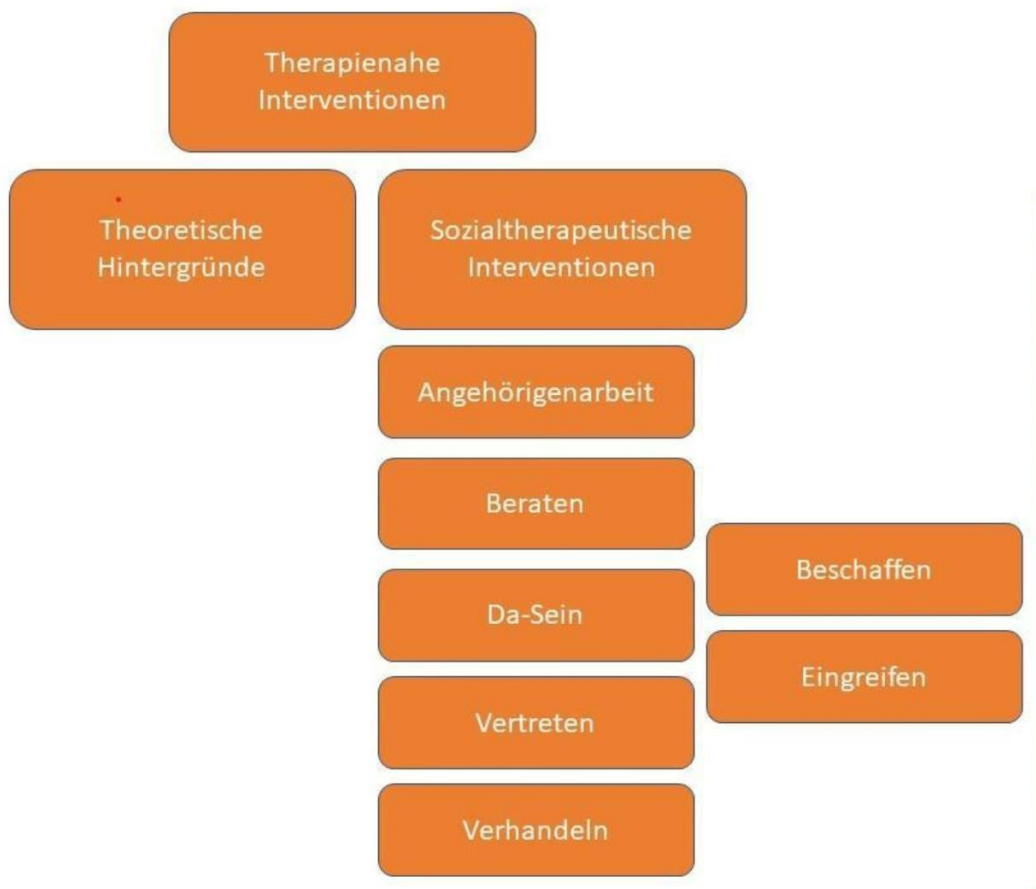


Abbildung 6: dritte Hauptkategorie mit Subkategorien

Theoretische Hintergründe

Eine befragte KlinSAin berichtet, das biopsychosoziale Modell stets im Hinterkopf zu haben, wodurch die Patient:innen in ihrer gesamten Lebenswelt betrachtet würden. Das Umfeld, in diesem Fall insbesondere der berufliche Kontext, wäre der Fokus, den die KlinSA hier habe. Die Mitbeachtung der Zusammenhänge zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen wäre in diesem Fall die Hauptsache. Dieses Wissen würden andere Disziplinen oft ausgrenzen bzw. ihren spezifischen Fokus – wie beispielsweise den medizinischen – daraufsetzen (B2, Z.22).

Sozialtherapeutische Interventionen Klinischer Sozialer Arbeit

Nur eine von drei befragten KlinSA:innen gibt explizit an, sozialtherapeutische Interventionen anzuwenden. Eine weitere Person betont, eigentlich gerne therapeutisch zu arbeiten und sich dies am Anfang auch so vorgestellt zu haben, jedoch aufgrund der zeitlichen Vorgaben, Abläufe und bestehenden Aufgaben dies nicht umsetzen zu können. Die dritte Person verdeutlicht, für therapeutisches Arbeiten keine Zeit zu haben, da sie mit der Bewältigung der bestehenden Aufgaben ausreichend eingedeckt sei.

Die Person, die sozialtherapeutisch arbeitet, beschreibt therapeutische Interventionen und klassische Methoden der Sozialen Arbeit naturgemäß als ineinander übergehend mit fließenden Übergängen zwischen Beratung und Therapie. Sie beschreibt die Wirkung von sozialrechtlich geöffneten Wegen durch ihren entlastenden Charakter als bereits therapeutisch. Dazu zählten neben der Entlastung durch sozialrechtliche Informationsvermittlung bspw. auch die Unterstützung bei der Antragstellung für finanzielle Hilfen (B1, Z.32 B6, Z.).

Alle weiteren Aussagen werden im folgenden Absatz zusammengefasst und anhand einer Systematisierungsmatrix, wie sie Herwig-Lempp und Kühling (2012, S.53 zit. n. Steiner; Ehrhardt 2021, S. 73) beschrieben werden thematisch geordnet. Es werden sechs allgemeine Handlungsarten der Sozialen Arbeit aufgezeigt. Diese sind: Beratung, Verhandlung, Eingreifen, Vertretung, Beschaffung, Da-Sein.

Steiner und Erhardt (ebd.) betonen die Wichtigkeit der Entwicklung einer eigenen Methodik innerhalb der Klinischen Sozialen Arbeit. Diese solle, unter Einbezug der Wissenschaft, von einem breiten Methodenrepertoire ausgehen, um der Vielfalt der Anforderungen in den unterschiedlichen Handlungsfeldern gerecht zu werden. Gemeinsam mit den Adressat:innen sollten individuell erarbeitete Ziele verfolgt werden, welche die Passung im biopsychosozialen Kontext im Blick haben. Um dieser Forderung nachzukommen, wird im Folgenden das methodische Vorgehen von KlinSA:innen am konkreten Forschungsgegenstand beschrieben.

Angehörigenarbeit

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen wird als selbstverständlich und notwendig angesehen, wenn dies indiziert ist. Derzeit sei dies jedoch erschwert, da Angehörige vor der Corona-Pandemie auch in die Klinik eingeladen werden konnten, um sich gemeinsam an einen Tisch zu setzen und bei der Nachsorge von Patient:innen mitzureden und sich einzubringen. Aktuell würden diese derzeit nur telefonisch kontaktiert werden und könnten oftmals nicht erreicht werden, was die Sicherstellung der Anschlussversorgung schwieriger gestalte (B4, Z.50).

Es komme jedoch auch umgekehrt vor, dass sich Angehörige an den Sozialdienst in der Rehaklinik wenden. KlinSA erhöhe dann den bisherigen Stand vor der Reha und kläre offene Fragen, bspw. ob etwas umorganisiert werden müsse oder ob es einen Betreuer gäbe.

Schwächere Patient:innen brächten ihre Angehörigen teilweise als Begleitperson mit in die Reha, da von pflegerischer Seite keine Rund-um-die-Uhr Begleitung geleistet werden könne (B2, 36).

Beraten

Ausgehend von der wissenschaftlichen Beschreibung diene Beratung in erster Linie der Informationsvermittlung, der Perspektivenerweiterung wie auch der Anleitung. Sie findet in Form von Gesprächen zwischen Klient:in und Berater:in statt, wodurch unübersichtliche und komplexe körperliche, seelische und/oder soziale Problemlagen beleuchtet würden. Vonseiten des/der Betreuer:in erfordere dies ein umfassendes Verständnis von Zusammenhängen und Problemlösungsmöglichkeiten. (Steiner; Ehrhardt 2021, S. 73)

Im Reha Bereich der Somatik findet Beratung im Sozialdienst statt, indem sozialrechtliche Ansprüche von Patient:innen geklärt werden. Es werde versucht die Patient:innen dort abzuholen, wo sie aktuell stehen, um daraufhin gemeinsam Perspektiven für die Zukunft zu entwickeln (B4, Z.30).

Für Fachpersonen KlinSA im Bereich der Somatik sei ein gemeinsames Entwickeln von Perspektiven eher seltener der Fall, was mit der zeitlichen Begrenzung begründet wird. Könnten die Patient:innen jedoch ein zweites oder drittes Mal einbestellt werden, was selten vorkäme, wäre dies eher möglich (B4, Z.36).

Der Sozialdienst im Bereich der Psychosomatik agiere neben dem Entlass Management und in der Arbeit mit Berufsorientierungsgruppen auch schnell im sozialtherapeutischen Bereich. Die Beratung reiche von der Sozial- fast in die Psychotherapie hinein. Gemeinsam werde mit den Patient:innen, die eine medizinisch-beruflich orientierte Reha machen, zuerst eine Ist-Analyse gemacht. Anschließend würden Probleme identifiziert, sowie Lösungs- und Handlungsstrategien entwickelt. Oft würden ausgehend von der Gruppenarbeit auch Einzelgespräche gewünscht, um über schambesetzte Themen wie Mobbing oder Missbrauch zu sprechen. Eine Verbesserung der beruflichen und privaten Situation sei dabei das Ziel.

Patient:innen würden sich auch schlichtweg wünschen als Person vom Sozialdienst wahrgenommen zu werden. (B3, Z.13).

Da-Sein

Unter dem Begriff Da-Sein wird die bloße Anwesenheit einer Person verstanden, die vorrangig nichts tun oder verändern muss, sondern in erster Linie emotional oder sozial unterstützend wirkt. Insbesondere in Krisensituationen, wenn Patient:innen von sehr schwierigen oder traurigen Situationen berichten und dabei zu Weinen anfangen, müsse die KlinSA die Patient:innen auffangen können (B4, Z.42). Es könne auch passieren, dass Patient:innen beim Ausfüllen eines Antrags plötzlich zusammenbrechen und zu Weinen anfangen würden. Fachpersonen KlinSA seien dann gefordert herauszufinden, was den Patienten gerade berühre oder wovor er Angst habe. An dieser Stelle wird auf den fließenden Übergang von Beratung hin zu einem therapeutischen Vorgang hingewiesen (B3, Z.15).

Vertreten

Die Soziale Arbeit vertritt die Interessen von Klient:innen oder der Organisation in verantwortlicher Haltung stellvertretend. Für die Arbeit von Vertreter:innen KlinSA in Rehaklinik kann dies bedeuten, die Rechte von Patient:innen zu vertreten, bspw. wenn diese nicht bereit oder in der Lage sind, einen Antrag allein auszufüllen. Hier stehe auch ein Schicksal dahinter, weshalb die betreffende Person es nicht allein kann. Die Person mit ihrem Bedürfnis wahrzunehmen, würde bewirken, dass sie wiederkäme, da man mit ihr einen Vertrauensvorschuss aufgebaut hat (B3, Z.13).

Verhandeln

Bei der Verhandlung werden unterschiedliche Interessen und Perspektiven miteinander betrachtet. Schlussendlich ist die Einigung zwischen unterschiedlichen Interessen und Meinungen das Ziel. Der Sozialen Arbeit fällt dabei die Rolle der Moderation und Mediation zu. Insbesondere Patient:innen mit einer psychosomatischen Komponente würden öfters an sich zweifeln, ob sie für das Arbeitsleben mit all seinen Facetten wieder bereit sind. Angesichts der Schwierigkeiten, denen sich diese Patient:innen gegenübersehen, müssen Fachpersonen KlinSA manchmal ihre Überredungskünste spielen lassen (B4, Z.68).

Beschaffen

Der Begriff der Beschaffung umfasst die Versorgung von Klient:innen mit Leistungen, Geld oder Gütern. Im vorliegenden Kontext beinhaltet Beschaffung häufig neben der Beschaffung von finanziellen Hilfen auch die Organisation von häuslicher Anschlussversorgung nach einem Reha Aufenthalt. Im Falle, dass die Selbstständigkeit der Klient:innen noch nicht wieder zur

Gänze hergestellt ist und auch keine Angehörigen im näheren Umfeld vorhanden sind, werden Unterstützungsleistungen organisiert. Dies kann das Aktivieren einer Nachbarschaftshilfe bedeuten, Essen auf Rädern zu bestellen oder einen Pflegedienst zur Unterstützung bei der Körperpflege oder Wundversorgung. Die Struktur im Wohnort werde angeschaut um ggf. Kontakte (wie Anlaufstellen u.ä.) im Wohnort herzustellen (B4, Z.20).

Eingreifen

Das Eingreifen bedeutet eine Handlungsart die zum Schutz von Personen, manchmal auch gegen ihren Willen durchgeführt werden muss. Dieses Handeln hat kontrollierenden Charakter und dient der Gefahrenabwehr. Als schlimmster Fall wird dargestellt, dass Patient:innen aufgrund unüberwindbarer Barrieren nicht nach Hause entlassen werden könnten, und für sie hin und wieder auch Kurzzeitpflegeplätze organisiert werden müssten (B4, Z.6).

Diese Ergebnisse bestätigen das Vorliegen von therapeutischer Tätigkeit bei den befragten Personen, auch wenn dies nicht (immer) selbst so benannt wird. Für das berufliche Selbstverständnis KlinSA und die Identitätswahrnehmung von außen, wäre ein eindeutiges Bewusstsein darüber wichtig.

6.2 Darstellung der Ergebnisse Fremdeinschätzung

Im nächsten Unterkapitel folgen die Inhalte aus der Befragung der KlinPSY, die sich aus den Fragen zum Bedingungskontext und zu Einschätzungen der interdisziplinären Zusammenarbeit ergeben haben. Die Ergebnisse werden aus Sicht der befragten KlinPSY, dargestellt, welche die relevanten Berufskolleg:innen von KlinSA darstellen, da sie eng zusammenarbeiten und viele Berührungspunkte haben. Auch hier richten sich die inhaltlichen Überschriften jeweils nach der Fragestellung beziehungsweise nach der Subkategorie. Abschließend berichten KlinPSY:innen von typischen, psychotherapeutischen Interventionen, die in ihrem Arbeitsalltag in der Rehaklinik Anwendung finden.

6.2.1 Bedingungskontext

Im Folgenden werden die tatsächlichen vorgefundenen Gegebenheiten und die Abläufe der interdisziplinären Zusammenarbeit aus Sicht von Fachpersonen der KlinPSY beschrieben.

Dauer der Tätigkeit

Es wurden Angaben gemacht, die befragten Personen arbeiteten jeweils seit 13 Jahren, 22 Jahren und seit 31 Jahren in der Rehabilitation.

KlinPSY über das Setting des Sozialdienstes

Berufskolleg:innen aus der KlinPSY schildern, der Sozialdienst in der Rehaklinik gäbe grundlegende, konzentrierte Informationen in Vorträgen weiter, was für die Patienten sehr wichtig sei. In den Vorträgen werde allgemein über sozialrechtliche Fragen informiert wie beispielsweise über den Schwerbehindertenausweis, Arbeitssituationen und die Wiedereingliederung. Für viele Patienten sei diese Information sehr wichtig, da es zuhause schwer sei, ein geeignetes Gegenüber für diese Fragen zu finden. Die Patienten müssten sich sonst sehr bewusst darum bemühen oder sich selbst darum zu kümmern. Dass Patienten diese allgemeinen Informationen bekämen, sei das Wichtigste, und weitere spezielle Situationen aus dem Arbeitsleben könnten dann im Einzelgespräch geklärt werden.

KlinPSY über das eigene Setting

KlinPSY würden von Klient:innen in Einzelgesprächen über individuelle oder familiäre Situationen informiert werden. In diesen Gesprächen müssten die Zusammenhänge, wie Möglichkeiten zum Sportmachen, welche in der Rehaklinik einen hohen Stellenwert haben, in die Lebensmöglichkeiten der Patient:innen eingeordnet werden, um eine Überforderung und zu großen Druck, welcher in der Einrichtung erzeugt werden kann, zu reduzieren.

Möglichkeiten, die Angehörigen ihrer Patient:innen in die Arbeit mit einzubeziehen, werden als gering eingeschätzt. Paargespräche seien allgemein selten, außer in der Zusammenarbeit mit einer anderen Klinik, in der familientherapeutische Arbeit geleistet werde.

Zuständigkeiten und Kompetenzzuordnungen

Den Aussagen von KlinPSY ist es nicht immer ganz klar, inwiefern es Überschneidungen der beiden Berufsgruppen, Sozialarbeiter:innen und Psychotherapeut:innen in der Arbeit gibt:

„Typischerweise ist es klar, würde ich sagen, ja. Also, es ist nicht immer klar, ob beide – also, manchmal fängt der eine an und der andere kommt dazu, schon – aber typischerweise ist klar, schon, wenn von Anfang an BEIDE gefragt sind, also. Also, mit beide meine ich Sozialarbeiter und Psychologe. Bei den anderen gibt es eigentlich weniger Überschneidungen.“ (Interview 6, Z.4)

Es sei eine Frage der Handhabung innerhalb der Klinik, wer noch da ist und wie die Aufgaben und Themen verteilt seien. Es gäbe Festlegungen und Regeln von den Kostenträgern ausgehend, die die Angebote der verschiedenen Professionen bestimmen würden, was aus Sicht von B6 (Z.34) nicht immer so sein müsste.

Einer anderen Aussage zufolge gäbe es keine Überschneidungen von Zuständigkeiten in der Klinik, da jede Berufsgruppe für sich arbeite. Jedoch gäbe es in speziellen Situationen

Austausch mit ärztlichen Kolleg:innen und häufig auch mit Sozialarbeiter:innen und der Pflege, mit welchen es die meisten Berührungspunkte gäbe. Dies sei das Häufigste, was demzufolge erlebt werde.

Sozialarbeiter:innen in der Rehaklinik hätten keine therapeutische Zuständigkeit, die über ein Coaching hinaus geht. Die vorliegenden psychischen Probleme der Patient:innen würden den Sozialdienst ohne spezifische psychotherapeutische Kenntnisse, überfordern.

Günstige Einschätzungen

In ihrer Arbeit erfahren KlinPSY:innen Sinnhaftigkeit, wenn sich für ihre Patienten etwas kläre und sich dadurch die Situation für diese verbessere. Sie würden sich über das wachsende Verstehen und Verständnis der Patienten über ihre eigene Situation freuen, da das Verstehen für sie zu einem leichteren Umgang mit den Problemen führe. Ein Moment von Zufriedenheit sei zudem, wenn Patienten nach einem oder mehreren Gesprächen besser wüssten, was zu tun sei und diese wieder handlungsfähiger würden, wodurch sie Entlastung und mehr Wohlbefinden erlebten.

Neben einer von Patient:innen verbal geäußerten Dankbarkeit über ein Gespräch ist für KlinPSY eine gelingende Zusammenarbeit eine Genugtuung. Erwähnt wird dabei, dass bestätigende Rückmeldungen – beispielsweise von Sozialarbeiter:innen über die Richtigkeit einer Zuweisung zum Sozialdienst – für sie befriedigend seien. Freude entstehe außerdem, wenn einem Berufskollegen nicht unnötig Arbeit gemacht werde, sondern die Vermutung einer Weiterleitung des Patienten richtig gewesen sei.

Positive Rückmeldungen der Patient:innen werden als wertvoll für sich selbst eingeschätzt. Entlastung und gesteigertes Wohlbefinden von Patient:innen, welche durch Gespräche stattfinden, seien lohnende Erlebnisse. Innerhalb der Arbeit von Gesprächsgruppen wird es von KlinPSY:innen als interessant und großartig erlebt, wenn sich Patient:innen aktiv und hilfreich in die Gruppen einbringen. Dies fördere den Austausch von Gleichem, und es entstünden wertvolle Perspektiven, Vorschläge und Ideen.

Die Arbeit sei grundsätzlich sinnvoll, da Menschen in Not begegnet und im Umgang mit ihren Gefühlen beigestanden werden könne.

