

Der Sozialdienst in der medizinischen Rehabilitation.
Eine empirische Untersuchung zur
Dokumentation in der Praxis

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. phil.)
an der Fakultät II, Department für Erziehungswissenschaft,
Universität Siegen

Vorgelegt von
Christina Keßler, Lippetal

Siegen im März 2025

Erstgutachter: Prof. Dr. Albrecht Rohrmann

Zweitgutachter: Prof. Dr. Johannes Schädler

Zitiervorschlag:

Keßler, Christina (2026): Der Sozialdienst in der medizinischen Rehabilitation. Eine empirische Untersuchung zur Dokumentation in der Praxis. Dissertation, Universität Siegen, Siegen.
DOI: <https://doi.org/10.25819/ubsi/10920>

Danksagung

Der Bildungsaufstieg beinhaltet auch immer die Chance statistische, sozioökonomische Wahrscheinlichkeiten zu entkräften. Aus einem Nichtakademikerhaushalt stammend, die eingeschränkte Empfehlung zum Besuch der Realschule in der Hand, dann letztlich aufgrund schlechter Noten der Gang zur Hauptschule – Wege sind selten geradlinig und erfüllen vielleicht genau deswegen ihren Zweck. Mein Lernwille erwachte dort.

Ich möchte mich an erster Stelle bei meinen Eltern bedanken. Während meiner Schulzeit hat meine Mutter mich zur Nachhilfe gefahren, auf dem Land kommen hier schnell viele Kilometer zusammen, und mich auch noch Jahre später beim Schreiben der Dissertation unterstützt. Ihr Mittagessen hat sowohl den Magen als auch die Nerven aller Familienmitglieder besänftigt. Vielen Dank für diese tatkräftige und sehr schmackhafte Unterstützung!

Ein besonderer Dank geht an das House of Young Talents der Universität Siegen. Ohne die ideelle und finanzielle Unterstützung eines Stipendiums hätte ich es nicht gewagt, den Traum der Promotion zu leben. Es hat mich in meiner Forschungsarbeit ungemein unterstützt und mir ein großes Maß an Unabhängigkeit ermöglicht.

In der Rehabilitationsklinik Eichholz in Bad Waldliesborn habe ich gearbeitet, Erfahrungen im Sozialdienst gesammelt und dort auch die Inspiration für meine Forschungsarbeit gefunden. Das außergewöhnlich herzliche Team hat meinen Weg mit beeinflusst. Vielen Dank für diese schöne und bereichernde Zeit!

Ich möchte den Teilnehmern und Teilnehmerinnen des Promotionskolloquiums von Prof. Dr. Albrecht Rohrmann sowie der Forschungswerkstatt der Fakultät II an der Universität Siegen danken. Die Diskussionen und das kritische Hinterfragen meiner Beiträge waren äußerst wertvoll. Die Zeit, Erfahrung und die wunderbare Ruhe von Prof. Dr. Albrecht Rohrmann waren immer eine verlässliche Unterstützung.

Ein herzlicher Dank geht an die Mitglieder und das Geschäftsstellenteam der DVSG e.V. Der fachliche Austausch in angenehmer Atmosphäre hat mich immer wieder bestärkt.

Für meine lieben Freundinnen (Claudia, Sabine, Sandra, Marianne, Steffi, Anne und Nicola) und meine Wegbegleiter Tobias und Lena soll auch ein besonderer Dank nicht fehlen. Euer

Beistand und eure ermunternden Worte in Momenten der Zweifel haben mich durch viele herausfordernde Phasen dieser Arbeit begleitet. Eure Freundschaft und unsere gemeinsam zurückgelegten Wege sind ein Geschenk, das ich außerordentlich schätze.

Ich möchte meinem Ehemann Marcel meinen tiefsten Dank aussprechen. Diese Arbeit widme ich unseren Kindern Marius, Melissa und Lucia. Eure Neugier, Begeisterung und unerschöpfliche Energie haben mir immer wieder neue Kraft gegeben.

Zu guter Letzt spreche ich allen Teilnehmenden der Erhebung meinen herzlichen Dank aus.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	8
Abbildungsverzeichnis	10
1 Einleitung.....	12
1.1 Forschungsfrage und Zielsetzung.....	13
1.2 Einordnung des Handlungsfelds.....	15
2 Theoretischer Hintergrund und historische Entwicklung.....	20
2.1 Historie der klient*innenbezogenen Dokumentation	20
2.1.1 Vorgeschichte und frühe Einflüsse	21
2.1.2 Professionalisierung und Instrumentalisierung	23
2.1.3 Verdrängung und Stagnation.....	28
2.1.4 Etablierung des Handlungsfelds und Dokumentationsstandards	33
2.1.5 Schlussfolgerungen.....	37
2.2 Medizinische Rehabilitation.....	40
2.2.1 Rechtliche Grundlagen und Antragsverfahren.....	41
2.2.2 Ambulante und stationäre Rehabilitation	50
2.2.3 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation	52
2.2.4 Reha-Ziele und Nachsorge	56
2.3 Sozialdienst: Strukturelle Merkmale und Aufgaben.....	66
2.4 Vierfaches Mandat.....	70
2.5 Dokumentation im theoretischen Kontext	74
2.5.1 Funktion.....	77
2.5.2 Adressat*innen.....	83
2.5.3 Schreibkompetenz.....	87
2.5.4 Digitalität	92
2.6 Rahmenvorgaben für die klient*innenbezogene Dokumentation.....	97
2.6.1 Deutsche Rentenversicherung	97

2.6.2	World Health Organization	118
2.6.3	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.....	124
2.6.4	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	126
2.6.5	Datenschutz.....	131
2.6.6	Schlussfolgerungen.....	134
2.7	Forschungsstand und Desiderate	139
3	Methodik	144
3.1	Methodenwahl sowie Ein- und Ausschlussfaktoren	144
3.2	Datenverarbeitung und -schutz.....	148
3.3	Pretest.....	152
3.4	Zugang zur Zielgruppe und Anschreiben	154
3.5	Fragebogenentwicklung.....	157
3.6	Datenaufbereitung und -bereinigung	169
3.7	Hypothesenformulierung und Testverfahren	170
4	Darstellung der Ergebnisse	172
4.1	Einrichtung und Trägerschaft.....	173
4.1.1	Hypothesengestützte Analyse: Trägerschaft	179
4.2	Rehabilitand*innenakte und Dokumentation	181
4.2.1	Hypothesengestützte Analyse: Aktenführung	186
4.3	Klassifikation therapeutischer Leistungen.....	190
4.4	Standardisierte Dokumentationsverfahren	192
4.4.1	Hypothesengestützte Analyse: Textbausteine.....	199
4.5	Ärztlicher Entlassungsbericht und Verlaufsdokumentation	201
4.6	ICF.....	211
4.7	Merkmale der Befragte.....	215
4.8	Auswertung der offenen Antworten.....	217
4.8.1	Digitalisierung.....	219

4.8.2	Kostenträger	221
4.8.3	Zeit	223
4.8.4	Reha-Team.....	224
4.8.5	Arbeitshilfen	225
4.8.6	Vereinfachung	225
5	Diskussion	227
5.1	Historie.....	227
5.2	Vierfaches Mandat.....	229
5.3	Funktion und Adressat*innen.....	236
5.4	Schreibkompetenz und Digitalität.....	240
6	Zusammenfassung und Ausblick.....	245
	Literaturverzeichnis	250
	Anhang	277

Abkürzungsverzeichnis

AGM: Anschlussgesundheitsmaßnahme

AHB: Anschlussheilbehandlung

ALG: Arbeitslosengeld

AR: Anschlussrehabilitation

BAR: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

BMV-Ä: Bundesmantelvertrag – Ärzte

DFG: Deutsche Forschungsgemeinschaft

DGSA: Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V.

DRG: Diagnosis Related Groups

DRV: Deutsche Rentenversicherung

DSGVO: Datenschutz-Grundverordnung

DVFK: Deutsche Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus

DVSG: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.

ePA: elektronische Patientenakte

ETM: Evidenzbasierte Therapiemodule

GKV: Gesetzliche Krankenversicherung

GRV: Gesetzliche Rentenversicherung

H: Hypothese

ICD: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

id: Identifikationsnummer im Datensatz

ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health)

KI: Künstliche Intelligenz

KIS: Klinikinformationssystem/Klinikinformationssystemsoftware

KTL: Klassifikation therapeutischer Leistungen

LVA: Landesversicherungsanstalt

MBO-Ä: (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte

MBOR: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

NSV: Nationalsozialistische Volkswohlfahrt

OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel

PKV: Private Krankenversicherung

QGSA: Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

QR SozArb: Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit

RehaAnglG: Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (Reha-Angleichungsgesetz)

RTS: Reha-Therapiestandard

SIBAR: Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation

SIMBO: Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SWIMMER: Sozialarbeiterische Wirkmechanismen in der medizinischen Rehabilitation

TVöD: Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst

UN-BRK: UN-Behindertenrechtskonvention

WFG: Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz; Gesetz zur Umsetzung des Programms für mehr Wachstum und Beschäftigung in den Bereichen der Rentenversicherung und Arbeitsförderung

ZIMT: Zentrum für Informations- und Medientechnologie der Universität Siegen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Historischer Kontext	36
Abbildung 2: Sozialrechtliches Dreieck.....	45
Abbildung 3: Funktionen der Dokumentation	77
Abbildung 4: Funktionen und Adressat*innen der Dokumentation.....	84
Abbildung 5: Gliederung von Blatt 2 des Reha-Entlassungsberichts	106
Abbildung 6: Struktur der ICF	119
Abbildung 7: Einordnung der Rahmenvorgaben für die klient*innenbezogene Dokumentation	136
Abbildung 8: Ein- und Ausschlussindikationen.....	173
Abbildung 9: Trägerschaft	174
Abbildung 10: Bettenzahl.....	175
Abbildung 11: Federführende DRV	176
Abbildung 12: Büroausstattung.....	177
Abbildung 13: Führung Rehabilitand*innenakte	181
Abbildung 14: Zugriff auf Rehabilitand*innenakte	182
Abbildung 15: Störung bei der rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation	183
Abbildung 16: Art von Störung bei der rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation...	183
Abbildung 17: Art von Störung bei der rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation; Offene Antworten.....	184
Abbildung 18: Erstmalige Dokumentation der Beratungsinhalte	185
Abbildung 19: Einrichtungsform und Aktenführung	187
Abbildung 20: Aktenführung und Zugriff hierauf	189
Abbildung 21: Wer verschlüsselt KTL für den Sozialdienst	190
Abbildung 22: Grundsätzliche Nutzung standardisierter Dokumentationshilfen	193
Abbildung 23: Begründung für Nichtnutzung standardisierter Dokumentationshilfen	193
Abbildung 24: Begründung für Nichtnutzung standardisierter Dokumentationshilfen; Offene Antworten.....	195
Abbildung 25: Genutzte standardisierte Dokumentationshilfen	196
Abbildung 26: Träger und die Nutzung von einrichtungswinteren Textbausteinen	200
Abbildung 27: Sozialdienstokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht.....	202
Abbildung 28: Begründung für fehlende Sozialdienstokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht.....	202