Professionell-soziale Anerkennung

KlinPSY geben an, dass der Sozialdienst eine betont wichtige Rolle in der Rehaklinik habe und von ihrer Seite natürlich sehr anerkannt sei. Auch vonseiten der Patienten habe der Sozialdienst einen hohen Stellenwert, indem wichtige Informationen weitergegeben werden, durch Vorträge aber auch in Einzelgesprächen. Diese Aufgabe werde vom Sozialdienst gut gelöst.

Interdisziplinarität

Die Zusammenarbeit zwischen KlinPSY und KlinSA laufe ohne Probleme, es käme darauf an, wo der Patient zuerst hinkäme, wer zuerst aktiv werde und sich mit den Kolleg:innen kurzschließe. KlinPSY beschreiben, sie nähmen von sich aus miteinander Kontakt auf, wenn die wöchentlichen Sitzungen ihnen gerade nicht passten. Sie schrieben dann eine kurze E-Mail oder riefen sich an, um zu erfragen, wann sie kurz miteinander sprechen könnten. Die Kontaktaufnahme erfolge beiderseitig, jeweils wenn Klärungsbedarf vorhanden wäre, welcher den jeweiligen Fachbereich des Berufskollegen betreffe.

Es gäbe verschiedene Team- und Therapeutenbesprechungen in der Woche, dazu Übergaben der Ärzte nach den Wochenenden, wobei jeweils immer auch KlinPSY und KlinSA dabei wären, dazu jemand von der Pflege. Denn das Thema sei manchmal nicht das medizinische, sondern das psycho-soziale. Innerhalb der Sitzungen würden speziell die Risikopatienten vorgestellt, wie beispielsweise sturzgefährdete oder solche mit epileptischen Anfällen, und jede Berufsgruppe könne dann ihre Anliegen vorbringen.

Eine klare Zuständigkeit und Aufgabe von KlinPSY in der Klinik sei die Hinzuziehung bei der Frage, ob eine Erwerbsminderungsrente vorliegt. Hierzu werde das Urteil von KlinPSY gefragt, welches Folgen für den Patienten habe und auch in den Abschlussbericht käme.

Erschwernisse

Für die Vertreter:innen der KlinPSY seien die Vorgaben an Quantität, die sie zu erfüllen haben, immer enger und konkreter, und deshalb ein beachtliches Erschwernis in ihrer Arbeit. Diese Vorgaben seien wie eine Schablone: Sie würden die direkte Arbeit mit dem Patienten zeitlich zu stark einschränken und gleichzeitig den Prozentsatz an Patienten vorgeben, die die Angebote wahrzunehmen hätten. Die hohen Mengen an zu leistenden Therapieangeboten seien für die Mitarbeitenden „einfach nur noch anstrengend“. Bezeichnet wird dieser Umstand mit „durchgetaktet sein“. Es gäbe immer weniger Freiraum für die Realität der Patienten, aber auch die der Mitarbeitenden. Hierbei ist Zeit für die individuelle Einzelarbeit gemeint.

Erschwerend käme hinzu, dass Patient:innen immer mehr Druck gemacht werde, besonders hinsichtlich des Themas Sport. Dieses Thema stünde über allem in den letzten Jahren. Die Patient:innen könnten die hohen Anforderungen, die an sie – gerade auch für die Zeit zuhause - gestellt würden kaum erfüllen, da sie, wieder zurück aus der Reha, eine andere Wirklichkeit vorfänden. Angemerkt wird, dass dabei viel Unwohlsein produziert werde, und die Themen „Abstand nehmen“, „Ruhe finden“ und „zur Ruhe kommen“ zu sehr in den Hintergrund treten würden, welche für psychologische Verarbeitungsprozesse wichtig seien.

Auch die Freiwilligkeit, eine wichtige ethische Grundlage für die psychologische Arbeit, leide unter diesen zeitlichen Vorgaben und den Vorgaben an Mengen. Diese würden in

irgendwelchen Büros entstehen, aber an der Realität der Menschen vorbeigehen. Dies sei aber nicht nur in dieser Klinik ein Erschwernis, sondern gehe von den Trägern der Rehakliniken aus.

Optimierungspotentiale

Eine KlinPSYin erwähnt erneut, dass es wichtig wäre, mehr Zeit zur Verfügung zu haben. Die Person fände Anerkennung für nicht ausschließlich patientenbezogene Arbeitszeit wichtig, da diese Zeit auch wichtig sei, um gute Arbeit leisten zu können:

„Das ist nicht, weil man da plauscht und Kaffee trinkt. Sondern, das ist wichtig, und zahlt sich letztlich auch aus. Das finde ich, geht oft unter. Immer so auf, ja, wieviel Zeit direkt mit dem Patienten. Also, da wäre eine größere Wertschätzung ganz schön.“ (6.Interview, Z.39)

Positiv erwähnt wird der Wandel innerhalb der letzten Jahre (B1, Z.30). Psychologische Begleitung anzunehmen sei keine Schande mehr, sondern Angebote würden mit mehr Selbstverständlichkeit von den Patienten angenommen werden. KlinPSY müssten sich jedoch dafür einsetzen, dass therapeutische Prozesse nicht innerhalb einer halben Stunde ablaufen können, sondern dass eine gute Stunde dafür notwendig wäre. Die Patient:innen bräuchten Zeit um besonders in existentiellen Krisen therapeutische Prozesse zu durchlaufen, bei denen sie auch Gelegenheit bekämen, sich hinterfragen können.

Hinzuziehung KlinSA

Die Hinzuziehung von Vertreter:innen KlinSA geschieht meist in den wöchentlichen Sitzungen aber auch per direkter persönlicher Kontaktaufnahme oder in Form von E-Mail-Kontakten oder Telefonaten. Telefonate seien ein gewöhnliches Mittel, um sich kurzfristig auszutauschen. Auch komme es darauf an, wo der Patient zuerst hinkomme, zur Psychotherapie oder zur Sozialen Arbeit, es werde dann einfach zusammengearbeitet. Aus Sicht von KlinPSY hat es keine klare Reihenfolge, und es käme auch nicht darauf an „wer zuerst kommt“. Berufskolleg:innen würden sich gegenseitig informieren, und dann werde überlegt, wie weiter vorgegangen wird.

Erwartungen an KlinPSY

Vonseiten Fachpersonen der KlinSA und des Teams im Allgemeinen empfindet KlinPSY selten das Bestehen von unangemessenen Erwartungen (B5, Z.58; B6, Z.18). Die Erwartungen werden allgemein auch als angemessen und unproblematisch bezeichnet (B1, Z.6). Manchmal sei jedoch die Erwartungshaltung von Patient:innen unrealistisch. Dabei gäbe es Themen, die schon länger bestehen, vor denen die Patienten bisher zurückgeschreckt seien, psychologische Beratung in Anspruch zu nehmen. Manchmal sei dann die Erwartung – teilweise auch vonseiten der Ärzt:innen – zu hoch, diese länger bestehenden Themen in der

kurzen Zeit der Reha bearbeiten zu können. Beispiele für Themen seien: Jahrzehntelange familiäre Konflikte oder seit der Jugend bestehende Selbstwertprobleme (B6, Z.16). KlinPSY erhalten auch Anrufe von Berufskolleg:innen aus anderen Professionen, mit der Bitte, sich um jemanden zu kümmern, dem es nicht gut gehe (B5, Z.4).

6.2.2 Prinzipielle und wertmäßige Grundsätze und Irritationen

Auf die Frage nach den Prinzipien und Grundsätzen in der Arbeit von KlinPSY:innen in Rehakliniken wird häufig die Selbstbestimmung von Patient:innen genannt. Diese sei zu unterstützen, damit die von den Patient:innen begonnene therapeutische Arbeit zuhause bestmöglich weitergeführt werde. Patient:innen sollen lernen, mit Angeboten umzugehen, selbst zu entscheiden, für sich selbst gut zu sorgen und letztendlich Stress zu verringern (B1, Z.16).

Des Weiteren wird die Ressourcenorientierung in der Arbeit genannt. KlinPSY:innen würden dahingehend arbeiten, dass sie beispielsweise Verbindungen zu bereits bekannten, doch möglicherweise vergessenen Techniken zur Entspannung herstellen. Dabei arbeite Vertreter:innen KlinPSY nur dann aufdeckend oder tiefgehend konfliktorientiert, wenn es von Patient:innen gewünscht werde (B6, Z.18).

Fachpersonen KlinPSY geben an, nach ethischen Grundsätzen zu arbeiten. Dies bedeute die Bedürfnisse der Patient:innen zu verstehen und dabei die eigenen Grenzen zu kennen. Grundsätzlich sei es wichtig, Vorgehensweisen und Perspektiven an Patient:innen zu vermitteln, die für die Wirklichkeit des Patienten realistisch und umsetzbar seien. Damit zuhausemöglicherweise entstehende Konflikte abgefedert werden könnten, sei es erforderlich, die Arbeit mit den Patient:innen stärker an ihrer Lebenswelt auszurichten. Dazu folgendes Beispiel:

„Wie lebt diese Frau oder dieser Mann und das können wir nie aus dem Kontext isoliert sehen. Damit würden die Schwierigkeiten für die Menschen zu Hause richtig groß werden. Es ist, wenn man so manchmal hört, wie hier auch in Gesprächen von vorigen psychosomatischen Erkrankungen gesprochen wird und ja zu Hause oft sehr schockierend für alle ist, das, was sie da in Anführungszeichen gelernt haben in der Psychosomatik zu Hause nicht immer umsetzbar ist, dass das oft sehr viele Konflikte hervorruft. Ich glaube, das ist ein grundsätzliches Thema, das man immer bedenken muss, wie lebt dieser Mensch zu Hause?“ 5.Interview, Z.36

Qualifikationsprofile

Aus der Wahrnehmung der Vertreter:innen KlinPSY bezüglich KlinSA:innen wird in der Hauptsache die Fähigkeit zum Einfühlungsvermögen und das Kennen von Patient:innen-Rechten genannt. Gleichzeitig dazu wird auch Abgrenzungsfähigkeit erwähnt, damit sich psychologische und emotionale Themen nicht zu sehr vermischen. Diese könne das Eingehen auf Themen verhindern, für die KlinSA:innen nicht zuständig seien oder deren Ressourcen

dafür nicht ausreichen würden. Dazu benötigen Fachpersonen KlinSA die Unterscheidungsfähigkeit, um die Themen gut zu sortieren und den Kernpunkt herauszufinden, um gegebenenfalls auch an andere Stellen verweisen zu können (B5, Z.32).

KlinSA bräuchte neben den genannten Fähigkeiten auch jene zum Beziehungsaufbau in Kombination mit dem Geringhalten der Schwelle, Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen. Dazu sei eine gewisse soziale Kompetenz nötig. Diese Qualitäten sollten neben einem fundierten Wissen, welches strukturelle Gegebenheiten in der Arbeitswelt kennt, vorhanden sein, da Sozialarbeiter:innen manchmal auch die weiteren Wege begleiten würden.

Die Freude daran, mit Menschen in Kontakt zu sein und mit ihnen zu arbeiten sei eine wichtige Komponente bei dieser Arbeit. Zudem sei es sinnvoll, sich mit dem Thema Tod auseinander zu setzen, und diesen nicht auszuklammern. Aufgrund der Erkrankungen und Diagnosen – in diesem Fall im onkologischen Bereich – müsse wirklich oft an den Tod gedacht werden. Daher werde die Fähigkeit benötigt damit umgehen zu können (B1; Z.34).

Auf die Frage, ob KlinSA auch therapeutisch arbeitet oder arbeiten könnte, wird mit „Ja“ geantwortet. KlinPSY schreibt KlinSA therapeutische Wirkungen zu, indem für Patient:innen Wege geöffnet werden, die zuvor nicht für möglich gehalten wurden. Dadurch entstehe dann oft auch Entlastung. (B6, Z.34)

Die Möglichkeit zur Ausübung von therapeutischer Arbeit, die KlinSA leisten kann, wird erwogen, vorausgesetzt, es seien entsprechende Qualifikationen vorhanden:

„Gut, das schließe ich nicht aus. Aber eine unserer Sozialberaterinnen, die jetzt seit zwei oder drei Jahren in Rente ist, die hat die systemische Ausbildung gemacht und die bringt natürlich schon noch mal andere Voraussetzungen auch mit, anderes Werkzeug.“ 5.Interview, Z.34

Hinsichtlich der sozialen Dimension können sich Vertreter:innen KlinPSY vorstellen, Sozialarbeiter:innen in Rehakliniken könnten im Sinne von Coaching anbietend therapeutisch arbeiten. Diesem therapeutischen Arbeiten ist ein Unterscheidungsvermögen vorausgesetzt, wobei es darum geht zu unterscheiden, welcher Patient „nur“ Coaching brauche, und welcher darüberhinausgehende Angebote benötige. Der Durchschnitt der Patient:innen in Rehakliniken sei jedoch mit langjähriger Depression, Panikattacken, Persönlichkeitsstörungen, Eheproblemen oder Beziehungsschwierigkeiten schwerer belastet. Der Sozialdienst wäre dann überfordert, weil mit den speziellen Situationen andere Vorgehensweisen und Herausforderungen verbunden seien, welche eine solide psychologische, psychotherapeutische Ausbildung fordern.

KlinSA wird die Fähigkeit zugesprochen, Gruppensitzungen zu leiten, da viele Sozialdienstmitarbeiter:innen entsprechende Ausbildungen hätten.

Eine der wichtigsten Fähigkeit von KlinSA:innen sei jedoch, ein grundlegendes Wissen über die Rechte von Patient:innen zu besitzen (B5, Z.26), auf diese Hilfsangebote hinzuweisen und

eine Struktur zu schaffen, damit die Hemmschwelle für Patient:innen möglichst geringgehalten werde diese Angebote auch in Anspruch zu nehmen (B1, Z.14).

Stärken KlinSA

Eine wichtige Stärke sei die Fachkenntnis im Sozialdienst, die der Sozialdienst in Vorträgen weitergäbe. Dieses Wissen müsse immer auf dem neuesten Stand sein. Ein Beispiel sei es, Fristen im Arbeitsrecht zu kennen, die eingehalten werden müssten. Auch Wissen über das Schwerbehindertenrecht zu haben oder Möglichkeiten zur Wiedereingliederung in bestimmten Arbeitssituationen zu vermitteln, sei für KlinSA eine wichtige Fähigkeit. Darüber hinaus vermittele KlinSA in Vorträgen auch weitere, anschließende Hilfen für zuhause. Auch dies sei für Patient:innen sehr wichtig, da sie diesbezüglich sehr verloren seien (B5, Z.24).

Beim eigenen Fach zu bleiben und dennoch auch psychologische Arbeit zu leisten, indem herausgehört werden müsse, worum es dem Patienten ginge, sei eine weitere wichtige Fähigkeit.

„(...)aber ich glaube, dass sie sehr viel psychologische Arbeit auch machen, weil sie heraushören müssen, worum geht es dem Patienten jetzt. Die stellen vielleicht eine Frage und da steckt was ganz anderes dahinter, also, oder, er berichtet, ich bin so müde, und dann steckt dahinter: "welche Möglichkeiten gibt es, meine Arbeitszeit zu reduzieren?" 6.Interview, Z.26

An dieser Stelle wird eine Stärke vermutet, da KlinSA dies überwiegend selbst regeln würden und es selten vorkomme, dass sie auf ihre Berufskolleg:innen zukämen, weil sie nicht zurechtkämen.

Lebensweisheit

KlinPSY:innen warnen davor, zu schnell und zu viel auf einmal von den Patient:innen zu wollen. Übergroße Anstrengungen vonseiten KlinPSY seien nicht hilfreich, diese würden auf beiden Seiten zu Unzufriedenheit führen.

„Naja. Aufzupassen. Es gibt ja auf Englisch diesen Spruch: Don't work harder than your clients.“ (6.Interview, Z.41)

Man solle dann lieber nochmal einen Schritt zurück gehen. Für sich selbst gut zu sorgen, auf Pausen zu achten und besonders in harten Zeiten, wenn viel zu tun ist, immer wieder für Ausgleich sorgen, sei eine Empfehlung an einen Anfänger. Stattdessen solle man sich über kleine Veränderungen freuen, wie auch über guten Kontakt (B6, Z.48).

Das Wichtigste sei die Erkenntnis, man könne nicht alles heilen oder in Ordnung bringen. Dabei müsse auch die Frage gestellt werden, was denn Normalität überhaupt sei. Egal, in welchem

Bereich man arbeite, Psychotherapie oder Soziale Arbeit, solle man nicht zu viel Energie in die einzelnen Problematiken hineinstecken. Dies sei schließlich die zu erledigende Arbeit der Patient:innen (B6, Z.42).

Freude an der Arbeit mit Menschen zu haben, und gerne mit Menschen in Kontakt zu sein, wird als wichtige Erkenntnis in der Arbeit genannt. Man müsse auch bereit sein – je nach Arbeitsbereich – sich mit Fragen über den Tod auseinander zu setzen.

„Es ist sicher sinnvoll, in dieser Arbeit, sich auch mit der Frage zu beschäftigen. Also quasi die Frage „will ich leben, auch angesichts des Todes?“ Den Tod nicht ausklammern, der gehört ins Leben, und da muss man wirklich oft an den Tod denken.“ (1.Interview, Z.33)

Mögliche Fehler

Fehler seien die Kehrseite von den oben genannten Lebensweisheiten. Beispielsweise sei ein typischer Fehler, in der kurzen Zeit einer Reha von den Patient:innen zu viel zu wollen oder sich nicht über kleine Veränderungen und einen guten Kontakt zu freuen. Ein Fehler könnte daher auch mangelnde Bescheidenheit bedeuten oder Fehler zu streng zu bewerten und sich selbst fertig zu machen, indem man meint, Dinge nicht gut genug gemacht zu haben (B6, Z48). Selbst zu glauben, psychoonkologische Therapien könnten heilen oder das Zurückkommen von Rezidiven verhindern, oder dieses Denken an Patient:innen zu vermitteln, wird als weiterer möglicher Fehler genannt (B5, Z.64).

Das Festlegen des Umgangs mit der Erkrankung von außen bei gleichzeitigem Nicht-Erkennen von Ressourcen bei Patient:innen wird als mangelhaft bezeichnet. Um nicht an den Patient:innen vorbeizugehen, ohne ihre Ressourcen wahrzunehmen, müsse man sich in sie hineinfühlen und hineindenken. Nicht gut sei es, Appelle auszusprechen, wie die Patient:innen zu leben hätten, um gesund zu sein. Stattdessen sei es viel wichtiger nachzufragen, was Patient:innen wollen und nachzusehen, was Patient:innen an Ressourcen mitbringen (B1, Z.16).

6.2.3 Psychotherapeutische Interventionen

Umgang mit Ängsten

Ein Hauptbehandlungsbereich bei den Patienten sei der Umgang mit Ängsten und Unsicherheiten. Eine Krebsdiagnose sei dabei das Belastendste, da es auch reale Ängste beinhalte. KlinPSY würden dann Psychoedukation betreiben, indem sie über die körperlichen Auswirkungen von Angst aufklären. Das Wissen über die Angst und über Einflussmöglichkeiten würde die Angst greifbarer und damit auch bewältigbarer machen (B1, Z.20).

Entspannungstechniken

Ferner würden Methoden zur Entspannung wie Achtsamkeitsübungen vermittelt, die dazu beitragen sollen, körperliche Erregung zu senken. Achtsamkeitslenkung sei eine weitere therapeutische Intervention, mithilfe derer Angst bewältigt werden könne (B1).

Kognitive, verhaltenstherapeutische Ansätze

Das Fokussieren und Defokussieren sei ein wesentlicher Ansatz bei der kognitiven Umstrukturierung in der Arbeit KlinPSY. Auf die Frage, wie das Leben mit der Erkrankung weitergehen solle, werde mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen gearbeitet. Konkrete Veränderungsziele und kleine Schritte in diese Richtung zu gehen sei jedoch nicht etwas, das alle Patient:innen gleichermaßen wollen. Viele würden einfach lieber weitermachen wollen wie bisher. Geschätzt seien es ungefähr 30 Prozent, die die Erkrankung als Anlass für Veränderung nähmen (B1, Z.20).