Abbildung 29: Sicherheitsgefühl bei der Erstellung der Sozialdienstokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht	204
Abbildung 30: Relevanz der angefertigten Dokumentation	205
Abbildung 31: Leseberechtigung in Bezug auf die Sozialdienstokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht	207
Abbildung 32: Trennung zwischen Verlaufsdokumentation und Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht	209
Abbildung 33: Leseberechtigung Verlaufsdokumentation	209
Abbildung 34: Verwendung der ICF zu Dokumentationszwecken	212
Abbildung 35: Begründung für Nichtnutzung ICF	213
Abbildung 36: Anwendung der ICF in welcher Form	214
Abbildung 37: Qualifizierender Abschluss	215
Abbildung 38: Beschäftigungsdauer im Sozialdienst	216
Abbildung 39: Kodierung von Wünschen	218
Abbildung 40: Kategorienverteilung Wünsche	219

1 Einleitung

Im Jahr 2022 wurden in Deutschland 883 582 medizinische Rehabilitationen für Erwachsene im Auftrag der DRV durchgeführt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023f, S. 39). Die absolute Mehrheit der Rehabilitand*innen kommt während dieser Maßnahmen in Kontakt mit dem Sozialdienst, spezifisch mit der Sozialen Arbeit (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022d, S. 56). Wenngleich die Soziale Arbeit verhältnismäßig mit zu den kleinsten Berufsgruppen gehört, ist sie ein fester Bestandteil des interdisziplinären¹ Reha-Teams. Zu ihrem Aufgabenbereich gehören sowohl fallbezogene Tätigkeiten im direkten Klient*innenkontakt, als auch solche, die nicht fallbezogen sind. Im direkten Kontakt berät und unterstützt die Soziale Arbeit die Rehabilitand*innen, erstellt unter anderem Sozialanamnesen und koordiniert Nachsorgeleistungen. Sie ist ebenfalls „verantwortlich für die zeitgerechte Führung einer geeigneten Dokumentation, Leistungserfassung und Evaluation“ (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020b). Zu den nicht fallbezogenen Tätigkeiten gehört beispielsweise die Umsetzung gesetzlicher Bestimmungen sowie des internen Qualitätsmanagements nach § 37 SGB IX (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020b).

Obwohl die Dokumentation sozialarbeiterischer Tätigkeiten generell zunimmt, wächst die Beschäftigung mit dieser Thematik nicht in vergleichbarem Maße. Eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik findet innerhalb der Sozialen Arbeit bislang lediglich im Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe statt. Für das deutlich kleinere und jüngere Feld der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation liegen bislang keine Forschungsergebnisse vor, welche die klient*innenbezogene Dokumentation ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken. Ein Fachdiskurs hinsichtlich dieser Thematik ist nicht erkennbar. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund interessant, dass die Dokumentation verschiedenste Funktionen erfüllen kann, unter anderem als Referenzgrundlage für weitere medizinische und/oder sozialrechtliche Angelegenheiten dienen, sowie eine wichtige Rolle im Qualitätsmanagement der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen spielen kann.

Diese Arbeit nimmt sich dieses identifizierten Forschungsdesiderats an und zielt darauf ab, die Forschungslücke durch eine empirische Untersuchung zu schließen. Im Fokus steht hierbei die Frage, wie die Soziale Arbeit ihre klient*innenbezogene Dokumentation durchführt, welche

¹ Interdisziplinarität: Das Wissen der verschiedenen Berufsgruppen wird im Austausch miteinander verknüpft (Büchner, 2012, S. 22–23).

Bedeutung diese im ärztlichen Entlassungsbericht einnimmt, welche Rahmenbedingungen zugrunde liegen und welche Erklärungsansätze für die Ergebnisse abgeleitet werden können.

Um eine Vergleichbarkeit der erhobenen Daten sicherzustellen und potenzielle Verzerrungen durch unterschiedliche (Regional-)Träger der deutschen Rentenversicherung zu minimieren, fokussiert die vorliegende Untersuchung auf den Bereich der somatischen Rehabilitation im gesamten deutschen Bundesgebiet. In die Studie einbezogen werden Einrichtungen, welche von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden.