Ressourcenorientierung

Ressourcen- und lösungsorientiertes Arbeiten wird als weitere Herangehensweise genannt. Patient:innen sollten sich erinnern, was sie evtl. früher schon angewendet, und was ihnen dann geholfen hätte. Dadurch würden Verbindungen hergestellt zu dem Neuen, was in der Rehaklinik gelernt werde. In Gesprächsgruppen könnten Patient:innen voneinander lernen und von den Erfahrungen der anderen profitieren. Dabei biete KlinPSY den Rahmen für den Austausch in einer nicht-hierarchischen Struktur. Innerhalb dieser Gruppen entstünden manchmal sehr gute Gespräche mit hilfreichen Aspekten, Vorschlägen und Perspektiven, was KlinPSY sehr begrüßt (B5, Z.46).

Psychoedukation und Normalisierung

Das Aufklären über psychische Vorgänge und das Normalisieren dieser spiele eine wichtige Rolle, wie auch das Einordnen bestimmter Problematiken auf emotionaler Ebene, die Patient:innen bisher unbekannt waren (B5, Z.16).

Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie

Mittels aktivem Zuhören und Reframing würden KlinPSY innerhalb ihrer Arbeit in der Rehaklinik psychotherapeutisch arbeiten. Es werde einfach Raum gegeben, im Gespräch die eigenen Befindlichkeiten zu beschreiben, um sie daraufhin einzuordnen (B6, Z.22).

Förderung von Inanspruchnahme

Psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen hätten sich viele Patient:innen bislang nicht getraut. Innerhalb der Reha sei es jedoch eher normal. Dies führe dazu führe, dass

Patient:innen endlich die Möglichkeit wahrnehmen würden, um Themen zu besprechen, die sie im Grunde schon länger bedrückten. Die Fragen oder Sorgen wären dann gar nicht oder nicht nur bezüglich der Erkrankung, oder die Themen vermischten sich (B5, Z.18).

7 Zusammenführung, Interpretation und Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus der vorliegenden, empirischen Forschung zusammengeführt, zueinander in Relation gesetzt, und mit der evidenzbasierten Sichtweise ergänzt. Dieses Vorgehen soll zur Beantwortung der Forschungsfragen dienen. Es entspricht Erkenntnissen aus der Sozialpsychologie, die besagen, dass Erleben und Verhalten nicht losgelöst vom sozialen Kontext betrachtet werden kann, sondern immer in Verbindung mit den vorzufindenden Beziehungen im räumlichen und zeitlichen Zusammenhang gebracht werden muss, um sie verstehen zu können.

Neben theoretischen Ansätzen aus der Sozialpsychologie werden Konzepte der Sozialraumorientierung und der sozialen Psychotherapie zur evidenzbasierten Rückführung herangezogen. Die Zusammenführung soll zur Interpretation und Diskussion der wichtigsten Aspekte für Veränderungen liegen.

7.1 Ergebnisse aus dem Bedingungskontext

Setting

Das Setting bedarf einer besonderen Aufmerksamkeit, da dieses zu einem großen Teil dazu beiträgt, ob und wie klinisch-soziale Interventionen stattfinden und eben auch gelingen. Stellvertretend für ihre Klient:innen hat KlinSA die Verantwortung für das jeweils passende Setting, innerhalb dessen Kontakte von Professionellen und Klient:innen stattfinden, zu übernehmen. Dabei variieren die Settings, in welchen KlinSA in Rehakliniken arbeiten, von Einzelgesprächen über Vorträge in Gruppen bis hin zu klassischen Gruppenarbeiten. Das problematische daran sind die zeitlich sehr engen Vorgaben und Einschränkungen im Somatikbereich der Rehabilitation. Röh's Aussage (Kap.2.3), KlinSA fehle hier die Chance, über die offensichtlich notwendigsten Bedarfe heraus zu sozialklinisch zu behandeln, bestätigt sich somit teilweise. Denn, was in den meisten Fällen schlichtweg die Organisation von sozialrechtlichen Angelegenheiten und pflegerisch-häuslichen Anschlussversorgungen bedeutet, ist bereits Teil einer sozialklinischen Behandlung. Ausführlicheres dazu in den weiteren Kapiteln.

Darüber hinaus hätten Informationen, die vom Sozialdienst in Vorträgen weitergegeben werden, aus Sicht von KlinPSY einen hohen Stellenwert, denn Klient:innen seien manchmal sehr verloren diesbezüglich. Das Setting im Arbeitsalltag einer Rehaklinik wird von beiden

befragten Berufsgruppen gleichermaßen als zeitlich sehr eng vorgegeben beschrieben. Für die Arbeit im direkten Klient:innen Kontakt sind sowohl für KlinSA als auch für KlinPSY eine Zeitspanne von 30 Minuten vorgegeben. Diesen Missstand würde KlinPSY nicht ohne Weiteres hinnehmen:

„Das ist ein bisschen, nicht so eine gute Entwicklung, aber wir versuchen (...). Also, statt einer Stunde, mach doch eine halbe Stunde, da wird ganz vergessen, dass therapeutische Prozesse Zeit brauchen. Manchmal ist eine halbe Stunde in Ordnung, aber oftmals auch nicht. Und da brauchen wir die Flexibilität, und dafür setzen wir uns auch ein, und es läuft schon auch gut, aber wir könnten da ein bisschen mehr Luft haben. Das ist ein Versuch, aber wir werden uns dann (...).“ Interview 1, Z.30

Hinsichtlich der Zeitvorgaben gäbe es im Bereich der Psychosomatik entscheidende Unterschiede: Die KlinSA:in, die in diesem Bereich arbeitet, gibt an mehr Möglichkeiten zu haben, um auf die individuellen Situationen von Klient:innen einzugehen. Dazu finden auch Arbeiten in Gruppentherapeutischen Settings statt.

Unter dem Begriff des Settings werden sowohl räumliche, zeitliche als auch methodisch-strukturelle Bedingungen zusammengefasst. Zusätzlich dazu beinhaltet das Setting auch die Beteiligung von Klient:innen im Arbeitsprozess. Daher bestimmt das Setting maßgeblich darüber, ob und inwieweit Klient:innen erreicht und eingebunden werden können. Auch das Erreichbar-Sein im umgekehrten Sinn, ob und inwieweit KlinSA:innen von Klient:innen erreicht werden können, spielt hier eine Rolle. Das stationäre, therapienahe Setting wird dabei nicht als ideal angesehen, da es eine zu geringe Alltagsnähe der Klient:innen aufweist.

Deloie (2011, S. 195) greift das Thema auf indem er argumentiert, den „Ort der Behandlung“ in die direkte Lebenswelt der Klient:innen zu verlegen, beispielsweise in Form von Hausbesuchen, was für sozialpsychiatrische Dienste und sozialpädagogische Hilfen bereits Selbstverständlichkeiten sind. Dabei werden Professionelle zu Besucher:innen, Klient:innen zu Gastgeber:innen. Dieser Rollentausch kann sich positiv auf die Beziehungsgestaltung auswirken, ein alternatives Kennenlernen wird ermöglicht. Die Professionelle Person als Besucher:in hat sich in gewisser Weise unterzuordnen, sie befindet sich nicht auf gewohntem Territorium, was als Machtausgleich wahrgenommen werden kann. Diese Tatsache kann sich wiederum ermächtigend auf Klient:innen auswirken. Solch sozialraumorientierte Vorgehensweise fördert außerdem das Erfassen und Verstehen von subjektiven Realitäten von Klient:innen. (Geissler-Piltz 2009, S. 40)

Die Verlegung des Settings kann dazu beitragen, dass Klient:innen sich wohler fühlen, oder überhaupt erst erreicht werden können, da andere Zugänge für sie eine zu hohe Schwelle aufweisen. Dieses Aufsuchen innerhalb der Lebenswelt des Klienten kann das Wahrnehmen der tatsächlichen Sachverhalte fördern, wenn Klient:innen sich schwertun, ihre Lebenslage verbal mitzuteilen. Auch besteht Grund zur Annahme, dass Veränderungsmöglichkeiten

spezifischer Situationen besser wahrgenommen werden können, und Ziele von neuen Verhaltensweisen direkt in die Lebenswelt einfließen. Ausgehend von einer Erweiterung des Settings könnte die Effizienz und Wirksamkeit von klinisch-sozialen Interventionen im rehabilitativen Kontext gefördert werden.

Case Management im Sozialbereich

Bei der Organisation der Anschlussversorgung nach dem Reha Aufenthalt hat die KlinSA eine Soziale Diagnose zu erheben, die neben Einschätzungen des medizinisch-psychologischen Zustandes auch das sozioökonomische Umfeld des Klienten miteinbezieht. Darüber hinaus sind grundlegende Kenntnisse über medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgungsbedarfe und -möglichkeiten in Form von Vermittlungs- und Vernetzungswissen erforderlich, wie auch ein fundiertes, aktuelles Wissen über sozialrechtliche Möglichkeiten.

Von Case Management im Sozialbereich wird dann gesprochen,

„wenn Sozialarbeiter:innen nicht nur Kontakt zu den problemrelevanten Personen und Institutionen haben und vermitteln, sondern diese zusammen mit der Klientel auch in ein Hilfswerk zusammengefügt werden, das sich durch gegenseitigen Austausch kennzeichnet, dies koordiniert und leitet und dabei von dem Ziel getragen wird, Klient:innen so zu unterstützen und anzuleiten, dass sie nach Abschluss des Case Managements ihren Alltag und ihr Hilfenetzwerk selbst koordinieren und steuern können.“ (Grit; Aue 2022, S. 117)

Der Blick in die Literatur zeigt, dass die Vertretung der sozialen Dimension für die Soziale Arbeit bereits eine lange Tradition im Gesundheitswesen hat und Sozialarbeiter:innen sich hierbei durch ihre Fachexpertise, insbesondere was die Einbeziehung des Sozialen Umfeld betrifft, auszeichnen. Bereits Salomon gab 1926 zu bedenken, dass auch „andere Wohlfahrtseinrichtungen, die Kirche, der Arzt, die Schule, jetzige und frühere Nachbarn, Hauswirte, jetzige und frühere Arbeitgeber, die weitere Verwandtschaft“ in die weitere Problembearbeitung involviert werden muss. Ihre Expertise werde auch gerne von Berufskolleg:innen erfragt. Dabei suchen Sozialarbeiter:innen gern selbst den kollegialen fachlichen Austausch, wenn sie mit Kolleg:innen oder Vorgesetzten arbeiten, die nicht ihrem Fach angehören (Geissler-Piltz 2009, S. 155).

Auch bei Wolf Rainer Wendt (2018, S. 193) lassen sich unterschiedliche Aufgaben eines Case Managers im Sozial- und Gesundheitswesen, wie es auch für die KlinSA:innen in Rehakliniken dieser Forschung nach typisch ist finden. Beispielsweise treten Fachpersonen KlinSA anwaltschaftlich für Klient:innen ein, indem sie diese hinsichtlich ihres Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs berät.

Diese Art von Case Management fungiert als Koordinierungsstelle, ohne selbst spezifische Leistungen zu erbringen, die mit den Leistungsanbietern konkurrieren würden. Benötigt wird vom Case Management eine Vernetzungskompetenz, die professionelle Hilfen mit informeller Hilfe zu verknüpfen versteht. Neben dem Wissen um die Anspruchskriterien für

Leistungserbringungen hat der Case Manager in seiner Funktion als Kundenanwalt gleichzeitig eine Unabhängigkeit der Leistungserbringer zu erfüllen, sowie ein Wissen mitzubringen, wie an Behörden und Anbieter von Leistungen heranzutreten ist.

Das Begleiten von Klient:innen während ihrer Behandlung, Versorgung oder Unterstützung zählt Wendt zum Leistungsbereich eines Case Managers, was die Beherrschung notwendiger Kommunikationstechniken und Handlungskompetenzen erforderlich macht.

Zuständigkeiten und Kompetenzzuordnung

Laut Befragung (2004) unter Student:innen der Alice-Salomon-Hochschule in Berlin zufolge sind die wichtigsten Kompetenzen von zukünftigen Sozialarbeiter:innen „Selbst- und Sozial-Kompetenz wie „Kommunikationsfähigkeit“, „Konfliktfähigkeit“, „Einfühlungsvermögen“ und „Methoden der Sozialen Arbeit“ (Ohling 2015, S. 174). Auch unter Mitarbeiter:innen von KlinSA und KlinPSY in Rehakliniken wird diese Auffassung geteilt, da alle diese Kompetenzen genannt und als essenziell notwendig erachtet werden.

Die empirische Erhebung zeichnet nebenbei das Bild einer klaren, personellen Aufteilung der Zuständigkeiten in die drei Kategorien des Bio-psycho-sozialen Modells nach Egger, wie in Kap.2.3.2 beschrieben. Die drei Ebenen, natürlicherweise nicht voneinander getrennt zu sehen, wirken jedoch beständig und wechselseitig aufeinander ein, so wie im Anschluss an die Trennung teilweise wieder Zusammenführungen der Ebenen, in Form von Teamsitzungen und anderen Absprachen stattfinden. Die zentrale Erkenntnis, die Untrennbarkeit der Ebenen des Bio-psycho-sozialen erfordert eine ganzheitliche Sichtweise auf die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit.

Die Annahme, die Gewichtung der Kategorien falle nach der genannten Reihenfolge aus, bestätigt sich zumindest für den Bereich der Somatik in der Rehaklinik. Obwohl KlinSA in der Fallbearbeitung einen großen Beitrag leisten, und in der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Klinik gefragt und gehört werden, werden letztlich die Entscheidungen über den weiteren Reha Verlauf der Klient:innen von Ärzten und Psychotherapeut:innen getroffen. KlinSA hat dafür zu sorgen, dass soziale Probleme der Patienten oft innerhalb kurzer Zeit bearbeitet werden. Dabei ist KlinSA im Bereich der Somatik in erster Linie für dringende, sozial-rechtliche Fragen zuständig. Jedoch besteht, aufgrund bio-psycho-sozialer Kausalitätsbedingungen die Notwendigkeit für alle im Gesundheitswesen beteiligten Disziplinen, Verknüpfungen zu den somatischen und psychischen Lebensbereichen bei der Bearbeitung sozialer Probleme, stets mitzudenken.

Günstige Einschätzungen – das Erleben von Sinnhaftigkeit

Sowohl KlinSA als auch KlinPSY erleben positive Rückmeldungen wie Dankbarkeit und Freude, die von Klient:innen entgegengebracht werden, als für sie wichtig und wertvoll. Als

sinnvoll erleben die befragten Personen ebenfalls, wenn Klient:innen aufgrund ihrer erbrachten Leistungen Erleichterung, Klärung oder gesteigerte Handlungsfähigkeit erfahren. Dies könne bspw. der Fall sein, wenn sich nach einer Beratung, wieder die nächsten Schritte aufzeigen würden. Das Schaffen von Zukunft und der Beitrag zu einem gesteigerten Wohlbefinden der Klient:innen wird dabei als sinnvoll und befriedigend bezeichnet.

Diese vorliegenden Ergebnisse aus den Interviews, die die Ursachen von Sinnhaftigkeitserleben bei der Arbeit in der Rehaklinik beleuchten, decken sich mit der Logotherapie nach Viktor Frankl, der das Erleben von Sinn auf die Nützlichkeit für eine Sache oder jemanden, der außerhalb der Person selbst liegt zurückführt.

Das Hinausweisen über sich selbst bezeichnet er als Transzendenz, welche er als die Essenz menschlicher Existenz bezeichnet. Die - in diesem Fall - getane Arbeit in der Rehaklinik – liefert den Grund zum Glücklichsein, da rechte Hilfe zur rechten Zeit angekommen ist und eine Verbesserung der Situation der Klient:innen stattgefunden hat.

Auch davon berichtet eine der befragten Personen aus den Interviews auf die Frage, welche Fehler man in der Arbeit machen könne. Es sei ein Fehler, sich nicht über die Begegnung mit einem anderen Menschen, über einen guten Kontakt, der stattgefunden hat, zu freuen: Dies bezieht sich sowohl auf die Arbeit mit Klient:innen, als auch auf gelingende, interdisziplinäre Zusammenarbeit.

„Dass man den Zeitraum realistisch einschätzt, nicht zu viel will, und sich auch eben über kleine Veränderungen freut, oder über einen guten Kontakt.“ 6.Interview, Z.48

Fähigkeiten KlinSA und professionell-soziale Anerkennung

“Don’t forget, a person’s greatest emotional need is to feel appreciated.” H. Jackson Brown

Auf die Frage, nach der Wichtigkeit des Sozialdiensts im Kontext Rehabilitation und die zu leistende, professionelle Arbeit, werden folgende Ergebnisse zusammengeführt:

Als eine der wichtigsten Fähigkeiten, die KlinSA von ihren Berufskolleg:innen zugeschrieben wird, ist das Weitergeben von sozialrechtlichen Fachkenntnissen. Informationen, bspw. über Arbeitsrechte oder das Schwerbehindertenrecht, müssen stets auf dem neuesten Stand sein. Dieses Wissen, sowie weiterführende Hilfen für zuhause zu vermitteln, sei eine wichtige Fähigkeit KlinSA.

Auf die Frage nach der eigenen Sichtweise zu den Fähigkeiten KlinSA werden wiederholt Offenheit, Lernbereitschaft und Empathiefähigkeit genannt. Dazu soll ein Statement von Marshall Rosenberg, dem Begründer der gewaltfreien Kommunikation, den Stellenwert von

Empathie als ein wesentliches und grundlegendes Bedürfnis des Menschen verdeutlichen, hinter dem die Sehnsucht steht, gehört und verstanden zu werden:

„Wenn wir jeden Tag erleben, dass dieses Bedürfnis erfüllt wird, ist das Leben für uns viel leichter. Manchmal haben wir dieses Bedürfnis gleichzeitig mit einer anderen Person. Wenn wir dieses Bedürfnis haben, ist es schwierig zugleich dem Gegenüber zu helfen, sein Bedürfnis zu erfüllen. Dieses Bedürfnis, das so stark und machtvoll ist, ist Empathie. Ein Bedürfnis nach Verständnis. Es ist sehr viel machtvoller als nur das verstandesmäßige Verstehen. Denn es geht um ein emotionales Verstehen des Gegenübers. Wenn wir diese Art von Empathie bekommen, spüren wir, dass die andere Person wirklich bei uns ist. Sie sieht, wie es uns gerade geht, wie wir uns gerade fühlen, und was uns so fühlen lässt. Es fühlt sich so gut an, in solchen Zeiten, wenn uns jemand einfach nur zuhört.“ (Rosenberg 2005)

Die Feststellung, Sozialarbeiter:innen hätten die Fähigkeit zur Empathie, würde demnach bedeuten, dass sie mit dieser Fähigkeit und dessen Ausübung einem wesentlichen und grundlegenden Bedürfnis von Menschen begegnen kann. Diese Fähigkeit kann auch als zentrale Voraussetzung zur Beziehungskompetenz gesehen werden. Die Fähigkeit, Beziehung aufzubauen und zu erhalten, ist ohnehin die Basis der Praxeologie Klinischer Sozialer Arbeit. (Steiner; Ehrhardt 2021, S. 200)

Die Aussage, Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich sei mit ihren Aufgaben oft zufrieden, würde jedoch nicht immer die gewünschte Anerkennung aus ihrem Umfeld erfahren (Geissler-Piltz 2009, S. 155) erweist sich im vorliegenden Forschungskontext als überholt. KlinSA in der Arbeit in Rehakliniken bestätigen das Erleben von Wertschätzung und Anerkennung vonseiten ihrer Berufskolleg:innen und Vorgesetzten. Die vorliegenden Ergebnisse zur erlebten sozialen Anerkennung KlinSA im Forschungsfeld bestätigen diese Aussagen., wie auch eine Studie von Romanowski (2012, ab S.80) das Vorhanden-Sein von professioneller Wertschätzung durch andere Fachpersonen und die Gleichwertigkeit als Gesprächspartner in interdisziplinären Fallbesprechungen bestätigt.