In der vorliegenden Arbeit werden zunächst Forschungsfrage sowie Zielsetzung erörtert. Die (historische) Einordnung des Handlungsfelds folgt, bevor die theoretischen Grundlagen beleuchtet werden. Bei diesen werden der Sozialdienst, die medizinische Rehabilitation, die Dokumentation sowie die Rahmenvorgaben hierfür umfassend betrachtet. Im Mittelpunkt des dritten Kapitels stehen dann die Entwicklung des Fragebogens und die Durchführung der Erhebung. Daraufhin folgen die Darstellung und Beschreibung der Ergebnisse sowie die Testung von Hypothesen hinsichtlich der Aspekte der Trägerschaft der Einrichtung sowie der Aktenführung. Die Diskussion der Ergebnisse, die hierausgezogenen Schlussfolgerungen sowie ein Ausblick runden diese Forschungsarbeit ab.

1.1 Forschungsfrage und Zielsetzung

Das vorliegende Kapitel definiert die spezifische Forschungsfrage und umreißt die angestrebte Zielsetzung. Hierfür ist eine genaue Betrachtung und auch Abgrenzung des Terminus klient*innenbezogene Dokumentation notwendig.

Mit dem Fokus auf dem Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation werden alle Dokumente der klient*innenbezogenen Dokumentation zugeordnet, wenn sie sich eindeutig auf das zu rehabilitierende Individuum beziehen und in einem Zeitraum kurz vor dem Rehabilitationsaufenthalt, währenddessen oder bis zu zwei Wochen² nach Abreise angefertigt werden. In die Zuordnung fallen sowohl analoge, sprich handschriftliche als auch elektronische/digitale Aufzeichnungen.

² Die zwei Wochen beruhen auf der Vorgabe der DRV, dass der Entlassungsbericht aus der Rehabilitationseinrichtung spätestens dann bei der DRV vorliegen müsse (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022a, S. 9).

Die folgende Aufzählung hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da sich die gewählten und genutzten Dokumentationseinheiten sowohl von Einrichtung zu Einrichtung, abhängig von angebotenen Indikationen sowie Trägerschaft, voneinander unterscheiden können. Es kann, aufgrund der vorwiegend identischen rechtlichen Rahmenbedingungen sowie Empfehlungen, jedoch davon ausgegangen werden, dass sich die Differenzierung nur innerhalb einer gewissen Spannweite bewegt. Eine Rehabilitand*innenakte, welche professionsübergreifend vom Reha-Team genutzt werden kann, ist beispielsweise in jeder Einrichtung anzulegen³. Die sich hierin befindliche Dokumentation kann sich jedoch unterscheiden. In die weitere Argumentation eingeschlossen sind folgende, vom Sozialdienst erstellte Dokumentationseinheiten:

- Notizen, Berichte und/oder Protokolle zu Beratungen
- Schriftliche Stellungnahmen
- Verlaufs-/Kontaktdokumentation
- Datenerfassung für statistische Zwecke/KTL⁴-Erfassung
- Aufzeichnungen zu Gruppenangeboten
- Soziale Diagnostik⁵
- medizinische Rehabilitand*innenakte sowohl im Ganzen als auch in Teilen
- Ärztlicher Entlassungsbericht⁶

Von der weiteren Betrachtung ausgeschlossen sind somit Schriftstücke, welche die Organisation und/oder die Arbeitnehmer*innen in den Mittelpunkt setzen. Beispielhaft zu nennen sind hier Leitbilder, Arbeitszeitrachweise sowie Protokolle von Teamsitzungen.

Die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation ist im Sozialdienst der jeweiligen Einrichtung verankert. Über die Zuständigkeitsgrenzen der einzelnen Rentenversicherungsträger hinaus, nimmt diese Dissertation deutschlandweit die dort stattfindende klient*innenbezogene Dokumentation in den Blick. Die Dokumentationsvorgaben und -prozesse variieren erheblich, abhängig davon, ob die Kostenträgerschaft für eine medizinische Rehabilitation von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der DRV übernommen wird. Zur Gewährleistung

³ Die gesetzlichen Grundlagen hierfür finden sich in § 630f BGB, § 57 BMV-Ä, MBO-Ä 1997 in der Fassung des Beschlusses des 124. Deutschen Ärztetags vom 5. Mai 2021 in Berlin.

⁴ Klassifikation therapeutischer Leistungen

⁵ Soziale Diagnostik, insofern sie durchgeführt wird, stellt immer einen Teil der klient*innenbezogenen Dokumentation dar. Für das Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation sind beispielhaft zu nennen: SIBAR, SIMBO, Würzburger Screening, Netzwerk-, Biografie- sowie Kompetenzdiagnostik.

⁶ Hierin enthalten: Diagnosen, Empfehlungen (zur Weiterbehandlung), Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise, durchgeführte therapeutische Leistungen (KTL), ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022a).

einer präzisen und vertieften Analyse werden ausschließlich Einrichtungen berücksichtigt, die eine somatische Indikation behandeln und von der DRV belegt werden.

Unter Einziehung aller genannten Aspekte führt dies zu folgender Hauptfragestellung:

- Wie und unter welchen Rahmenbedingungen gestalten deutschlandweit Sozialdienste in der medizinischen somatischen Rehabilitation die klient*innenbezogene Dokumentation, und welche Erklärungsansätze können hiervon abgeleitet werden?

Hieran anknüpfend ergeben sich weitere Unterfragen:

- Wird bei der Erstellung der klient*innenbezogenen Dokumentation auf Arbeitshilfen zurückgegriffen? Falls dies der Fall ist, welcher Art sind diese?
- In welchen Aspekten unterscheiden sich die von Sozialdiensten erstellten klient*innenbezogenen Dokumentationen?
- Welche Bedeutung nimmt die klient*innenbezogene Dokumentation des Sozialdienstes im ärztlichen Entlassungsbericht ein?
- Welche Wünsche werden von Sozialdienstmitarbeitenden bezüglich der klient*innenbezogenen Dokumentation geäußert?

Zur Beantwortung dieser Fragen wird zunächst Literatur recherchiert sowie untersucht und in einem nächsten Schritt eine quantitative Fragebogenerhebung vorgenommen. Hierbei ist es ein Ziel, durch die erhobenen, analysierten und diskutierten Ergebnisse die vorhandene Forschungslücke zu verkleinern, die Erkenntnisentwicklung und -erweiterung voranzutreiben, Zusammenhänge aufzudecken und mögliche Handlungsperspektiven für Profession und Disziplin aufzuzeigen.

1.2 Einordnung des Handlungsfelds

Die Soziale Arbeit ist in ihren Aufgaben und Bezügen breit gefächert und kann unter anderem in zahlreiche Handlungsfelder untergliedert werden. Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden eine Kontextualisierung der Rolle und Bedeutung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit und im Speziellen der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation, stattfinden.

Die Einordnung in ein Handlungsfeld der Sozialen Arbeit kann sowohl mit dem Fokus auf die Klient*innengruppe als auch hinsichtlich besonderer Lebenslagen sowie Aufgabenfelder stattfinden. Sie ist folglich abhängig vom gewählten Blickpunkt. Auch die Verwendung der Bezeichnungen Handlungs-, Arbeits- sowie Praxisfeld unterliegt keinem durchgängigem Verständnis, wobei es jedoch häufig so ist, dass zumindest das Praxisfeld als kleiner und spezifischer angesehen wird. In dieser Arbeit wird der Begriff des Handlungsfeldes, im Gegensatz zum Praxisfeld, präferiert, da innerhalb der somatischen Rehabilitation die Indikationsgruppen und die ihnen zugeordneten Rehabilitand*innen durchaus divers sind und der Eindruck, man habe es hierbei mit einer homogenen Gruppe zu tun, vermieden werden soll.

Die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation wird nach Farrenberg und Schulz (Farrenberg & Schulz, 2020, S. 102–112) sowie Klüsche (Klüsche, 1999, S. 164) dem Handlungsfeld der Behinderten- und Gesundheitshilfe bzw. dem Handlungsfeld ‘Soziale Arbeit mit Kranken und Behinderten’ zugeordnet. Bieker und Niemeyer gruppieren sie wiederum dem Handlungsbereich ‘Gesundheitliche Beeinträchtigungen/Probleme des Alterns’ zu (Bieker & Niemeyer, 2022, S. 197). Es ist wichtig hierbei hervorzuheben, dass die Zuordnung innerhalb von Profession und Disziplin durchaus variieren kann und dieser Logik folgend, nicht einheitlich vorgenommen wird. Bei allen oben genannten Zuordnungen sind die Unterschiede zwischen ihnen jedoch als gering einzuschätzen.

Das Handlungsfeld wird regelhaft der gesundheitsbezogenen⁷ Sozialen Arbeit zugeordnet (Dettmers, 2015, S. 6). Hierbei kann grob unterschieden werden zwischen Handlungsfeldern mit einem primären (Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Akutkrankenhäuser, stationäre Altenhilfe etc.) und welchen mit einem eher impliziten Gesundheitsbezug. Franzkowiak et al. differenzieren ebenfalls zwischen ‘Soziale Arbeit im Gesundheitswesen’ sowie ‘Gesundheitsarbeit im Sozialwesen’ (Franzkowiak, Homfeldt & Mühlum, 2011, S. 131–137). Zum letzteren können Institutionen gezählt werden, welche gesundheitliche Belange stärker berücksichtigen, hierin aber nicht ihre Hauptaufgabe sehen, wie zum Beispiel die Betriebliche Soziale Arbeit oder der Allgemeine Soziale Dienst (Franzkowiak & Kuhn, 2009, S. 5–7). Diese Einordnung bietet eine Orientierung, bleibt jedoch vage, da der Gesundheitsbegriff vor dem Hintergrund eines salutogenetischen Verständnisses weit gefasst wird.

⁷ Diese Bezeichnung hat sich in Disziplin und Profession durchgesetzt. In älteren Publikationen wird auch noch der Begriff der Gesundheitssozialarbeit synonym verwendet.