Betrachtet man die Aussagen genauer, fällt auf, dass KlinSA teilweise zurückhaltender formuliert, wenn mit den Aussagen der Außensicht verglichen wird. Es finden sich stärkere Wörter, die durch stärkere Betonung hervorgehoben wurden, bei den Berufskolleg:innen, wenn diese die Wichtigkeit und den Stellenwertes des Sozialdienstes in der Rehaklinik beschreiben:

„Also in der Rehaklinik hat der Sozialdienst eine WICHTIGE Rolle. Weil, sozusagen ja doch, das ganze Sozialrechtliche, von uns aus, wie es sozialrechtlich weitergeht, oder auch wie sie zuhause weiter versorgt werden, also da hat der Sozialdienst, spielt der Sozialdienst auch eine große Rolle und wird auch gut gelöst, also für die Patienten. Die machen auf Vorträge zu bestimmten Themen, aber auch Einzelgespräche, also, der hat einen hohen Stellenwert bei uns, der Sozialdienst, ja.“ (Interview 1, Z.12)

Auch lassen sich Unterschiede zwischen den Bereichen Somatik und Psychosomatik feststellen. Teilweise lässt sich dieser Unterschied sicher auch auf die kürzere Bestehensdauer des Sozialdiensts zurückführen, wie in Interview 4 erwähnt wird:

„Das war früher, also wo ich hier angefangen habe, da gab es den Sozialdienst in der Form noch nicht. Also, wir haben das hier so aufgebaut. Und am Anfang war jetzt so diese Anerkennung noch nicht so da, weil es einfach, ja, was machen die eigentlich, und wie? und so, und jetzt, ist die Anerkennung sehr wohl da. Weil die Ärzte eben gesehen haben, dass wir wirklich eine sehr wertvolle Arbeit machen, und ja, das ist schon in Ordnung.“ Interview 4, Z.54

Jedoch hat auch hier bereits eine Änderung stattgefunden. „Die Ärzte“ würden mittlerweile mehr Wissen bzgl. der sozialarbeiterischen Leistungen haben, was auch die geschätzte Wertigkeit erhöht habe. Insbesondere bei Klient:innen mit psychosomatischer Komponente ist hin und wieder die Fähigkeit, in der Beratung zu motivieren und gut zuzureden, wortwörtlich „Überredungskünste“ anzuwenden, gefragt (B4, Z.68). Dies ist manchmal notwendig, wenn es darum geht, dass Klient:innen nach der Krankheitszeit die Arbeit wieder aufnehmen sollen.

Multiperspektivischer Ablauf und Interdisziplinarität

Die Beschreibungen von Interdisziplinarität im Gesundheitsbereich wie der Rehabilitation haben sich bestätigt, die Abläufe in der Arbeit sind meistens recht klar und vorgegeben, die Aufteilung der Arbeit je nach Profession und Qualifikation. Es wird hauptsächlich von regelmäßigen Teamsitzungen, Absprachen und meist guter Zusammenarbeit berichtet, in einem Fall wird am Rande erwähnt, was einst zu einer Kündigung führte:

„Und dann, wurde sie praktisch nicht verlängert, das war dann auch so, es war ja noch in der Aufbauphase, der Sozialdienst, und da waren natürlich auch die einen oder anderen Kritikpunkte, weil am Anfang, die Zusammenarbeit, es musste ja erst wachsen, und da war meine Kollegin, ich sag jetzt mal so, ein bisschen undiplomatisch, was die Kritik anging, ja, und drum ist halt die Wahl auf sie gefallen und nicht auf mich, obwohl ich später angefangen hab, und dann musste sie quasi gehen, und dann war ich alleine.“ 4.Interview, Z.56

Wie bereits im theoretischen Teil in Kap.3.1.9 erwähnt, wäre die Art und Weise der Kommunikation innerhalb interdisziplinärer Teams eine weiterführende, eigene Forschung wert, da eine gute Kommunikation als Voraussetzung für gelingende Arbeit für und mit den Klient:innen gesehen wird. Expertise auf dem eigenen Fachgebiet werde durch kooperatives Zusammenarbeiten gefördert, wie auch das Entwickeln von neuen innovativen Ideen. Eine Zusammenarbeit, bei der ein wertschätzendes Klima und der gegenseitige Austausch gefördert werden und der Abbau von Konkurrenz im Blick behalten wird, kann Innovation entstehen, auch im Sozialbereich (Geissler-Piltz 2009, S. 153).

7.2 Ergebnisse zu Grundsätzen und Irritationen

Theoriegeleitetes Handeln

Professionelles Handeln ist theoriegeleitetes Handeln. Auch für Sozialarbeiter:innen im Gesundheitsbereich gilt, es müsse dem Handeln ein verstandesgeleiteter Denkprozess vorausgehen. Dieser schließe theoretisches und erfahrungsgemäßes Wissen ein. Dabei wird Denken und Verstehen durch vorwiegend visuelle, aber auch andere Sinneseindrücke beeinflusst. Aufgabe des Professionellen ist das möglichst exakte und objektive Wahrnehmen dieser Eindrücke, also ein Trennen von subjektiven Empfindungen und Einschätzungen. Der weitere Denkprozess soll schließlich, mithilfe von weiteren Erkenntnisquellen, logisch und analytisch zu Lösungs- und Handlungsstrategien führen (Böhler in Geißler-Piltz 2006, S. 28). Das Ziel ist es, Lösungswege für ein vorher definiertes Problem gemeinsam mit dem Klienten zu erarbeiten.

Systemtheoretischen Erkenntnissen zufolge benennt Bunge (1996, S. 322) unterschiedliche Erkenntnisquellen für professionelles Handeln. Diese sind: die Konstruktion, die Vernunft, (Sinnes-)Erkenntnisse, die Intuition sowie Kommunikations- und Handlungskompetenzen. Aus dem Zusammenspiel der genannten Erkenntnisquellen, durch welche Handlungs- und Lösungsstrategien generiert werden, erfolge denn schließlich die Durch- und Ausführung des professionellen Handelns. Zwei von drei befragten KlinSA:innen benennen dabei explizit Konstrukt-theoretische Hintergründe, wie das bio-psycho-soziale Modell (Pauls 2012, S.18ff) oder das Tripelmandat nach Staub-Bernasconi (2007, S. 8 ff).

Wertmäßige Grundsätze und Prinzipien

Die befragten professionellen Personen aus Sozialarbeit und Psychotherapie vertreten den Grundsatz, einen Menschen nicht losgelöst von seinem persönlichen Umfeld zu sehen. Auch strukturell-systemische Bedingungen sollen in Hilfeplanungen miteinbezogen werden, um Probleme nicht zu psychologisieren und damit zu individualisieren (Ohling 2015, S. 178).

Im Gegensatz dazu ist das „Ziel Klinischer Sozialarbeit [...] die individuellen und sozialen Ressourcen hilfebedürftiger Menschen zu fördern, um deren Selbstbestimmung zu fördern und die Teilhabe der KlientInnen am Leben in Gemeinschaft und Gesellschaft zu sichern.“ (Ortmann/Binner in ebd.).

Die Förderung der Selbstbestimmung bedeutet dabei, Entscheidungen nicht über den Klienten hinweg, sondern stets in gemeinsamem Dialog und in Absprache mit Angehörigen, wenn dies möglich und nötig ist, erfolgen.

Diese Sichtweise entspricht dem Grundsatz der Hilfe zu Selbsthilfe, welchen sich die Soziale Arbeit zu Eigen gemacht hat. Das vor-Augen-halten der Stärken und Ressourcen von Klient:innen beugt einer einseitigen, problemzentrierten Sichtweise vor.

Die Selbstbestimmung stellt dabei einen wichtigen, prinzipiellen Grundsatz dar, der eng mit der Achtung und Würde verknüpft ist, die jedem Menschen automatisch innewohnt. Ein dirigistisches Eingreifen jedoch, das gewaltsame Vorgaben beinhaltet, würde die Gefahr bergen, die Autopoiesis von Systemen, wie jene eines menschlichen Organismus, zu zerstören (Schlittmaier 2014, S. 50). Hilfeprozesse, wie sie Klinische Soziale Arbeit anbietet, sollen daher keine Bevormundung beinhalten, sondern sich stets an der möglichst weiten Eigentätigkeit des Klienten orientieren.

Die Achtung der Autonomie des Menschen ist eine Forderung an die professionelle Grundhaltung von Berater:innen im psychosozialen Kontext. Den Klient:innen wohnen die Rechte aber auch Verantwortung für Entscheidungen, die ihr eigenes Leben betreffen, inne. Mit dem Wissen darüber, dass Menschen nicht zielgerichtet gesteuert werden, sondern dass Veränderungsprozesse lediglich angestoßen werden können, hat der Berater auch akzeptierend mit Widerständen umzugehen (Beushausen 2016, S. 112.)

Da der Wert der Selbstbestimmung in mehreren Interviews auftaucht, die im Zuge dieser Arbeit geführt wurden, zeigt seine Wichtigkeit da er eng mit der Würde und Freiheit eines Menschen verknüpft ist, die auch in den internationalen Menschenrechten begründet sind. Für Vertreter:innen KlinSA bedeutet dies, die Interessen und Lebensentwürfe ihrer Klient:innen anzuerkennen, auch wenn diese nicht mit ihren eigenen übereinstimmen, solange nicht die Rechte oder Interessen von anderen Personen eingeschränkt oder verletzt werden. Diese und weitere ethische Ansprüche sind im Ethik-Codex der internationalen Vereinigung Sozialarbeiter:innen festgelegt (IFSW; IASSW 2005, S.4).

Auch bei Dettmers (Dettmers 2015, S. 23) ist die professionelle Haltung von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen beschrieben, die sich neben den Mandaten, die von Institutionen und Klient:innen ausgehen, am dritten Mandat, dem der Fachlichkeit und der Ethik zu orientieren haben.

Lebensweisheit

Individuelle Werte und Normen existieren nicht losgelöst von situativen und zeitlichen Kontexten, sondern entstehen gerade durch und aufgrund von sozialen Interaktionen im Kontext. Innere Merkmale, wie Werthaltungen und Lebensweisheiten sollen deshalb beachtet und berücksichtigt werden (Hartung; Kosfelder 2019, S. 16ff):

Von beiden Berufsgruppen wird Achtsamkeit für die eigene Person sowie ein rechtzeitiges Abgrenzen genannt. Professionelle Helfer sollten für sich selbst immer wieder für Ausgleich sorgen, besonders in harten Zeiten, wenn viel zu tun sei. Authentisch und sich selbst zu sein, sich nicht verstellen zu müssen, sowie die Notwendigkeit, immer wieder in sich hineinzuspüren, ist zudem eine Erkenntnis, die weitergegeben wurde. Ningel (in Steiner; Ehrhardt 2021, S. 204) nennt dazu passend die Notwendigkeit einer Selbstfürsorge und in der täglichen Arbeit

schützend mit sich selbst umzugehen. Dettmers betont eine kritische und selbstreflexive Haltung, die eine distanzierte Professionalität ermöglicht. (Dettmers 2015, S. 23)

Es folgt das bekannte Spannungsfeld von Nähe und Distanz, das auf den ersten Blick fast wie ein Widerspruch lautet, sich möglichst offen und vorurteilsfrei auf das Gegenüber einzulassen und gleichzeitig gut zu sortieren, um sich nicht auf zu viele Themen gleichzeitig zu stürzen. Dieser Anspruch verdeutlicht die Wichtigkeit einer klaren, professionellen Grenzziehung, um Probleme nicht mit nach Hause zu nehmen und „keine Bauchlandung zu machen“ wie es eine interviewte Person ausdrückt (B3, Z.45).

Eine weitere Erkenntnis, die an Berufseinsteiger:innen weitergegeben würde, ist das Einnehmen einer wertschätzenden und ernstnehmenden Grundhaltung den Klient:innen gegenüber. Empathie und Geduld seien an den Tag zu legen, da Veränderungen Zeit bräuchten. Diese Zeit, die für das Erkennen notwendiger Veränderungen benötigt werde, solle den Klient:innen zugestanden werden. Sind die Erwartungen, die an Klient:innen herangetragen werden, zu hoch, führen sie eher zu Überforderung, als dass sie hilfreich sind. Zielführender ist es, sich auch über kleine Veränderungen, die ebenfalls Beachtung und Würdigung verdienen. Fachpersonen sollten sich auch über einen guten Kontakt, den sie zu Klient:innen hatten, freuen.

Das Bemühen um eine gute Kommunikation im Team wird ebenfalls als lohnend angesehen, wodurch nicht nur die Arbeitszufriedenheit innerhalb der Zusammenarbeit erhöht wird, sondern auch einer Kapazitätsüberlastung und Überforderung der Fachpersonen entgegen gewirkt wird.

Mögliche Fehler

Eine unvollständige oder verspätete Kommunikation dagegen könne zu unangenehmen Folgen führen, bspw. dass Informationen im Team nicht rechtzeitig oder überhaupt nicht weitergegeben werden oder dass Angehörige nicht entsprechend einbezogen werden. Falsche Informationen, die an Patienten weitergegeben werden, sind ein weiteres Beispiel für Fehler. Für Klient:innen sei es schwer mit sich nicht-bewahrheitenden Informationen umzugehen, wenn der Verlauf der Reha sich anders gestaltet als zuvor prognostiziert wurde. Kommunikation ist auch dann fehlerhaft, wenn sie zu spät erfolgt, bspw. wenn Klient:innen nicht frühzeitig zum Sozialdienst angemeldet werden.

Die Befragung der Interviewteilnehmer ergibt, dass viele mögliche Fehler die Kehrseite aller zuvor genannten Lebensweisheiten und Erkenntnisse darstellen. Es sei jedoch möglich, mit Fehlern offen und loyal umzugehen und mit Objektivität an die Sache heranzugehen, was auch bedeutet, Dinge nicht persönlich zu nehmen. Nachdem auf einen Fehler mit einer Lösungsfindung reagiert wird, können Dinge wieder in Form gebracht werden um anschließend

wieder zur Tagesordnung überzugehen, ohne dass für die Beteiligten ein Nachtragen oder negative Konsequenzen entstünden.

7.3 Ergebnisse der therapienahen Interventionen

Therapienahe Interventionen

„Therapie in der Sozialen Arbeit ist nicht allein auf das Individuum bezogen und unterscheidet sich dadurch von der Psychotherapie. Sie sieht die Person in ihrer Umgebung, in einer Person-in-Environment-Perspektive, wie es schon Richmond 1917 skizzierte.“ (Kröger; Hahn; Gahleitner 2022, S. 33)

Die Sichtweisen der Selbst- und Fremdwahrnehmung zur Frage, ob KlinSA therapeutisch tätig ist oder sein können, decken sich insoweit, dass auf beiden Seiten ein therapeutisches Wirken durch Entlastung gesehen wird, indem Fachpersonen - auch finanziell - Wege aufzeigen und weitere Wege begleiten. Unterstützung - vielfach bei der Antragstellung – und Informationsvermittlung, auch für weitergehende Leistungen haben bereits (sozial)therapeutische Wirkung.

Ob KlinSA ihr professionelles Tätigsein als therapeutisch bezeichnet hängt also stark von den äußeren Umständen, wie strukturelle Vorgaben und dem Arbeitsbereich ab. Ob eine KlinSA:in in einer Psychosomatik- oder in einer Somatik Abteilung arbeitet macht also einen entscheidenden Unterschied.

Einige Ergebnisse aus den Interviews konnten unter die sechs Handlungsarten der Sozialen Arbeit subsumiert werden, wie bereits in Kap. 6.1.3.2 beschrieben.

Jedoch machen die geringen zeitlichen Möglichkeiten, die pro Patient:in zur Verfügung stehen, es KlinSA laut eigener Angaben in wenigen Fällen möglich, über das Organisieren der dringendsten Bedarfe für die Zeit nach der Reha mit den Patient:innen zu arbeiten.

Ein wichtiges Argument, weshalb an dieser Stelle für mehr Zeit für die psychosoziale Beratung plädiert wird, ist die Chance auf Persönlichkeitsentwicklung in der Beratung, wie im personenzentrierten Ansatz nach Rogers (Schubert; Rohr; Zwicker-Pelzer 2019, S. 81) . Mit dem Verstehen psychosozialer Dynamiken ist ein erster Schritt zur Veränderung getan, denn dadurch können KlinSA:innen ihren Klient:innen auf wertschätzende Weise konstruktives Feedback geben, wenn ihnen etwas auffällt, das an der Persönlichkeit des Klienten hinderlich für sein Vorankommen ist. Es kann den Klient:innen dazu verhelfen, sich besser zu verstehen, den „blinken Fleck“ (Kap.4.3.4) wahrzunehmen, und sich persönlich weiterzuentwickeln. Dies kann sich wiederum positiv auf sein soziales Beziehungsnetz innerhalb seines persönlichen Umfelds zuhause auswirken.

„Soziale Arbeit und Psychotherapie sind gesellschaftlich organisierte und professionell realisierte Hilfen zur Vermeidung, Linderung, Beseitigung oder Bewältigung menschlichen Leidens. Beide haben eine lange Tradition und eine mehr als hundertjährige Geschichte, in deren Verlauf beide Hilfeformen immer wieder Bezug aufeinander nahmen und auch heute noch nehmen.“ (Heekerens 2016, S. 11)

Für die Klinische Soziale Arbeit ist es wichtig, psychosoziale Systemdynamiken in die therapienahe Arbeit mit multiproblem-belastetem, teils psychisch erkranktem Klientel miteinzubeziehen. Unter Systemdynamiken sind komplexe, sich gegenseitig bedingende soziale und psychische, Lebensdynamiken eines Menschen in der ihn umgebenden Umwelt zu verstehen. Die Prozesse, die sich gegenseitig bedingen und beeinflussen wirken auf psychische Ordnungsstrukturen ein. Unter Ordnungsstrukturen sind bestehende Muster von Emotions- und Verhaltensgewohnheiten gemeint, die ein Mensch erlernen und die er auch wieder verlernen kann, indem bewusst und aktiv ein neues Muster eingeübt wird.

Sommerfeld (2016, S. 202) benennt als ersten Faktor der psychosozialen Dynamik das Verstehen, welches erst dazu führt, dass Veränderungsziele oder Strategien der Veränderung entstehen können. Nicht nur in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen spielt dieses Wissen eine Rolle, es ist auch hilfreich in der Suchthilfe oder bei Anti-Gewalt-Trainings.

Die Fähigkeit, hinsichtlich der vom Sozialdienst zu bearbeitenden Probleme, und eine Trennung der Zuständigkeiten sei eine Herausforderung, der sich KlinSA:innen laut Berufskolleg:innen hier gegenübergestellt sieht. Obwohl Vertreter:innen KlinPSY angeben, KlinSA habe keine therapeutische Zuständigkeit, erwähnen sie doch die therapeutische Wirkung der Arbeit des Sozialdienstes. Die Arbeit an den schwereren psychischen Problemen, die über ein Coaching hinausgeht, könnte die KlinSA aus Sicht ihrer Berufskolleg:innen überfordern. Gleichzeitig sind die Berufskolleg:innen froh über die Möglichkeit an die KlinSA zu verweisen, wenn es um soziale oder sozialrechtliche Fragen geht.