Ein wichtiger Anhaltspunkt, trotz aller denkbaren Überschneidungen, kann in der Frage liegen, worauf der Fokus der sozialarbeiterischen Arbeit gerichtet ist (Aner & Hammerschmidt, 2018, S. 54–55). Rademaker stimmt dieser Aufgliederung zu, weist jedoch ebenfalls darauf hin, dass gesundheitsbezogene Soziale Arbeit wesentlich weiter gefasst werden müsse und nicht nur in Institutionen mit primärem Gesundheitsbezug stattfinde. Vielmehr gehe es darum, das Soziale innerhalb der Gesundheit zu sehen und die Verknüpfung bio-psycho-sozialer Anteile in den Blick zu nehmen (Rademaker, 2016, S. 35). Eine Profilierung als Fachdisziplin sei anzustreben, eine welche „sich dem Gesundheitswesen weder unterordnet noch ihm zuarbeitet“ (Rademaker, 2016, S. 38). Mit dem Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation liegt der Fokus dieser Arbeit demzufolge auf dem primären Gesundheitsbezug. Auch wenn die Verbindung der Sozialen Arbeit mit dem Gesundheitswesen historisch gewachsen ist und eine der drei historischen Wurzeln, neben der Armen- und (Kinder-)Jugendfürsorge bildet (Homfeldt & Sting, 2006, S. 10), so ist die Wahrnehmung als Fachdisziplin „zum Teil inner- aber auch außerhalb der Sozialen Arbeit, bislang eher rudimentär (Igl, 2014, S. 1–2).

Innerhalb dieser Fachdisziplin befindet sich auch die Klinische Sozialarbeit. Sie „ist eine Teildisziplin und -profession der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit“ (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., n. d.a). Die Klinische Sozialarbeit wird, schon alleinig aufgrund der wörtlichen Nähe⁸, oft mit der Arbeit in Kliniken verknüpft und sogar von Sozialdiensten in (Akut-)Krankenhäusern für die Eigenbezeichnung verwendet (Geißler-Piltz & Gerull, 2009, S. 11). Franzkowiak et al. weisen jedoch darauf hin, dass beide nicht deckungsgleich seien (Franzkowiak et al., 2011, S. 181). Eine Abgrenzung zwischen Klinischer Sozialarbeit und der Sozialen Arbeit in der somatischen Rehabilitation gelingt dann, wenn der Fokus auf die Adressat*innen gerichtet wird. Der Schwerpunkt der Klinischen Sozialarbeit liegt in der psychosozialen Beratung von multiproblembelastetem Adressat*innen bzw. hard-to-reach Klientel (Gahleitner & Pauls, 2021, S. 528). Der Zugang zur somatischen Rehabilitation hingegen erfolgt einzig über eine oder mehrere ärztlich gestellten Diagnosen und dem damit einhergehenden Antragsweg. Das auf alle zutreffende Hauptmerkmal der Rehabilitand*innengruppe sind somit Diagnosen und nicht eventuell zusätzlich vorhandene Multiproblemlagen. Darüber hinaus wird in der Klinischen Sozialarbeit von vornherein ein längerer Zeitraum für Diagnostik

⁸ Die Klinische Sozialarbeit hat ihre Wurzeln in der amerikanischen Clinical Social Work. Diese wird wie folgt definiert „Clinical social work is a healthcare profession based on theories and methods of prevention and treatment in providing mental-health/healthcare services, with special focus on behavioral and bio-psychosocial problems and disorders“ (American Board of Clinical Social Work, 2024).

sowie psycho-soziale Behandlung eingeplant, als die üblichen drei Wochen in der medizinischen Rehabilitation. Eine Überlappung beider Fachdisziplinen ist jedoch in der psychosomatischen sowie Suchtrehabilitation möglich. Sowohl die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit als auch die Klinische Sozialarbeit gehen von einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis aus.

Innerhalb Deutschlands fördert die DVSG⁹ eine stärkere Wahrnehmung als Fachdisziplin und setzt sich für die Interessen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit ein. Die DVSG spielt aufgrund ihrer richtungsweisenden Publikationen und ihrer aktiven Beteiligung an Forschungsprojekten im Handlungsfeld eine wichtige Rolle. Sie hat ihren Sitz in Berlin und ihre Mitglieder bestehen sowohl aus natürlichen als auch juristischen Personen. Dies führt zu der Besonderheit, dass sowohl Sozialarbeiter*innen als auch Einrichtungen bzw. Verbünde von Kliniken dort Mitglied sind. Der Verein besteht aus einem Gesamtvorstand¹⁰, Landesarbeitsgemeinschaften, Fachbereichen, Arbeitsgruppen, Beauftragen sowie den Mitarbeitenden der Geschäftsstelle (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2021). Der Fachbereich Rehabilitation und Teilhabe ist unter anderem Ansprechpartner für die Belange der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation.

„Als Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit wird die Förderung sozialer Teilhabe von erkrankten oder von Erkrankung bedrohten und behinderten Menschen und ihren Angehörigen in ihrer Lebenswelt sowie die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu gesundheitlichen Störungen führen, bestimmt. Im Fokus steht der Mensch in ständiger Interaktion zu seiner sozialen und natürlichen Umwelt“ (Dettmers, 2015, S. 6). Diese Gegenstandsbestimmung hat ihren Ursprung in dem Qualifikationskonzept zur gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit.

In der medizinischen Rehabilitation ist die Interdisziplinarität ein bedeutsamer Faktor. Im Gegensatz zu anderen Gesundheitsberufen (Stichwort Heilberufe) fehlt der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit jedoch eine rechtliche Verankerung im (Gesundheits-)Sozialleistungsrecht. Dies schlägt sich „in einem zum Teil schwer fassbaren rechtlichen Status in allen Dimensionen

⁹ Es gibt zahlreiche weitere Fachverbände der Sozialen Arbeit (z. B. Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V.) bzw. solche in denen sie vertreten ist (z. B. Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V.). Die Schwerpunkte deren Arbeit liegen jedoch regelhaft abseits der Sozialen Arbeit in der somatischen Rehabilitation.

¹⁰ Bei diesem müssen mindestens neun von elf natürlichen Personen über einen Hochschulabschluss in Sozialer Arbeit verfügen (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2021, S. 3).

der Berufsausübung bis hin zu Vergütungs- und Haftungsfragen wider“ (Igl, 2014, S. 2). Die Soziale Arbeit sei zwar in der gesamten Variationsbreite der medizinischen Rehabilitation unentbehrlich, finde allerdings keine adäquate Repräsentation in den relevanten normativen Regularien. Im Bereich der untergesetzlichen Normsetzung sowie in Empfehlungen und Beschreibungen, die sich auf die beruflichen Aktivitäten und Anwendungsgebiete der gesundheitsorientierten Sozialen Arbeit beziehen, präsentiert sich die Lage anders. Insbesondere im Sektor der medizinischen Rehabilitation innerhalb der GRV (Gesetzliche Rentenversicherung) ist eine explizite Erwähnung solcher Tätigkeiten gegeben (Igl, 2014, S. 5–7). Beispielhaft anzuführen sind hier die Reha-Therapiestandards (RTS) sowie die KTL.

Wie sich die Soziale Arbeit sowie das Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation historisch entwickelt haben und welche Rolle hierbei die Heilstättenbewegung, die GRV und die Medizin spielen, wird im Folgenden erläutert.

2 Theoretischer Hintergrund und historische Entwicklung

Dieses Kapitel bietet eine Darstellung der Historie der klient*innenbezogenen Dokumentation. Danach rückt die medizinische Rehabilitation in den Fokus. Im Anschluss werden die strukturellen Merkmale sowie die Aufgaben des Sozialdienstes dargelegt. Folgend führt das Kapitel in die Theorie des vierfachen Mandats ein, welches die Spannungsfelder zwischen Klientel, Gesellschaft, Disziplin und Profession sowie Institution abbildet. Ferner wird die Dokumentation im theoretischen Kontext thematisiert.

2.1 Historie der klient*innenbezogenen Dokumentation

Eine systematische Betrachtung der klient*innenbezogenen Dokumentation im Handlungsfeld kann nicht losgelöst von ihrem historischen Kontext vollzogen werden. Es ist davon auszugehen, dass die Entwicklung der klient*innenbezogenen Dokumentation durch gesellschaftliche, rechtliche und bezugswissenschaftliche Faktoren sowie durch die Professionalisierung der Sozialen Arbeit¹¹ selbst beeinflusst wird.

Die folgenden Unterkapitel widmen sich dem historischen Verlauf der klient*innenbezogenen Dokumentation über einen Zeitraum von circa 150 Jahren. Die Entwicklungslinien sollen identifiziert und herausgearbeitet werden, um festzustellen, welche Einflüsse und Strömungen maßgeblich zur jetzigen Form beigetragen haben. Welche Wandlungsprozesse im Funktions- und Zielverständnis bei der klient*innenbezogenen Dokumentation können ausgemacht werden? Darüber hinaus ist die Frage nach dem Einfluss bzw. der Orientierung an der Medizin auf die Entwicklung des Handlungsfeldes zu stellen. Ebenso ist zu hinterfragen, wie sich das Rollenverständnis der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld sowie die klient*innenbezogene Dokumentation im Laufe der Zeit gewandelt haben¹².

¹¹ Hinsichtlich der Historie sei angemerkt, dass sowohl die Terminologie als auch die Auffassungen darüber, was Soziale Arbeit sei, erheblichen Variationen unterliegen. Beispielhaft angeführt sei hierbei die Bezeichnung der Disziplin und Profession, Soziale Arbeit. Während früher von Fürsorger*innen, Wohlfahrtspfleger*innen oder auch Volkspfleger*innen die Rede war (Reinicke, 1998, S. 12) wird heute regelhaft die Berufsbezeichnung Sozialarbeiter*innen genutzt. In den folgenden Kapiteln werden die gängigen Berufsbezeichnungen jeweils entsprechend ihrer zeitlichen und historischen Kontexte verwendet. Die diesbezüglichen Diskussionsstränge sind bekannt, werden in dieser Arbeit jedoch nicht näher erläutert oder weitergeführt.