Anwendung sozialer Psychotherapie

„In sozial dominierten Problemlagen ist es meist für Sozialarbeiter:innen einfacher, einen bspw. erforderlichen psychotherapeutischen Hintergrund abzudecken, als für Psychotherapeut:innen, in die klinische soziale Behandlung einzutreten.“ (Fritz in Steiner; Ehrhardt 2021, S. 206)

Benannt wird hier, was im Alltag Klinischer Sozialarbeiter:innen häufig vorkommt, dass KlinSA:innen in ihrer Tätigkeit auch psychotherapeutisch wirksam sind, da sie die notwendigen Qualifikationen aufgrund ihrer Ausbildung mitbringen. Die psycho-sozialen Entstehungszusammenhänge von Gesundheits- und Krankheitsentstehung machen dieses Vorgehen notwendig. Die Form der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie hat dabei

eine besondere Stärke in der Bearbeitung von emotionalen Erlebnisinhalten (Deloie 2011, S. 119).

Verflüchtigen sich Ziele und neue Verhaltensweisen, die in der Therapie erarbeitet wurden, zuhause in der Lebenswelt des Klienten, tritt ein unerwünschter Zustand ein. Die Ursache wird u.a. darin gesehen, dass Therapieziele nicht mit den vorzufindenden Verhältnissen im Sozialraum eingebunden werden konnten. Aus diesem Grund sollen Interventionsmöglichkeiten Sozialer Arbeit an dem Punkt der Synchronisation ansetzen, was bedeutet, ihre Klienten darauf vorzubereiten, zurück in ihrer eigenen Lebenswelt ihre neu erarbeiteten Ordnungsmuster umzusetzen und anzuwenden.

Nur wenn psychotherapeutische Interventionen in der sozialen Erlebenswelt eines Menschen angewendet werden, festigen sich die neuen Erfahrungen und können bestehende Denk- und Wahrnehmungsmuster überschreiben. Das Schaffen und Begleiten von neuen positiven Erfahrungsmöglichkeiten psychisch kranker Menschen sind dabei die bedeutendsten Interventionsmöglichkeiten Sozialer Arbeit, argumentiert Sommerfeld (2016, S.203).

Auf diese Weise können Rückkopplungen von psychotherapeutischen Interventionen mit sozialen Erfahrungen zu verbesserter psychischer Verfassung und Stabilität führen, was wiederum Selbstwirksamkeitserleben und Selbstvertrauen der Klienten erhöht. Für die KlinSA im Kontext der Rehabilitation bedeutet dieser Anspruch möglicherweise noch einen weiten Weg.

Sozialraumorientierung

Klinische Soziale Arbeit arbeitet mit dem Bewusstsein, das ökosoziale Umfeld ihrer Klient:innen mit allen sich daraus ergebenden Ressourcen stets mitzudenken. Ein solcher Ansatz, der den Kontext mitdenkt und die Person nie losgelöst von ihrer Umwelt sieht sollte über ein breites Vernetzungswissen verfügen. Ein zentraler Anspruch an Klinische Soziale Arbeit ist ein Verbindungswissen der umweltbezogenen Anschlussmöglichkeiten für Klient:innen, welches mittels Netzwerktreffen, sowie durch Fort- und Weiterbildungen geschult und ausgebaut werden kann (Psota, Schwab, Schörghofe in Steiner; Ehrhardt 2021, S. 108).

Mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management (DGCC e.V.) im Jahr 2005 wurde ein Meilenstein in der professionellen Vernetzungsarbeit auf Fallebene gelegt.

Dabei die Zusammenhänge von Herrschafts- und Machtverhältnissen, derer auch die Klinische Soziale Arbeit nicht entkommt, mitunter sogar an deren (Re)Produktion beteiligt ist, stets zu reflektieren, betonen Kessler, Reutlinger und Deinet (2007, S.122). Eine reflexive, sozialräumliche Haltung einzunehmen sei erforderlich, um vorherrschende Machtverhältnisse in professionelles Handeln mit einzubeziehen.

8 Fazit und Ausblick

Innerhalb dieses Kapitels werden die Hauptaussagen nochmals präzise zusammengefasst und aufgezeigt, inwiefern die Zielsetzung der Masterarbeit erreicht wurde. Der Forschungsprozess wird reflektiert und wichtige Erkenntnisse für die KlinSA herausgearbeitet. Abschließend werden Limitationen und linguistische Dynamiken dieser Arbeit erläutert

Reflexion des Forschungsprozesses

Ausgehend vom sozialpsychologischen Theorieverständnis ist deutlich geworden, dass die Erhebungsmethode, das Expert:inneninterview, dafür geeignet ist, valide Aussagen über die KlinSA in Rehakliniken zu machen. Mithilfe der Mehrperspektivität der Selbst- und Fremdwahrnehmung konnten die Ergebnisse validiert werden, wie beispielsweise, dass sich die KlinSA mit ihren fachspezifischen Qualifikationen einen festen Platz im interdisziplinären Reha-Gefüge eingenommen hat. Die Ergebnisse aus der qualitativen, strukturierten Inhaltsanalyse zeigen, dass die KlinSA allgemein, im speziellen auch von ihren relevanten Berufskolleg:innen professionell-sozial sehr gut anerkannt ist. Die Vertreter:innen der KlinSA arbeiten trotz des großen Zeitdrucks effizient und professionell. Dabei richten sie ihre professionelle Arbeitshaltung an international anerkannten ethischen Standards aus.

Die theoretische Fundierung aller Maßnahmen der KlinSA, sowie die gewissenhafte Dokumentation sichern die Qualität und Überprüfbarkeit der Mittel, Wege und Ziele. Auch die Weiterentwicklung des sozialarbeitswissenschaftlichen Fundaments eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnisses, welches die KlinSA stärker konzeptionell einbindet, lässt sich als weiterführendes Ziel erklären.

8.1 Reflexion der Gütekriterien

Quantitative, standardisierte Gütekriterien können nicht einfach auf die qualitative Sozialforschung übertragen werden können, da diese Art der Forschung nicht-standardisierte Daten generiert. Diese Tatsache stellte Sozialarbeitswissenschaftler:innen in den letzten Jahrzehnten vor die Herausforderung, eigene, gültige Kriterien zu formulieren. Diese lassen sich beispielsweise bei Miles und Huberman (2004, S.311-316 in Kuckartz 2018, S. 202) finden, die eine Gegenüberstellung der beiden Forschungsansätze vorgenommen haben.

Objektivität

Ein wichtiges Kriterium in der quantitativen Forschung ist die Objektivität, die jedoch nicht ohne Weiteres auf die qualitative Sozialforschung übertragen werden. Vielmehr rückt die reflexive Subjektivität in den Vordergrund, und es entsteht der Anspruch, aktiv mit dieser umzugehen.

Gemeint ist eine reflektierte Auseinandersetzung mit dem Einfluss des Forschers/der Forscherin auf die Beforschten im Forschungsfeld und die Beeinflussung des Forschungsprozesses.

Innerhalb dieser Arbeit wurde wie folgt vorgegangen: Ausgehend von einer umfassenden Auseinandersetzung mit der Entwicklung und theoretischen Verortung KlinSA, der Betrachtung von Konzepten und Zielen der Rehabilitation in Deutschland sowie Aspekten von Interdisziplinarität wurde die Forschungsfrage entwickelt. Das dabei entstandene theoretische Vorwissen ließ Konstruktionen bei der forschenden Person entstehen, die sich möglicherweise durch die Formulierungen der Fragestellungen auf die Konstruktionen der Beforschten auswirken. Auch die spätere Ergebnisanalyse und Interpretation wird wahrscheinlich davon beeinflusst. Aus dieser Tatsache entsteht jedoch kein Nachteil, sie bedeutet aus Sicht von Forscher:innen für den Erkenntnisprozess sogar einen großen Wert. (Unger; Narimani; M'Bayo 2014, S. 23).

Selbstreflexivität

Auch Kuckartz stellt für sich die zentrale Frage qualitativer Forschung danach, „inwieweit die Konstruktionen des Forschers in den Konstruktionen der Beforschten begründet sind“ (Kuckartz 2018, S. 203). Als Antwort auf diese Frage wird nach einer selbstreflexiven Haltung der Forschenden verlangt. Innerhalb dieser Forschungsarbeit kam es vor, dass während des Interviews Fragen gestellt wurden, die nicht zur eigentlichen Frage gehörten oder vom Thema abwichen. Solches Abschweifen wurde jedoch identifiziert und beendet, wodurch wieder auf das eigentliche Thema fokussiert werden konnte. Bei der Analyse der Interviews wurden genannte Formen der Abweichung nicht codiert und nicht in die Zusammenfassung der Ergebnisse aufgenommen.

Konstruktvalidität

Entlang des gesamten Forschungsprozesses wurde eine Konstruktvalidität angestrebt. Die Forschungsergebnisse konnten in die spätere Zusammenfassung und Interpretation plausibel auf bestehende theoretische Konstrukte zurückgeführt werden (Mayring 2015, S. 120).

Um eine größtmögliche Objektivität der Forschung zu gewährleisten, wurden die Interviews nach Möglichkeit unter denselben Bedingungen und mit denselben Interviewfragen durchgeführt, auch die Einstiegsfrage war stets dieselbe. Während der Interviews wurde auf eine möglichst einfache Sprache geachtet, um Missverständnisse zu vermeiden. Es wurde auch darauf geachtet, Kommentare zu den Antworten der Befragten möglichst gering und wertfrei zu halten.

Nähe zum Gegenstand

In den Interviewsituationen erfüllte sich das Gütekriterium „Nähe zum Gegenstand“ (Mayring 2002, S. 146), indem die Gespräche in den Räumlichkeiten stattfanden, in denen die Befragten sich auch sonst aufhalten und arbeiten. Die Nähe zum Arbeitsplatz kann jedoch auch kritisch betrachtet werden, wenn Fragen über die Arbeitszufriedenheit, Unzufriedenheit und der Akzeptanz der Berufskolleg:innen gestellt werden. Die professionellen Personen, die zum Zeitpunkt der Erhebung an ihrem Arbeitsplatz sind und sich deshalb möglicherweise nicht ganz ungestört fühlen, könnten deshalb eher positive Antworten geben. Auch ist es möglich, dass Antworten aus Loyalitätsgründen, auch hinsichtlich der späteren Veröffentlichung der Forschung, positiver ausgefallen sind, als wenn ein anderes Setting gewählt worden wäre.

Intercodier-Reliabilität

Das Gütekriterium der Intercodier-Reliabilität, welches ebenfalls als wichtig innerhalb der qualitativen Sozialforschung angesehen ist, gewährleistet eine regelgeleitete, strukturierte Analyse des Materials. Innerhalb dieser Arbeit unterstützt ein Kategoriensystem die angestrebte Regelgeleitetheit, indem für jede Kategorie eine Definition formuliert wird, dazu je ein Ankerbeispiel und eine Codierregel. Auf diese Weise ist theoretisch die Arbeit mehrerer Analytiker:innen am selben Projekt möglich, aber auch ein späteres Nachvollziehen der Analyse. Dazu wird die Analyse des Inhalts mit anderen Projekten vergleichbar, was wiederum eine Objektivität anstrebt. Auf die beschriebene Analyse erfolgte die Interpretation der Textstellen.

Um die Technik der Analyse am Gegenstand, dem konkreten, sprachlichen Material auszurichten, wird bewusst auf vollstandardisierte Instrumente zur Analyse verzichtet. Mögliche technische Unschärfen werden durch theoretische Bezüge ausgeglichen (Mayring 2015, S. 52).

8.2 Limitationen der Arbeit

Die Ergebnisse dieser Studie reichen nicht aus, um damit direkte Generalisierungen auf alle stationären rehabilitativen Settings abzuleiten. Unger (Unger; Narimani; M'Bayo 2014, S. 22) beschreibt den Charakter von qualitativer Sozialforschung auch als partial und standortgebunden, weshalb sie keine Allgemeingültigkeit erzielen kann. Es ist jedoch möglich und denkbar, dass die KlinSA und relevante Berufskolleg:innen ähnliche Voraussetzungen und Settings mit gleichen Schwerpunkten vorfinden.

Nicht alle Themen, die im Laufe dieser Arbeit und bei der Auswertung der Interviews aufgekommen sind, werden dabei ausführlich und vollständig bearbeitet und auf theoretische

Ansätze zurückgeführt. Es werden die relevantesten Themen aus Sicht der Verfasserin zu den Haupt- und Subkategorien herausgegriffen. Die Ergebnisse beschreiben das komplexe Erleben und Verhalten von Menschen, welches stets von mehreren inneren und äußeren Faktoren bestimmt wird.

Weiterführende Forschung könnte sich mit der Perspektive der Klient:innen und ihrem Erleben im benannten Handlungsfeld befassen. Als Expert:innen ihrer Lebenswelt könnte dies zu mehr Selbstermächtigung, verstärkter Verantwortungsübernahme und zu einem an Adressat:innen orientierten verbesserten Umfeld von KlinSA im Reha-Bereich führen.

8.3 Zur linguistischen Dynamik dieser Arbeit

Während zu Beginn und im abschließenden Teil dieser Arbeit von „Klient:innen“ KlinSA und KlinPSY die Rede ist, wird im empirischen Teil dieser Begriff durch den des Patienten/der Patientin abgelöst. Beide Begriffe stammen aus dem Lateinischen: „Patient“ (lateinisch: *patiens*) bedeutet „duldend, erleidend“ (Duden o. J.) und bezieht sich auf Personen, die zu kurativen oder präventiven Zwecken ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. „Klient“ (lateinisch: *cliens*) heißt „Schutzbefohlener“. Obwohl von Gesetzes wegen auch für Psychotherapeut:innen die Bezeichnung „Patient“ vorgeschrieben ist, wird hier in der Literatur bevorzugt der Begriff des „Klienten“ verwendet. Innerhalb von Fachkreisen der Sozialen Arbeit, welche Kenntnis über die performative Wirkung von Sprache hat, wurde und wird viel über Begrifflichkeiten und Macht, die sich in Sprache manifestiert debattiert. Es existiert bereits eine reiche Palette allein für die Bezeichnung von Klient:innen Sozialer Arbeit, die auch Adressat:innen, Kund:innen oder Dienstleistungsnehmer:innen genannt werden.

Vergleicht man nun die Begrifflichkeiten Patient/Patientin / Klient/Klientin miteinander lässt sich feststellen, dass sich ein „Patient“ / eine „Patientin“ duldend und leidend, stärker in einer hierarchischen Struktur vorfindet als ein Klient/eine Klientin, der/die lediglich unter Schutz steht. Es ist anzunehmen, dass einem Schutzbefohlenen/einer Schutzbefohlenen mehr Eigenverantwortung und Mitspracherecht zugestanden wird, obwohl er/sie sich auch in einem asymmetrischen Machtverhältnis befindet, da er/sie in gewisser Weise auf Schutz oder Hilfe angewiesen ist.

Die angesprochenen Machtverhältnisse scheinen jedoch für einen leidenden und duldenden Menschen noch ungünstiger auszufallen. Möglicherweise besteht hier Potential in der Verwirklichung von Mitsprache und Selbstbestimmung von Schutzbefohlenen, die Rehabilitation in Anspruch nehmen.

Hauptaussagen

Fachpersonen der KlinSA erleben ihre eigene Arbeit im interdisziplinären Team als zufriedenstellend, wenn innerhalb dieser die Kommunikation, die alle wichtigen Informationen zu den Patient:innen enthält, vollständig und präzise abläuft. KlinSA:innen erleben Rückmeldungen wie Erleichterung und Dankbarkeit vonseiten Berufskolleg:innen und Klient:innen als wert- und sinnvoll. Für ihr Klientel muss KlinSA nach eigenen Angaben ein großes Maß an Empathie, Offenheit und Abgrenzungsfähigkeit mitbringen.

Die Tatsache, dass die KlinSA bereits sozialtherapeutisch im Kontext von Rehabilitation verankert ist, ist nicht mehr zu bestreiten oder wegzudenken. Dabei behält die KlinSA den Menschen stets mit ihrem spezifischen, trifokalen Fokus im Blick, der neben der sozioökonomischen Umwelt auch intra- und interpersonelle Beziehungsdimensionen beinhaltet. Die Analyse der Interviews ergab, dass die therapeutische Wirksamkeit von KlinSA den Fachpersonen und ihren Berufskolleg:innen nicht immer bewusst ist, weshalb dies von ihnen auch nicht in allen Fällen benannt wurde.

Befragte Kolleg:innen der KlinPSY stellen sich das therapeutische Tätigsein von KlinSA:innen über ihre sonstigen, vielfältigen Aufgaben im Reha Alltag hinaus überfordernd vor. Dabei sei es eine Frage der Ressourcen, Aufgabenverteilung und Zuständigkeiten. Die KlinSA hat jedoch das Potential zur therapeutischen Tätigkeit insbesondere bei Vorliegen von einschlägigen Weiterbildungen sowie bei langjähriger Erfahrung mit unterschiedlichsten Klient:innen. Diese Expertise kann noch stärker genutzt und ausgebaut werden, was jedoch die Bereitstellung der dafür notwendigen zeitlichen und personellen Ressourcen erfordert. Eine Möglichkeit, die sich hier bietet, ist der Ausbau des Wirkungsbereichs von Sozialer Arbeit. Insbesondere in der aufsuchenden Nachsorge und Anschlussversorgung, beispielsweise in Form von Case Management im Bedarfsfall.

Der Ausbau von lokal angesiedeltem Casemanagement im Sinne von nachgehender Rehabilitationsarbeit hat den Vorteil, dass KlinSA sich stärker am Sozialraum von Klient:innen ausrichten kann. Eine Folge wird in der verbesserten Integration von Hilfen gesehen, welche ein Aufrechterhalten von Therapieerfolgen und Zielen stützt und sichert. Die professionell-soziale Unterstützung in der Lebenswelt von Klient:innen wird dabei nur so lange aufrechterhalten, bis die Person den benötigten Grad an Selbständigkeit erreicht hat oder bis genügend familiäre oder nachbarschaftliche Hilfe installiert werden kann, um die Versorgung der Klient:innen zu sichern.

Aufsuchende Klinische Soziale Arbeit

Die angestrebte verstärkt sozialraumorientierte Arbeit, welche Anleitung und wichtige Informationen vermittelt, kann sich außerdem positiv auf die Bereitschaft zur Hilfe des persönlichen und beruflichen Umfelds von Klient:innen auswirken. Dieses kann wichtiges

Know-how zur konkreten Hilfe enthalten. Die Einbindung des Umfelds, insbesondere bei sogenanntem „hard-to-reach“-Klientel, müsste sensibel und unter Einhaltung von ethischen Standards erfolgen, die den Schutz und die Privatsphäre der Klient:innen wahren.

Wie ein altes Sprichwort sagt, „ist jede Kette ist nur so stark wie ihr schwächstes Glied“, so ist auch eine Gesellschaft nur so stark wie die Schwächsten unter ihnen. Die Art von Case Management, die Klient:innen anschließend an Aufenthalte in Rehakliniken begleitet und unterstützt, versteht sich als Koordinationseinrichtung, bei der „alle Fäden zusammenlaufen“, die notwendige und mögliche aufeinander aufbauende Interventionen installiert. Die Aktivierung von sozialer Unterstützung, sozialem Einfluss und Engagement können die Belastungen schwerer chronischer Krankheiten mindern. Desintegrativen Prozesse, die aus der Überforderung von Angehörigen entstehen, soll vorgebeugt werden, indem das bestehende soziale Netzwerk von Klient:innen positive Beeinflussung erfährt oder Klient:innen dabei unterstützt wird, neue Netzwerke aufzubauen.

Die Beachtung dieses ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit ist für die Zielgruppe der „hard-to-reach“-Klient:innen KlinSA notwendig und sinnvoll. Die Ergebnisse der Forschungsarbeit zeigen auf, dass die Gestaltung des Settings, innerhalb derer Klinische Soziale Arbeit und Psychotherapie in stationären, rehabilitativen Settings in Süddeutschland stattfindet, um eine sozialräumliche, lebensweltorientiertere Vorgehensweise erweitert werden muss, um die geleisteten Ziele in der Arbeit in der Rehabilitation nachhaltiger zu verfolgen und zu festigen. Insbesondere die genannte Zielgruppe von KlinSA benötigt niederschwellige Angebote, weshalb die Geh-Struktur einer aufsuchenden Sozialen Arbeit als lebensweltorientierte Herangehensweise die geeignetste Vorgehensweise darstellt.

Indirekte Soziale Arbeit

Um eine angemessene Unterstützung nach der Rehabilitation, insbesondere für die Zielgruppen der KlinSA zu gewährleisten, müsste Soziale Arbeit im Allgemeinen und Klinische Soziale Arbeit im Speziellen, stärker in den bundesgesetzlichen und länderspezifischen Verordnungen und Richtlinien verankert sein. Soziale Arbeit soll nicht nur als unverzichtbarer Teil von Interdisziplinarität im stationären, sondern auch im teilstationären und mobilen Bereich angesehen werden. Dies muss auch stärker politisch eingefordert werden und sich in den Rahmenbedingungen KlinSA abbilden. Folglich gibt es auf sozialpolitischen Ebenen für die Soziale Arbeit noch viel zu tun. Beispielsweise, indem auf politischen Ebenen wie Gemeinden und Ländern, die Bedarfslagen argumentiert werden, was zum Ziel hat, Arbeitsbedingungen und Voraussetzungen zu verändern. Auch Kostenträger:innen müssen immer wieder transparent und eindeutig informiert werden. Benötigt wird deshalb das Engagement auf

unterschiedlichen Ebenen, sich in bestehende Machtverhältnisse einzumischen, auf gesellschaftlicher wie auf institutioneller Ebene.

Um es mit Max Frisch zu sagen, haben wir stets einem Teil an Mitverantwortung darüber, wie unser Gegenüber sich uns zeigt und welche Verhaltensweisen es an den Tag legt:

„In gewissem Grad sind wir wirklich das Wesen, das die andern in uns hineinsehen, Freunde wie Feinde. Und umgekehrt! Auch wir sind die Verfasser der andern; wir sind auf eine heimliche und unentrinnbare Weise verantwortlich für das Gesicht, das sie uns zeigen, verantwortlich nicht für ihre Anlage, aber für die Ausschöpfung dieser Anlage.“

(Max Frisch 1946)

9 Literaturverzeichnis

Alice Salomon: Herausgegeben von Digitales Deutsches Frauenarchiv. Digitales Deutsches Frauenarchiv. Online im Internet: URL: https://www.digitales-deutsches-frauenarchiv.de/akteurinnen/alice-salomon#?id=5284ash_1&open=&c=&m=&s=&cv=&xywh=-690%2C-223%2C4451%2C4451 (Zugriff am: 10.03.2022)

Aronson, Elliot u.a. (2010): Sozialpsychologie. 6., aktualisierte Aufl., [Nachdr.]. München: Pearson Studium (= ps Psychologie).

beck im dtv (Hrsg.) (2022): Sozialgesetzbuch SGB. (= 51. Edition). Online im Internet: URL: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbiv/1.html> (Zugriff am: 23.06.2022).

Becker-Lenz, Roland (Hrsg.) (2012): Professionalität Sozialer Arbeit und Hochschule: Wissen, Kompetenz, Habitus und Identität im Studium Sozialer Arbeit. Wiesbaden: Springer VS (= Edition Professions- und Professionalisierungsforschung).

Beushausen, Jürgen (2016): Beratung lernen: Grundlagen Psychosozialer Beratung und Sozialtherapie für Studium und Praxis. Opladen Berlin Toronto: Verlag Barbara Budrich (= UTB Erziehungswissenschaft, Soziale Arbeit, Psychologie).

Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit, Konsumentenschutz (Hrsg.) (2019): Demographischer Wandel – geänderte Rahmenbedingungen für den Sozialstaat? Sozialministerium. Online im Internet: URL: <https://www.sozialministerium.at/> (Zugriff am: 18.11.2022).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Bundesregierung (Hrsg.) (2017): Sozialbericht 2017. Online im Internet: URL: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a-101-17-sozialbericht-2017.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Bunge, Mario (1996): Finding philosophy in social science. New Haven, [Conn.]: Yale University Press.

Deloie, Dario (2011): Soziale Psychotherapie als klinische Sozialarbeit: Traditionslinien, theoretische Grundlagen, Methoden. Gießen: Psychosozial-Verl (= Therapie & Beratung).

- Dettmers, Stephan (2015): Qualitätskonzept gesundheitsbezogene Soziale Arbeit - QGSA. Fachhochschule Kiel.
- Dettmers, Stephan; Bischkopf, Jeannette (Hrsg.) (2019): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Dörr, Margret; Kratz, Dirk (2020): „Therapeutisierung des Sozialen.“ In: Sozial Extra, (2020), 44, S. 206–208. Online im Internet: URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12054-020-00295-2> (Zugriff am: 17.05.2022).
- Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg: Eigenverlag.
- Duden (2022a): „Rehabilitation.“ In: Wörterbuch. online im Internet: Cornelsen Verlag GmbH. Online im Internet: URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Rehabilitation> (Zugriff am: 16.05.2022).
- Duden (2022b): „Therapie.“ In: Duden. online im Internet: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Therapie>. Online im Internet: URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Therapie>
- Effinger, Herbert (2021): „Ungewissheitsbewältigung und akademische Professionalität.“ In: Soziale Arbeit, (2021), 5, S. 162.
- Eremit, Britta; Weber, Kai F. (2016): „Johari-Fenster.“ In: Individuelle Persönlichkeitsentwicklung: Growing by Transformation. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 37–42. Online im Internet: URL: https://doi.org/10.1007/978-3-658-09453-9_6 (Zugriff am: 02.05.2022).
- „ethiccodex_ifsw_1.pdf“ (o. J.): ethiccodex_ifsw_1.pdf. Online im Internet: URL: http://www.sozialarbeit.at/files/ethiccodex_ifsw_1.pdf (Zugriff am: 03.11.2017).
- Fachklinik Prinzregent Luitpold Scheidegg (o.Jhg.): Fachklinik Prinzregent Luitpold Leitbild. Online im Internet: URL: <https://www.klinikprinzregentluitpold.de/de/klinikleitbild.html>
- Flad, Carola; Schneider, Sabine; Treptow, Rainer (2008): Handlungskompetenz in der Jugendhilfe: eine qualitative Studie zum Erfahrungswissen von Fachkräften. 1. Aufl.

Wiesbaden : Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag ; VS, Verlag für Sozialwissenschaften (= VS research).

Franke, Annette (2020): „Soziale (Alten-)Arbeit in der Rehabilitation.“ In: Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Herausgegeben von K. Aner; U. Karl. 2. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 159–167.

Frankl, Viktor E. (1982): ...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Frankl, Viktor E. (2005): Psychotherapie für den Alltag: Rundfunkvorträge über Seelenheilkunde. Neuausg., 10. Aufl. Freiburg im Breisgau Basel Wien: Herder (= Herder-Spektrum).

Frisch, Max (1946): Du sollst dir kein Bildnis machen. Online im Internet: URL: <https://deutschunterlagen.files.wordpress.com/2014/12/frisch-c2abdu-sollst-dir-kein-bildnis-machenc2bb.pdf> (Zugriff am: 01.11.2022).

Gahleitner, S. B.; Martensen, Marie Pauline (2022): „Das bleibt drin in der Birne‘ Sozialtherapeutische Beratung ehemaliger Heimkinder.“ In: Forum Sozialarbeit und Gesundheit, (2022), 2, S. 14–17.

Gahleitner, S. B.; Mühlum, A. (2010): Klinische Sozialarbeit. Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Herausgegeben von K. Bock; I. Miethe. Opladen: Budrich.

Geiser, Kaspar (2007): Problem- und Ressourcenanalyse in der sozialen Arbeit: eine Einführung in die systemische Denkfigur und ihre Anwendung. 3., überarb. Aufl. Luzern: Interact [u.a.].

Geißler-Piltz, Brigitte (2006): „Historische Verortung: von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work.“ In: Klinische Sozialarbeit, (= 2.Jg). Online-Sonderausgabe (2006).

Geissler-Piltz, Brigitte (2009): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich: Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Herausgegeben von Susanne Gerull. Opladen: Budrich UniPress.

Grit, Annemüller; Aue, Andreas (2022): „Klinisches Case Management.“ In: Klinische Sozialarbeit: Das Soziale behandeln: Entwicklung einer Fachsozialarbeit. Herausgegeben von Christine Kröger; Gernot Hahn; Silke Birgitta Gahleitner. Höchberg: Verlag für psychosoziale Medien, S. 116–122.

Hartung, Johanna; Kosfelder, Joachim (2019): Sozialpsychologie. 4., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer (= Psychologie in der sozialen Arbeit).

Heekerens, Hans-Peter (2009): „Der Beruf der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin – ein Abriss der Geschichte. Verhaltenstherapie mit Kindern & Jugendlichen.“ In: Zeitschrift für psychosoziale Praxis, 5 (2009), S. 85–99.

Heekerens, Hans-Peter (2016): „Psychotherapie und Soziale Arbeit. Studien zu einer wechsellvollen Beziehungsgeschichte.“ In: Schriften zur psychosozialen Gesundheit ZKS, (2016). Online im Internet: URL: <https://zks-verlag.de/wp-content/uploads/Hans-Peter-Heekerens-Psychotherapie-und-Soziale-Arbeit.pdf>

IFSW; IASSW (2005): Ethik in der Sozialen Arbeit – Darstellung der Prinzipien. Online im Internet: URL: https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/ethiccodex_ifsw_2.pdf

Kessl, Fabian; Reutlinger, Christian; Deinet, Ulrich (2007): Sozialraum: eine Einführung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss (= Lehrbuch).

Kessl, Fabian; Reutlinger, Christian; Maurer, Susanne (2005): Handbuch Sozialraum. Herausgegeben von Oliver Frey. 1. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.

Kliniken, Waldburg-Zeil (o. J.): Klinik Alpenblick :: Für die Zeit danach. Online im Internet: URL: <https://www.klinik-alpenblick.de/318-sozialberatung-fuer-die-zeit-danach.html> (Zugriff am: 24.03.2022).

Klinikverbund Allgäu (2019): Geriatrie-Kliniken Sonthofen. Leitbild Geriatrie-Kliniken Sonthofen. Online im Internet: URL: <https://www.geriatrie-sonthofen.de/geriatrie-kliniken-sonthofen/> (Zugriff am: 20.04.2022).

Kohlmeyer, Ulrike (o. J.): „Kommunikation.“ In: Interdisziplinäre Palliativmedizin. Herausgegeben von Martin Groß; Thomas Demmer. Berlin: Springer, S. 49–54.

Köppel, Monika (2003): Salutogenese und Soziale Arbeit. Lage: Jacobs.

Kröger, Christine; Hahn, Gernot; Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.) (2022): Klinische Sozialarbeit: Das Soziale behandeln: Entwicklung einer Fachsozialarbeit. Höchberg: Verlag für psychosoziale Medien.

- Kruse, Jan (2015): Qualitative Interviewforschung, ein integrativer Ansatz. 2. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa (= Grundlagentexte Methoden).
- Lammel, Antonia; Pauls, Helmut (Hrsg.) (2020): Sozialtherapie: Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung. 2. durchgesehene Aufl. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Lübbe, Andreas S. (2021): „Was bedeuten Multiprofessionalität, Multidisziplinarität, Interdisziplinarität und Transdisziplinarität?“ In: Interdisziplinäre Palliativmedizin. Herausgegeben von Martin Groß; Thomas Demmer. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 41–47. Online im Internet: DOI: 10.1007/978-3-662-62011-3_4 (Zugriff am: 14.03.2022).
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim Basel: Beltz.
- Merten, Roland; Engelke, Ernst (1995): „Soziale Arbeit als Wissenschaft. Eine Orientierung.“ In: (= Zeitschrift für Pädagogik) Sammelrezension (1995), 41, S. 835–840. Online im Internet: DOI: 10.25656/01:11510
- Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.) (2020): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer (= Springer Reference).
- Nitsch (2019): Leitbild der Fachklinik Allgäu. Online im Internet: URL: https://www.fachklinik-allgaeu.de/fileadmin/user_upload/Leitbild_FK_Allgaeu__004_.pdf (Zugriff am: 20.04.2022).
- Ohling, Maria (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie: Veränderung der beruflichen Identität von SozialpädagogInnen durch Weiterbildungen in psychotherapeutisch orientierten Verfahren. Weinheim Basel: Beltz Juventa (= Grundlagentexte Soziale Berufe).

- Ohling, Maria (2022): „Bin ich eine Klinische Sozialarbeiter*in? Fragen zur beruflichen Identität.“ In: Klinische Sozialarbeit, 18.Jg (2022), 2, S. 14–15.
- Pattakos, Alex (2011): Gefangene unserer Gedanken: Viktor Frankls 7 Prinzipien, die Leben und Arbeit Sinn geben. 2. Auflage. Wien: Linde.
- Pauls, Helmut (2012): „Das biopsychosoziale Modell - Herkunft und Aktualität.“ In: E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, (2012), 01/2013, S. 15–31. Online im Internet: URL: www.resonanzen-journal.org
- Pauls, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Online im Internet: URL: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:101:1-2018061923265213371266> (Zugriff am: 15.02.2022).
- Petzold, Theodor Dierk (2020): Gesundheit ist ansteckend: Praxisbuch Salutogenese. 2. Auflage. München: Irisiana.
- Pflegler, Johannes; OBDS (2022): „Soziale Arbeit mit älteren Menschen in Österreich. Die Arbeitsgemeinschaft Altern und Soziale Arbeit der ogsa.“ In: Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich, (2022), 3, S. 8–14.
- Pollak, Julia (2021): „Vielheit - eine kollektive Identität in der Profession Soziale Arbeit in Österreich.“ In: Soziale Arbeit in Österreich, (2021), 02.
- Reha-Klinik Montafon Betriebs-GmbH (2022): Reha-Klinik Montafon. Psychische Gesundheit - Hilfe für Seele und Körper. Online im Internet: URL: <https://www.rehaklinik-montafon.at/unser-leistungsangebot/psychische-gesundheit/index.php> (Zugriff am: 23.06.2022).
- Riegler, Anna; Hojnik, Sylvia; Posch, Klaus (2009): Soziale Arbeit zwischen Profession und Wissenschaft: Vermittlungsmöglichkeiten in der Fachhochschulausbildung. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften (= VS Research. Forschung und Entwicklung in der Sozial(arbeit)wissenschaft).
- Röh, Dieter (2020): „Klinische Sozialarbeit 2020 - wo stehen wir?“ In: 16. Jahrgang, (= Klinische Sozialarbeit)(2020), Heft 3, S. 6–9.
- Romanowski, Christopher (2012): Faktizität und Struktur Klinischer Sozialarbeitspraxis aus Sicht der Fachkräfte. Online im Internet: URL: https://zks-verlag.de/wp-content/uploads/files_s620_e2325_o24852_0_size_o_romanowski_faktizitaet_und_st

- ruktur_klinischer_sozialarbeiterpraxis_aus_sicht_der_fachkraefte.pdf (Zugriff am: 09.06.2022).
- Rosenberg, Marshall B. (2005): Gewaltfreie Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen. München am 2005. Online im Internet: URL: <https://shop.auditorium-netzwerk.de/> (Zugriff am: 14.10.2022).
- Rosenberg, Marshall B. (2016): Gewaltfreie Kommunikation: eine Sprache des Lebens. Übersetzt von Ingrid Holler. 12., überarbeitete und erweiterte Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag (= Reihe Kommunikation).
- Rosenberg, Marshall B. (2019): Empathisch kommunizieren: ein kleiner GFK-Leitfaden mit vielen praktischen Übungen. Übersetzt von Petra Quast. Paderborn: Junfermann Verlag (= Reihe Gewaltfreie Kommunikation).
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (2022): sachsen.de. Gesunde Sachsen - Gesundheitswesen. Online im Internet: URL: <https://www.gesunde.sachsen.de/232.html> (Zugriff am: 23.06.2022).
- Schlittmaier, Anton (2014): Ethische Grundlagen klinischer Sozialarbeit. 2., erg. Aufl. Weitramsdorf-Weidach: ZKS (= Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit).
- Schlögl, Magdalena (2022): „Handlungsorientierte Partizipationsmöglichkeiten eröffnen: Zusammenarbeit von Sozialarbeiter:innen und Ergotherapeut:innen in der Betreuung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen während der Covid-19-Pandemie.“ In: SIÖ, (2022), 216, S. 36–41.
- Schubert, Franz-Christian; Rohr, Dirk; Zwicker-Pelzer, Renate (2019): Beratung: Grundlagen, Konzepte, Anwendungsfelder. Wiesbaden [Heidelberg]: Springer (= Basiswissen Psychologie).
- SMO-Reha GmbH u.a. (o. J.): smo. neurologische Rehabilitation. Online im Internet: URL: <http://www.smo.at/>
- Sommerfeld, Peter (Hrsg.) (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.
- Statistisches Bundesamt (2022): www.destatis.de. Diagnosekapitel nach Geschlecht - Patientinnen und Patienten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Online

im Internet: URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/Tabellen/diagnosekapitel-geschlecht-vorsorge-reha.html> (Zugriff am: 17.05.2022).

Staub-Bernasconi, Silvia (2007): „Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit.“ In: Sozialarbeit in Österreich, (2007), 02/07, S. 8–17.

Steiner, Elisabeth; Ehrhardt, Saskia (2021): Klinische Soziale Arbeit in Österreich. Wien: facultas.

Unger, Hella von; Narimani, Petra; M'Bayo, Rosaline (Hrsg.) (2014): Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Reflexivität, Perspektiven, Positionen. Wiesbaden: Springer VS.

Vereinte Nationen (1948): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Online im Internet: URL: <https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>

Wendt, Wolf Rainer (2018): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: eine Einführung. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus (= Soziale Arbeit).

Wilfing, Heinz (2014): „Klinische Methoden und bedarfsgerechte Praxis. Wächst zusammen, was zusammengehört?“ In: Soziale Arbeit, (2014), S. 211–216.

„Psyche“ (2022): In: Duden. Herausgegeben von Duden. online im Internet: Cornelsen Verlag GmbH. Online im Internet: URL: https://www.duden.de/rechtschreibung/Psyche_Seele_Gemuete_Innenleben (Zugriff am: 20.10.2022).

„Alice Salomon“ In: Herausgegeben von Digitales Deutsches Frauenarchiv. Digitales Deutsches Frauenarchiv. Online im Internet: URL: https://www.digitales-deutsches-frauenarchiv.de/akteurinnen/alice-salomon#?id=5284ash_1&open=&c=&m=&s=&cv=&xywh=-690%2C-223%2C4451%2C4451 (Zugriff am: 10.03.2022).

„Patient“ In: Herausgegeben von Duden. online im Internet: Online im Internet: URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Patient> (Zugriff am: 19.10.2022).

Anhänge

1. Abkürzungsverzeichnis
2. Einverständniserklärung zum Interviews
3. Interviewfragen an KlinSA
4. Interviewfragen an KlinPSY
5. Auszug aus dem Transkript Interview 4
6. Beispiel eines Leitbilds

Abkürzungsverzeichnis

bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
B1, B2, ...	befragte Personen aus den Interviews
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit
ebd.	ebenda, gerade hier
IFSW / IASSW	International Federation of Social Workers / International Association of schools of social work
KlinSA	Klinische Sozialarbeiter:innen
KlinPSY	Klinische Psychotherapeut:innen
OBDS	Österreichischer Bund der Sozialarbeiter:innen
Reha	Rehabilitation / Rehaklinik
u.a.	unter anderem
u.ä.	und ähnliches
zit. n.	zitiert nach

Einverständniserklärung zum Interview

Forschungsprojekt: Masterarbeit
Thema: multiprofessionelle Teamarbeit in Rehakliniken
Projektleitung und Interviewerin: Anke Argast

Befragte: _____
Interviewdatum: _____

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojekts informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und durch die Studierenden in Schriftform gebracht wird. Die Audiodateien werden gespeichert und zum Projektende am 30.11.2022 gelöscht. Die Transkripte der Interviews werden anonymisiert, d.h. ohne Namen und Personenangaben gespeichert. Die wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes erfolgt durch die Studierende dieses Projekts. Diese wurde auf das Datengeheimnis verpflichtet. Gearbeitet wird dabei nach den Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze aus den Transkripten, die nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche und unterrichtende Zwecke genutzt werden können. Des Weiteren stimme ich zu, dass Anke Argast im Zuge ihrer Masterarbeit im Studiengang klinische Soziale Arbeit im SS 2022 an der FH Vorarlberg nach Projektende in darauf aufbauenden Forschungsprojekten die anonymisierten Transkripte verwenden kann. Meine Teilnahme an der Erhebung und meine Zustimmung zur Verwendung der Daten, wie oben beschrieben, sind freiwillig.

Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Zustimmung zu widerrufen. Durch Verweigerung oder Widerruf entstehen mir keine Nachteile. Ich habe das Recht auf Auskunft, Berichtigung,

Sperrung und Löschung, Einschränkung der Verarbeitung sowie Widerspruch gegen die weitere Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten. Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben, und bin damit einverstanden, dass es aufgezeichnet, verschriftlicht, anonymisiert und ausgewertet wird.

_____ Ort, Datum, Unterschrift Interviewte

_____ Ort, Datum, Unterschrift Interviewerin

Interviewfragen an die Klinische Soziale Arbeit:

Warming-up-Frage: Wie geht es Ihnen denn gerade so bei der Arbeit?

1. Stellen sie sich mal einen typischen Fall hier vor, von der Aufnahme bis zur Entlassung, so von Anfang bis Abschluss. Was ist da Ihr spezieller Anteil, indem Sie sich ganz klar von den anderen Berufsgruppen unterscheiden?
Welche Erwartungen hat man an Sie? (Zuständigkeiten)
2. Wann werden Sie / wird der Sozialdienst zur Fallbearbeitung hinzugezogen? Ist das Ihrer Einschätzung nach der richtige Zeitpunkt oder würden Sie einen anderen, ev. fallspezifisch unterschiedlich, für passend halten)? (Hinzuziehung S.A.)
 - 2.1 Wie geschieht die Hinzuziehung? (Art der Hinzuziehung)
 - 2.2 Die Erwartungen, die man an Sie hat, für wie angemessen halten Sie die?
3. Wenden Sie spezielle „Methoden der Sozialen Arbeit“ an? Möchten Sie dafür beispielhaft eine Methode oder typische Intervention nennen?“
(Das wäre eine für die professionelle Identität relevante Aussage!)
4. Wenden Sie in der Arbeit mit Klient:innen auch „sozialtherapeutische“ oder „therapeutisch orientierte“ Methoden an? Möchten Sie dafür Beispiele nennen? (Das „welche“ fragt nach Vollständiger Aufzählung und hat Prüfungscharakter!)
5. Welche speziellen Fähigkeiten sollten MitarbeiterInnen in diesem konkreten Arbeitsbereich z.B. mitbringen? (Vollständigkeitsanspruch vermeiden-demotiviert die Interviewten)
6. Inwieweit fühlen Sie sich und ihre Beiträge und Kompetenzen innerhalb der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen anerkannt? (soziale Anerkennung)
7. Welche Fehler kann man in dieser Arbeit zum Beispiel machen? Warum wären da Fehler? (Vollständige Aufzählung wäre überfordernd!) Gibt es eine Form von Fehlermanagement?
8. Gibt es für Sie wesentliche Prinzipien oder Grundsätze in Bezug auf Ihre Arbeit hier?
(Werte)

9. Was erleben Sie als besonders zufriedenstellend in der Arbeit? Wo liegt für Sie der Sinn in dieser Tätigkeit?
 - 9.1 Wie haben Sie das erlebt?
 - 9.2 Worauf führen Sie dies zurück?
 - 9.3 Was bräuchte es Ihrer Meinung nach (oder noch mehr davon) dass die Arbeit hier für die Mitarbeitenden und auch für die Klient:innen größtmöglich zufriedenstellend ist?

10. Was würden Sie einer neuen Kollegin oder Berufseinsteigerin in diesem Bereich mit auf den Weg geben? Welche Erkenntnisse aus Ihrer bisherigen Erfahrung oder Wissensschatz wäre das?

Interviewfragen an Psycholog:innen im Reha-Team:

Warming-up-Frage: Wie lange arbeiten Sie schon im Reha-Bereich?

1. Stellen sie sich mal einen typischen Fall hier vor, von Anfang bis zum Abschluss. Was ist da Ihr spezieller Anteil? Ist es meistens eh klar, wer übernimmt welchen Part, oder gibt es auch Überschneidungen von Zuständigkeiten von anderen Berufsgruppen, wo es dann nicht immer so klar ist, wer übernimmt was? Gibt es ein Prozedere zur Klärung von Zuständigkeiten?
2. Welche Erwartungen hat man an Sie im Team, und für wie angemessen halten Sie diese? (Zuständigkeiten)
 - 2.1 Was würden Sie sagen, wann wird der Sozialdienst zur Fallbearbeitung hinzugezogen? Ist das Ihrer Einschätzung nach der richtige Zeitpunkt? Oder würden Sie einen anderen vorziehen oder jeweils fallbezogen unterschiedlich handhaben (Hinzuziehung S.A.)
 - 2.2 Wie geschieht die Hinzuziehung? (Art der Hinzuziehung)
3. Wo liegen Ihrer Meinung nach hier in der Rehaklinik die Stärken des Sozialdienstes? Woran merkt man das? Wie wichtig ist das Ihrer Meinung nach?
4. Was sollte Ihrer Meinung nach hier in der Rehaklinik der Sozialdienst leisten? Welche Fähigkeiten sollten Sozialarbeiter:innen mitbringen und warum? Wie wichtig ist das Ihrer Meinung nach? (soziale Anerkennung)
5. Was ist für Sie in Bezug auf Ihre Arbeit hier sehr wichtig? Gibt es für Sie wesentliche Prinzipien oder Grundsätze in Bezug auf Ihre Arbeit hier? (Werte)
6. Wenden Sie Methoden einer „psychologischen Behandlung“ an? Möchten Sie ein Beispiel einer Behandlung oder eine typische Intervention nennen?“ wäre für die professionelle (hier psychologische) Identität relevant.
7. Würden Sie sagen, dass der Sozialdienst, die Soziale Arbeit in der Rehaklinik auch therapeutisch tätig ist, oder sein könnte?

8. Was erleben Sie als besonders zufriedenstellend in der Arbeit? Wo liegt für Sie der Sinn in dieser Tätigkeit?
 - 7.1 Wie haben Sie das erlebt?
 - 7.2 Worauf führen Sie dies zurück?
 - 7.3 Was bräuchte es Ihrer Meinung nach (oder noch mehr davon) dass die Arbeit hier für die Mitarbeitenden und auch für die Klient:innen größtmöglich zufriedenstellend ist?

9. Was würden Sie einer neuen Kollegin oder Berufseinsteigerin in diesem Bereich mit auf den Weg geben? Welche Erkenntnisse aus Ihrer bisherigen Erfahrung oder Wissensschatz wäre das?

10. Welche Fehler kann man in dieser Arbeit zum Beispiel machen? Warum wären da Fehler? (Vollständige Aufzählung wäre überfordernd!) Gibt es eine Form von Fehlermanagement?

Auszug aus dem Transkript, Interview 4

B4: Also, was WIRKLICH ist, die Leute sind sehr dankbar, und das gibt schon sehr viel zurück, ja, und ich denk mir dann immer, mei, das könnten jetzt die eigenen Eltern sein, wenn ich dann eine Patientin hab, oder einen Patienten, der wirklich so garnicht weiß, wo geht die Reise hin, und wir haben jetzt eine Anschlussversorgung organisiert, und der weiß dann, ok, dann und dann kommt der Pflegedienst, das Essen auf Rädern ist organisiert, und die Nachbarschaftshilfe kommt einmal die Woche und hilft ihm da ein bisschen beim Müll und einkaufen, und was weiß ich, da sind die Leute wirklich froh und dankbar, und die zeigen das auch, und das ist wirklich schön, und das ist auch das, was dann eben der Sinn ist. Und das ist wirklich schön. Genau.

I: Und was bräuchte es Ihrer Meinung nach - oder noch mehr davon - damit die Arbeit für die Mitarbeitenden und auch für die Klienten größtmöglich zufriedenstellend ist?

B4: Genau. Also, so ist es bei uns ganz ok. Ich meine, klar, die Bezahlung, die könnte noch besser sein (lacht), die ist ja im Sozialbereich immer generell eher nicht so gut, wenn man sich jetzt mit anderen Berufsgruppen vergleicht, und man hat auch viel zu tun, und macht ja wirklich auch eine WICHTIGE Arbeit. Was aber bei uns aber wirklich gut ist, die Anerkennung ist schon da. Das war früher, also wo ich hier angefangen habe, da gab es den Sozialdienst in der Form noch nicht. Also, wir haben das hier so aufgebaut. Und am Anfang war jetzt so diese Anerkennung noch nicht so da, weil es einfach, ja, was machen die eigentlich, und wie? und so, und jetzt, ist die Anerkennung sehr wohl da. Weil die Ärzte eben gesehen haben, dass wir wirklich eine sehr wertvolle Arbeit machen, und ja, das ist schon in Ordnung. Wir haben auch ein schönes Büro, wir haben eine gute Ausstattung, also, da kann ich jetzt nicht jammern.

I: Und, gibt auch genug Personal. Also, jetzt.

B4: Mittlerweile. Also, ich hab mit einer Kollegin zu zweit angefangen, und dann, wir hatten beide befristete Arbeitsverträge, und dann war das quasi so, wie Corona kam, wurde ein Arbeitsvertrag, der von meiner Kollegin, nicht verlängert. Weil man erst Panik hatte: "ja, man weiß nicht, wie sich die Belegungszahlen entwickeln, und, wenn wir jetzt keine Patienten haben aber die Personalkosten." Und dann, wurde sie praktisch nicht verlängert, das war dann auch so, es war ja noch in der Aufbauphase, der Sozialdienst, und da waren natürlich auch die einen oder anderen Kritikpunkte, weil am Anfang, die Zusammenarbeit, es musste ja erst wachsen, und da war meine Kollegin, ich sag jetzt mal so, ein bisschen undiplomatisch, was die Kritik anging, ja, und drum ist halt die Wahl auf sie gefallen und nicht auf mich, obwohl ich später angefangen hab, und dann musste sie quasi gehen, und dann war ich alleine. Und das war dann schon ziemlich lange echt schwierig, und da war das Personal, definitiv, es war zu wenig. In der Zeit hab ich dann Überstunden gemacht ohne Ende, um den Laden halt am Laufen zu halten, das war echt eine schwierige Zeit, das war dann ECHT heftig, also Anerkennung das war immer da, das war nicht das Thema, und auch von den Patienten, die Zufriedenheit, das war da alles,

das hat gepasst, aber es war für mich einfach, halt sehr belastend, weil ich ja letztendlich die andere Stelle mit auffangen musste. und dann habe ich auch gesagt, es geht nicht auf Dauer. Und dann hat man jetzt im Herbst letzten Jahres einen Kollegen wieder eingestellt, und jetzt sind wir wieder zu zweit, und jetzt ist es ok. (lacht).

Anhang D: Kodierplan

	Kategorie mit Unterkategorien	Kategoriedefinition	Ankerbeispiel	Codierregel
K1	Bedingungskontext	Die tatsächlichen, aus Sicht der Befragten vorgefundenen Gegebenheiten, innerhalb derer sich die interdisziplinäre Arbeit in den Rehakliniken abspielt.	"Wir haben einmal die Woche eine, ja, komplette Fallbesprechung mit dem gesamten Team, wo jeder Patient, wo es quasi Baustellen gibt, auch nochmal individuell besprochen wird und da ist schon auch oft ähm meine Hürde, dass die Beurteilung, wie der Patient entlassen wird, natürlich auch erst zum Ende der Reha feststeht, aber das was danach noch eingeleitet werden soll dann auch noch kurz vor Ende der Reha irgendwie funktionieren soll." 2.Interview, Z.12	Textstellen, welche die tatsächlichen Gegebenheiten wie Zuständigkeiten, Ablauf aus Sicht der Befragten wiedergeben, sowie materielle, finanzielle, personelle oder ideelle Einschätzungen.
K1.1	Tätigkeitsdauer	Erfasst die Dauer der beruflichen Tätigkeit im rehabilitativen Gesundheitsbereich der befragten Person in Jahren.	"Im Reha-Bereich, oh, da lassen Sie mich mal zusammenrechnen. 22 Jahre." Interview 6, Z.2	Kodiert werden alle Textstellen, die die Dauer der Tätigkeit angeben.
K1.2	Setting	Unter Setting werden alle Rahmenbedingungen, in welchem die Klinische Soziale Arbeit arbeitet, verstanden. Es beinhaltet sowohl die äußeren Gegebenheiten wie räumliche und zeitliche Vorgaben, als auch den Zugang und die Struktur.	"Und dann bin ich da einfach in diesem Sozialtherapeutischen Bereich, in dem ich mir eben die Sozialstrukturen des Patienten anschau, entweder im Einzel oder in der Gruppe, und im Austausch, gemeinsam Lösungen finde." 3.Interview, Z.15	Codiert werden alle Textstellen, die das spezifische, räumliche und zeitliche Setting der Sozialen Arbeit im stationären, rehabilitativen Kontext beschreiben, die auch ausschlaggebend dafür sind, dass aus Sicht der Befragten therapienahe oder keine therapienahe Arbeit geleistet wird.
K1.3	Zuständigkeiten und Kompetenzzuordnungen	Umfasst die Frage nach den berufsspezifischen Zuständigkeiten der eigenen Berufsgruppe, sowie nach möglichen Überschneidungen und Unterscheidung von und mit anderen Berufsgruppen innerhalb der Interdisziplinarität.	"Nee, also die Überschneidungen, die gibt es nicht, weil ich arbeite als Psychotherapeut und habe mit meinen Pateinten psychotherapeutisch zu tun, und wenn jetzt da eine Frage ansteht, zum Beispiel sagen wir mal, die Frage nach Erwerbsminderungsrente,	Codiert werden alle Textstellen, die die Frage nach den Zuständigkeiten der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der interdisziplinären Zusammenarbeit beantworten.

			und da wird dann auch mein Urteil hinzugezogen, und das kommt dann in den Abschlussbericht, beispielsweise bei der Frage, bekommt jetzt die Person Erwerbsminderungsrente oder nicht. Das ist eine klare Sache, das ist einer der klaren Aufträge, wo wir zusammenarbeiten, ja das hat ja dann auch Folgen für den Patienten." Interview 1, Z.4	
K1.4	günstige Einschätzungen	Umfasst Elemente des Erlebens von Zufriedenheit bei der der Arbeit.	"...da sind die Leute wirklich froh und dankbar, und die zeigen das auch, und das ist wirklich schön, und das ist auch das, was dann eben der Sinn ist." Interview 4, Z.51	Aussagen darüber, was bei der Arbeit als besonders zufriedenstellend und sinnvoll erlebt wird.
K1.5	Professionell-soziale Anerkennung	Umfasst das Erleben von sozialer Anerkennung von Mitarbeiter:innen des Sozialdienstes innerhalb des interdisziplinären Teams der Rehaklinik von ihren Berufskolleg:innen und Klient:innen.	"Tatsächlich fühle ich mich hier ja doch auch sehr akzeptiert und muss sagen, das läuft tatsächlich sehr rund, also ich fühle mich gehört in der Teamsitzung, das ist tatsächlich auch ja das wöchentliche, wo ich mit einen großen Beitrag zu leiste." Interview 2, Z.38	Textstellen, die die Frage nach der Sozialen Anerkennung im interdisziplinären Team beantworten.
K1.6	Multiperspektivischer Ablauf	Beschreibung des Erlebens eines typischen Falls in der Rehaklinik, des speziellen eigenen Anteils der befragten Person. Das Befinden von Angemessenheit der spezifischen Erwartungen an die eigene Profession.	"Bei mir schlagen die Patienten eben mit einer sozialrechtlichen Fragestellung auf. Alles, was so nach der Reha an Nachsorgeleistungen passieren muss von beruflichen Fragen über die häusliche Versorgung, pflegerische Geschichten, das Schwerbehindertenrecht, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht. Alles, was so, ja, diese sozialrechtlichen Komponenten anbelangt, quasi laufen alle Anfragen dann an mich zu." 2.Interview, Z.10	Umfasst alle Textstellen, die das Erleben eines typischen Falls, den speziellen Anteil der befragten Person oder das Befinden der Angemessenheit der Erwartungen an die professionellen Kompetenzen oder Zuständigkeiten der Profession beschreiben.

K1.7	Interdisziplinarität	Die Art der gegenseitigen Kontaktaufnahme und wahrgenommene Einbindung in die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie Häufigkeiten von Sitzungen.	"Also, wenn es mir in den wöchentlichen Sitzungen nicht passt, dann nehme ich von mir aus Kontakt auf, oder umgekehrt, also dass man eine kurze Email schreibt, wann können wir kurz sprechen, oder dass man anruft." 6.Interview, Z.8	Alle Textstellen, die Aussagen zur gegenseitigen Kontaktaufnahme und Wahrnehmungen über die Einbindung in die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie Angaben über Häufigkeiten von Sitzungen beinhalten.
K1.8	Erschwernisse	Berichte von KlinSA und KlinPSY, über Erschwernisse in ihrer Arbeit in der Rehaklinik.	"Das war, also mittlerweile geht es wieder, aber zu Coronazeiten, wo dann auch die Pflegedienste teilweise, halt mit Quarantäne und so weiter, zum Teil selber total dünn besetzt waren, dann hatte man dann wirklich auch niemanden gefunden, und dann hat man halt echt irgendwie mit sehr kreativen Lösungen gucken müssen, dass wir die Leute irgendwie unterzubringen." 4. Interview, Z.12	Umfasst alle Textstellen, in denen KlinSA und KlinPSY von Erschwernissen in ihrer Arbeit in Rehakliniken berichten.
K1.9	Optimierungspotentiale	Antworten auf die Fragen nach dem, was aus Sicht der befragten Person benötigt wird, damit die Arbeit für die Mitarbeitenden aber auch für die Klient:innen größtmöglich zufriedenstellend ablaufen kann.	"Ja also das ist so das, was ich mir für die Zukunft auch mitwünsche, dass man einfach den Patienten da mehr Raum bieten kann." Interview 2, Z.49	Umfasst alle Aussagen über Vorstellungen oder Ansichten der Befragten Personen, welche Bedingungen es im Tätigkeitsbereich benötigt, damit die Arbeit für Mitarbeitende und Klienten größtmöglich zufriedenstellend ablaufen kann.
K1.10	Hinzuziehung KlinSA	Art und Zeitpunkt der Hinzuziehung KlinSA zur Mitarbeit in die Fallbearbeitung sowie die Einschätzung über dessen Angemessenheit.	"Das kommt auch ein bisschen auf den Arzt drauf an, also es gibt Ärzte, die sagen gleich, ok, auf jeden Fall Termin beim Sozialdienst, so zeitnah wie möglich, und wenn man dann - ich sage jetzt mal so Ende der ersten Woche schon eingebunden wird, dann ist es gut." 4.Interview, Z.9	Umfasst alle Textstellen, die über die Art und den Zeitpunkt der Hinzuziehung KlinSA zur Mitarbeit in die Fallbearbeitung berichten, sowie die Einschätzung über dessen Angemessenheit.
K1.11	Erwartungen	Einschätzung über die Art und Angemessenheit von Erwartungen, welche vonseiten Berufskolleg:innen oder	"Also, es kommen dann natürlich schon manchmal so Erwartungen, dass ein Patient, der ist hier zur Reha nach einer Herzerkrankung, und hat	Beschreibt, für wie angemessen die Erwartungen von Berufskolleg:innen oder Klient:innen an die Professionen

		Klient:innen an die Professionen KlinSA und KlinPSY gestellt werden.	seit 30 Jahren ein massives Alkoholproblem, und dann ist manchmal die Erwartung, dass wir das irgendwie lösen mit dem Alkohol, und dann sag ich nee, also, was da schon seit 30 Jahren besteht, und sich durch das ganze Leben zieht, das kann ich nicht hier in ein, zwei Beratungsterminen lösen, ja." 4.Interview, Z.19	KlinPSY und KlinSA empfunden werden.
K1.12	ungünstige Einschätzungen	Angaben über ungünstige Einschätzungen der Arbeit aus Sicht der Befragten.	"Und das war dann schon ziemlich lange echt schwierig, und da war das Personal, definitiv, es war zu wenig. In der Zeit habe ich dann Überstunden gemacht ohne Ende, um den Laden halt am Laufen zu halten, das war echt eine schwierige Zeit, das war dann ECHT heftig, also Anerkennung das war immer da, das war nicht das Thema, und auch von den Patienten, die Zufriedenheit, das war da alles, das hat gepasst, aber es war für mich einfach, halt sehr belastend, weil ich ja letztendlich die andere Stelle mit auffangen musste. und dann habe ich auch gesagt, es geht nicht auf Dauer." 4.Interview, Z.56	Textstellen, die Aussagen über ungünstige Einschätzungen der Arbeit aus Sicht der Befragten beinhalten.
K2	Prinzipielle und wertmäßige Grundsätze und Irritationen	Werte, bezogen auf die berufliche Tätigkeit, welche die Grundsätze oder Prinzipien der befragten Personen bezogen auf ihre Arbeit beschreiben.	"Auf jeden Fall eine wertschätzende Grundhaltung und auch den Patienten mit seinen Bedürfnissen und seinen Anliegen ernst zu nehmen." Interview 2, Z.43	Alle Textstellen, die Aussagen über Grundsätze und Prinzipien der befragten Person bezogen auf ihre Arbeit enthalten.
K2.5	Qualifikationsprofile Selbstwahrnehmung	Von den KlinSA selbst genannte, notwendige Kompetenzen und Fähigkeiten, die für Sozialarbeiter:innen in Rehakliniken wichtig sind.	"Offenheit. Lernbereitschaft. Handwerkszeug wie sozialrechtliches Wissen, Rechtswissen und so weiter, das kann man alles lernen. Aber in erster Linie Empathie, Offenheit, Bereitschaft zu Lernen, und das	Umfasst Textstellen zu den selbst genannten, notwendige Kompetenzen und Fähigkeiten, die für die Soziale Arbeit in Rehakliniken wichtig sind.

			Gefühl mit Menschen gerne arbeiten zu möchten. Abgrenzungsfähigkeit ist hier auch eines der Punkte, die sehr, sehr wichtig sind." 3.Interview, Z.25	
K2.4	Qualifikationsprofile Fremdwahrnehmung	Notwendige Fähigkeiten für die Soziale Arbeit, aus Sicht der Berufskolleg:innen aus der Psychotherapie.	"Erstmal brauchen sie natürlich von den Fähigkeiten her ein Know-how, wie das ganze Finanzielle läuft, Übergangsgeld und all diese Dinge, dann natürlich die Fähigkeit, Beziehung aufzubauen, Beziehungsfähigkeit, und was sie brauchen ist, ich sag mal, die Hemmschwelle möglichst gering zu halten." 1.Interview, Z.14	Umfasst Textpassagen über notwendige Fähigkeiten von Sozialarbeiter:innen in der Rehaklinik aus Sicht der Berufskolleg:innen aus der Psychotherapie.
K2.1	Stärken KlinSA	Beschreibungen von wahrgenommenen Stärken der Sozialen Arbeit in der Rehaklinik von Berufskolleg:innen aus der Psychotherapie.	"Und das zweite ist aber auch eben, ja, diese Mischung aus, beim Fach bleiben, aber doch auch, ich finde, ich meine, ich weiß es nicht, aber ich glaube, dass sie sehr viel psychologische Arbeit auch machen, weil sie heraushören müssen, worum geht es dem Patienten jetzt." 6.Interview, Z.26	Alle Textstellen, die die Stärken der Sozialen Arbeit in der Rehaklinik, wahrgenommen durch Berufskolleg:innen der Psychotherapie, benennen.
K2.2	Lebensweisheit	Umfasst Lebensweisheiten oder Erkenntnisse aus der bisherigen Berufserfahrung im Tätigkeitsbereich der befragten Personen, die an Neueinsteiger:innen weitergegeben werden können.	"Don't work harder than your clients. Also, das typische ist ja, man macht Vorschlag um Vorschlag, und der Patient sagt immer, das geht nicht, aus dem und dem Grund. Und, da aufzupassen, und vielleicht auch nicht zu viel zu schnell zu wollen, sondern zu merken, ok, jetzt muss ich nochmal einen Schritt zurück, damit man nicht unzufrieden wird, und sagt: "Mensch, jetzt habe ich so viel versucht, und garnichts ist angekommen." Das wäre schade." 6.Interview, Z.31	Umfasst alle Textstellen, die Aussagen darüber enthalten, welche Lebensweisheit, Erfahrung oder Erkenntnis aus der bisherigen Berufserfahrung der befragten Person an einen fiktiven Berufsanfänger weitergegeben werden könnte.

K2.3	Mögliche Fehler	Mögliche Fehler oder Missgeschicke, aus dem jeweiligen Arbeitsbereich, die aus Sicht der Befragten gemacht werden könnten.	"Und dann kann es eben sein, dass man einen Patienten übergibt, und wenn da zum Beispiel Infos nicht weitergegeben werden, oder die Doku Lücken hat, dann ist das manchmal wirklich ein Fehler, der dann unter Umständen auch folgeschwer ist, wenn man etwas nicht weiß, und man von falschen Voraussetzungen ausgeht." 4.Interview, Z.50	Aussagen über mögliche, tatsächlich geschehene oder imaginierte Fehler und den Umgang mit möglichen Fehlern.
K3	Therapienahe Interventionen	Beispiele von therapienahen oder therapeutischen Interventionen, die bei der jeweiligen, professionsbezogenen Tätigkeit zur Anwendung kommen.	"Da bin ich bei der Begrifflichkeit, was ist Therapie, wo hört Beratung auf, wo fängt Therapie an? Ich denke, das sind fließende Übergänge." 3.Interview, Z.15	Textstellen, die angewendete, therapienahe Interventionen beinhalten.
K3.1	theoretischer Hintergrund	sozialarbeitswissenschaftliche Theorien	"Ich sag mal so, dieses biopsychosoziale Modell habe ich schon immer so im Hinterkopf. Ja. Also den Menschen wirklich in seiner gesamten Lebenswelt zu betrachten, was ja die anderen Fachbereiche natürlich oft ausgrenzen." 2. Interview, Z.22	Textstellen, die Aussagen über sozialarbeitswissenschaftliche, theoretische Hintergründe von KlinSA enthalten.
K3.2	Sozial-therapeutische Interventionen	Unter sozial-therapeutischen Interventionen wird eine Vielzahl an sozialen und psychosozialen Methoden verstanden, welche wie folgt lauten: Beratung, Begleitung, Vermittlung, Vertretung, Beschaffung und Da-sein. (Steiner; Erhardt 2021, S.74)	"Unsere Aufgabe ist auch, den Patienten wahr zu nehmen mit seiner Sorge, und, wenn er Probleme hat, einen Antrag auszufüllen, klingt es erstmal nicht so besonders spannend, einen Antrag mit ihm auszufüllen, aber dahinter steckt ein Schicksal: "ich kann das nicht alleine." Und, in dem Moment sind wir im sozialtherapeutischen Bereich, was ist? Und ich nehme ihn wahr, und er kommt wieder, weil man einen Vertrauensvorschuss aufgebaut hat mit ihm." 3.Interview, Z.13	Alle Textstellen, die beratende, begleitende, vermittelnde, vertretende und/oder beschaffende Angaben von Tätigkeiten Klinischer Sozialarbeiter:innen im Forschungsfeld beinhalten.

K3.3	Angehörigenarbeit	Angehörige wie beispielsweise Familienmitglieder aber auch nahe stehende Verwandte oder Nachbarn, die von KlinSA kontaktiert werden um in die Betreuung und Pflege der Klient:innen einbezogen zu werden.	"Das können wir personell nicht leisten, deswegen immer die Begleitpersonen oder was auch mehr vorkommt, sind halt die Telefonate dann auch mit Angehörigen, die sich dann an mich wenden oder ich mich dann auch aktiv an die wende und kucke: "Ok, wie war es denn jetzt zu Hause bisher?" Müssen wir etwas umordnen, organisieren, gibt's Fragen, gibt es einen Betreuer, gibt es solche Sachen?" 2.Interview, Z.36	Textstellen, die Aussagen darüber enthalten, ob und auf welche Art Angehörige in die Arbeit mit den Klient:innen einbezogen werden oder versucht werden, einzubeziehen.
K3.4	Beraten	Die Beratung dient in erster Linie der Informationsvermittlung, der Perspektivenerweiterung wie auch der Anleitung. In Form von Gesprächen findet der Informationsaustausch zwischen Klient:in und Berater:in statt, wodurch unübersichtliche und komplexe körperliche, seelische und/oder soziale Problemlagen beleuchtet werden. Vonseiten Betreuer:in erfordert dies ein umfassendes Verständnis von Zusammenhängen und Problemlösungsmöglichkeiten.	"Da versucht man dann erstmal, die Patienten da abzuholen, wo sie stehen, und dann halt zu gucken, was könnte man zusammen für eine Perspektive entwickeln." 4.Interview, Z.30	Textstellen, die angeben, dass innerhalb von Gesprächen Anleitung, Informationsaustausch oder -vermittlung stattfinden. Des Weiteren Textstellen, die beinhalten, dass Perspektiven entwickelt oder erweitert werden oder Problemlagen beleuchtet werden.
K3.5	Da-Sein	Unter dem Begriff Da-Sein wird die bloße Anwesenheit einer Person verstanden, die vorrangig nichts tun oder verändern muss, sondern in erster Linie emotional oder soziale unterstützt.	"Mei, man hat auch immer wieder mal Patienten, die das Weinen anfangen, weil sie grad in einer schwierigen Situation sind, gerade so alte Leute, da ist dann vielleicht der Lebenspartner, mit dem man seit 40 Jahren durchs Leben gegangen ist, vielleicht ein viertel Jahr vorher verstorben, und dann sind sie selber jetzt schwer krank geworden aus heiterem Himmel, und da sind die schon oft, einfach, ja, selber	Textstellen, die das bloße Anwesend Sein einer Person als emotional oder sozial unterstützend bezeichnen.

			überfordert. Und da muss man schon halt auch, ja, die in dem Moment auffangen können, halt." 4.Interview, Z.42	
K3.6	Vertreten	Die Soziale Arbeit vertritt die Interessen von Klient:innen oder der Organisation in verantwortlicher Haltung stellvertretend.	"Unsere Aufgabe ist auch, den Patienten wahr zu nehmen mit seiner Sorge, und, wenn er Probleme hat, einen Antrag auszufüllen, klingt es erstmal nicht so besonders spannend, einen Antrag mit ihm auszufüllen, aber dahinter steckt ein Schicksal: "ich kann das nicht alleine." 3.Interview, Z.13	Textstellen, die beinhalten, dass die Soziale Arbeit die Interessen eines Klienten oder die einer Organisation nach außen vertritt.
K3.7	Verhandeln	Bei der Verhandlung werden unterschiedliche Interessen und Perspektiven miteinander betrachtet. Schlussendlich ist die Einigung zwischen unterschiedlichen Interessen und Meinungen das Ziel. Der Sozialen Arbeit fällt dabei die Rolle der Moderation und Mediation zu.	"Also, die Leute, die bei uns sind, so in der Kardiologie oder in der Orthopädie, für die ist es eher lästig, krank zu sein, die wollen eigentlich so schnell wie möglich wieder arbeiten, und nur die Patienten aus der HTS, diese Hör/Tinnitus/Schwindel-Patienten, die haben halt auch so eine psychosomatische Komponente, da ist es oft so, die sagen: "ja, ich weiß nicht, und schaffe ich das schon, und meine Kollegen, und ja, der Chef ist so schwierig, und eigentlich kann ich nicht mehr, will ich nicht mehr, da muss man halt ein bisschen auch so seine Überredungskünste spielen lassen." 4.Interview, Z.68	Alle Textstellen, die das Verhandeln unterschiedlicher Interessen und Meinungen beinhalten.
K3.8	Beschaffen	Der Begriff der Beschaffung umfasst die Versorgung von Klient:innen mit Leistungen, Geld oder Gütern. Im Zusammenhang dieser Forschungsarbeit beinhaltet Beschaffung auch das Organisieren von häuslicher Anschlussversorgung nach einem	"Und dann kommt die Patientin zu uns, und dann schauen wir eben, sind Angehörige noch im näheren Umfeld vorhanden, was weiß ich, zum Beispiel Kinder, die was weiß ich, abends vorbeischauen können, wer kann für so eine Dame einkaufen, braucht man Essen auf Rädern,	Umfasst Textstellen, die angeben, dass Klienten mit Leistungen, Geld oder Gütern versorgt werden, welche von Sozialarbeiter:innen beschafft werden.

		Reha Aufenthalt, im Falle, dass die Selbstständigkeit der Klient:innen noch nicht wieder zur Gänze hergestellt ist.	Nachbarschaftshilfe, braucht es vielleicht einen Pflegedienst zur Unterstützung bei der Körperpflege?" 4.Interview, Z.6	
K3.9	Eingreifen	Das Eingreifen bedeutet eine Handlungsart, die zum Schutz von Personen, manchmal auch gegen ihren Willen durchgeführt werden muss. Dieses Handeln hat kontrollierenden Charakter und dient der Gefahrenabwehr.	"Meistens ist es schon so, wenn man dann mit guten Argumenten - also, ich habe es bis jetzt eigentlich schon immer geschafft, wenn es jetzt eigentlich medizinisch notwendig ist, und der Patient es nicht will - dass ich sage, es ist eine KURZZEIT-Pflege, also, es ist jetzt nicht etwas, wo man Angst haben muss, dass man den Rest seines Lebens versauert, und es ist wirklich auch zum eigenen Schutz, dass man nicht zuhause die Treppe runterfällt und niemand ist da und so, und in der Regel sind die Leute dann schon einverstanden." 4.Interview, Z.46	Textstellen, die beinhalten, dass Handlungen zum Schutz von Klient:innen, sogar gegen deren Willen, durchgesetzt werden müssen oder mussten.
K3.10	Psycho-therapeutische Interventionen	Beispiele psycho-therapeutischer Interventionen, die nach Angaben von Psychotherapeut:innen in der Arbeit mit Rehabilitant:innen im stationären Kontext angewendet werden. In diesem Zusammenhang ein eher enger gefasster Begriff laut Psychotherapeut:innengesetz, wonach Vorgaben der therapeutischen Tätigkeit auf psychische Vorgänge und ein vorgegebenes, räumliches und zeitliches Setting beschränken.	"Und auch, schlichtweg, Achtsamkeitsübungen, die wir hier fördern. Dass Aufmerksamkeitslenkung, weg auch von der Angst, also hin auf Dinge, die man gerne tut, und dort die Aufmerksamkeit hinlenken, hat ja auch was mit Angstbewältigung zu tun. Also, fokussieren und defokussieren, ist ein wesentlicher Ansatz, auch hier." 1.Interview, Z.19	Umfasst Textpassagen, welche Aussagen über psycho-therapeutische Interventionen beinhalten, die nach eigenen Angaben von Psychotherapeut:innen angewendet werden.

Beispiel des Leit- und Menschenbild einer Fachklinik

Die Fachklinik (Name der Klinik) als Einrichtung der Kath. Jugendfürsorge (KJF) versteht ihren Auftrag als Dienst am Patienten. Verständnis, Empathie und Toleranz sind die Grundlage für einen offenen und durch Vertrauen gekennzeichneten Umgang mit unseren Patienten, so dass sie sich angenommen und akzeptiert fühlen. Basierend auf dem christlichen Menschenbild, wie es im Leitbild der KJF niedergelegt ist, sowie den gesetzlichen Grundlagen, die durch das SGB V, VI und IX vorgegeben sind, besteht der Anspruch an uns selbst als kompetente Fachklinik sowohl präventiv als auch im Sinne der Rehabilitation unsere Patienten professionell medizinisch-therapeutisch und sozial-pädagogisch zu begleiten.

Wir betrachten den Menschen als Ganzes, als Einheit von Körper, Geist und Seele; unsere Aufgabe sehen wir darin, gesundheitliche und psychisch-emotionale Beeinträchtigungen zu heilen, zu lindern oder deren Bewältigung im alltäglichen Leben zu fördern und zu verbessern. Sehr wesentlich ist uns hierbei, dem Patienten seine persönlichen Ressourcen und positiven Lebensperspektiven bewusst zu machen, gemeinsam mit ihm weiterzuentwickeln und somit seine Chancen zu erhöhen, ein erfülltes Leben zu führen.

Wir orientieren uns an der Persönlichkeit des Patienten mit seinen physischen, kognitiven, psychischen und sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Dabei verfolgen wir das Ziel, individuelle Selbstbestimmung und verantwortungsvolles Leben in der Gemeinschaft in ein gesundes Gleichgewicht zu bringen.

Ein weiteres, zentrales Ziel ist es, Krankheiten und deren Symptome zu beseitigen bzw. zu verringern, den Umgang mit ihnen zu verbessern. Folgeerkrankungen zu vermeiden und weiteren Gesundheitsstörungen vorzubeugen. Hierzu gehört auch die Hilfe bei der Bewältigung emotionaler Belastungen und eventueller Traumata sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen.

Wir unterstützen unsere Patienten bei der weiteren Lebensplanung und geben ihnen Anregungen zur aktiven Veränderung ihrer Lebenssituation, u. a. um die spätere Erwerbsfähigkeit zu sichern. Begleitpersonen von Kindern, i.d.R. ein Elternteil erhalten eine intensive Schulung zum Erlernen von Strategien im Umgang mit der Krankheit der Kinder. Der Abbau von Ängsten und die Unterstützung bei einer angemessenen Erziehung stehen im Mittelpunkt.

Diese hochgesteckten Ziele erreichen wir durch den Einsatz wissenschaftlich anerkannter diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Verfahren. Dabei haben unterschiedlich Therapieansätze entsprechend der unterschiedlichen Facetten von gesundheitlichen Problemen ihren Raum, um ein möglichst breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten zu bieten.

Höchsten Wert legen wir dabei auf die Zusammenarbeit in interdisziplinären Teams und bereichsübergreifender Kommunikation und Dokumentation.

Als Leitfaden für die Behandlung dienen uns an allgemeinen Standards orientierte Konzepte, die optimal an die Ressourcen unseres Hauses adaptiert sind und ständig weiterentwickelt werden. Im Sinne der Nachhaltigkeit bilden Schulungen für Patienten und Begleitpersonen einen wichtigen Bestandteil unserer Behandlung. Durch gezielte Fort- und Weiterbildung verbessert die Fachklinik kontinuierlich die Qualifikation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Eigeninitiative, Teamarbeit, Offenheit und Flexibilität sind Voraussetzungen, um diese anspruchsvollen Ziele zu erreichen. Die der Fachklinik angegliederte Schule für Kranke hilft den Patienten, den Anschluss an den Lernfortschritt der Heimatschule zu halten, krankheitsbedingte Lerndefizite auszugleichen und ihnen vorzubeugen. Mit erprobten Unterrichtsformen wird in schulartübergreifenden Lerngruppen nach dem Grundprinzip des Miteinander- und Voneinander-Lernens unterrichtet. Ausgehend vom Leistungsvermögen des einzelnen Schülers wird dabei eine Weiterentwicklung der individuellen Lern- und Leistungskompetenz und angemessenes Sozialverhalten gefördert.