¹² Es sei darauf hingewiesen, dass in diesem Unterkapitel zum historischen Kontext eine enge Auslegung des Begriffs der medizinischen Rehabilitation gewählt wird. Diese orientiert sich zum einen an einer zeitlich (eng) begrenzten Dauer der Zusammenarbeit zwischen der zu rehabilitierenden Person und dem Sozialdienst und zum anderen an den spezifischen Aufgaben des Sozialdienstes. Die überwiegend sozialpädagogische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, wie sie häufig im Rahmen der sogenannten Krüppelfürsorge bis circa 1950 praktiziert wurde, wird daher nicht berücksichtigt. Diese war stark an der Heimbewegung (Stadler & Wilken, 2004, S. 329) orientiert, der Kontakt mit den zu rehabilitierenden Personen bestand häufig über Jahre und die fürsorgliche Tätigkeit ist nur schwer von ärztlichen, pflegerischen und seelsorgerischen Bereichen zu trennen (Mühlum

2.1.1 Vorgeschichte und frühe Einflüsse

Bereits wenige Jahrzehnte vor bzw. im Zeitraum der Hochindustrialisierung, der sich von 1870 bis 1914 erstreckt, nehmen diverse Entwicklungslinien ihren Anfang, die bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt maßgeblich die Diskurse rund um die Soziale Arbeit, die medizinische Rehabilitation sowie die klient*innenbezogenen Dokumentation prägen.

Die Zeit der Industrialisierung ist von weitreichenden gesellschaftlichen Transformationsprozessen bestimmt. Das Proletariat, also Arbeiter*innen und deren Familien, leidet unter den Folgen von Verstädterung, Verarmung und katastrophalen Arbeitsbedingungen. Bedingt durch die herrschenden mangelhaften Lebens- und Wohnumstände breitet sich die Tuberkulose stark aus. Eine Mangel- und/oder Unterernährung sowie die häufig katastrophalen hygienischen Zustände begünstigen die rasante Ausbreitung der Schwindsucht, wie sie zu der damaligen Zeit auch häufig genannt wird. Die Dringlichkeit einem größeren Bevölkerungsanteil 'Linderung und Heilung' zukommen zu lassen, kommt auf. Das vermutlich weltweit erste Tuberkulose-Sanatorium wird 1854 im niederschlesischen Görbersdorf, heute Sokołowsko, von Hermann Brehmer gegründet (Reinicke, 1988, S. 280). Dies kann als der Beginn der Heilstättenbewegung in Deutschland gesehen werden (Jüttemann, 2015, S. 21). Die Folgen der Industrialisierung führen zur Sozialen Frage, deren Bearbeitung den Grundstein für umfangreiche soziale Reformen legte. Die Einführung der Sozialversicherungen durch Bismarck ist ein Meilenstein, der erstmals für bestimmte Personengruppen, in der Regel Arbeiter*innen, eine rudimentäre Absicherung gegen Krankheit (1883), Unfall (1884) sowie Invalidität und Alter (1889) vorsieht und die Grundzüge der heutigen Sozialversicherungen etabliert (Hammerschmidt & Tennstedt, 2012, 77; Ritter, 1991, S. 62). Die Institutionalisierung der medizinischen Rehabilitation als sozialstaatliche Aufgabe wird durch die Einführung der gesetzlichen Invaliditäts- und Altersversicherung im Jahre 1889 maßgeblich vorangetrieben. Von 50 Millionen Einwohnern werden elf Millionen zu Versicherten (Ayaß & Tennstedt, n. d., S. XI). Schon 1890 gründeten sich 31 regionale Versicherungsanstalten, die späteren Landesversicherungsanstalten (LVA). Diese fungieren als Leistungsträger und sind bereits in den Anfangsjahren dazu berechtigt, Heilverfahren zu finanzieren bzw. selbst durchzuführen (Wehner, 2019a, S. 9–10). Obwohl der Ausbau schlep-

& Gödecker-Geenen, 2003, S. 145). Darüber hinaus spielen die großen Wohlfahrtsverbände, einschließlich der konfessionellen Anbieter, im Rahmen der somatischen Rehabilitation (ohne die Indikation Sucht) heute eine verschwindend geringe Rolle.

pend verläuft, werden bereits zu Beginn der 1890er Jahre eigene Heilanstalten errichtet. Allerdings handelt es sich hierbei um eine freiwillige Leistung die, insbesondere in den ersten Jahren, nur selten erbracht wird. Zum einen sind die LVA mit ihrem Aufbau beschäftigt, zum anderen sind Einrichtungen rar gesät (Wehner, 2019b, 113). Dem damaligen Gesetz folgend kommt ein Heilverfahren, zu Lasten der LVA, erst zum Tragen, wenn eine Person ohne Krankenversicherungsschutz ist. Dies ist sowohl nachteilig für die erkrankte Person als auch für die LVA. Die Kosten für Invalidenrenten, vermutlich bedingt durch verspätet eingeleitete oder vollständig unterlassene Heilverfahren, sind erheblich. Sie fallen so hoch aus, dass zahlreiche Regionalträger intervenieren und zunehmend freiwillig die Finanzierung von Heilverfahren übernehmen (Wehner, 2019b, 113–114). Der durch die Einführung der Sozialversicherung eingeleitete Paradigmenwechsel ist bedeutsam. Die Sicht auf Krankheit und Armut verändert sich. Laut Ritter wurde durch die Sozialpolitik „implizit anerkannt, daß es soziale Ursachen der Not gab, für die der einzelne nicht verantwortlich war, und daß die Förderung der individuellen Wohlfahrt bei Respektierung der Würde und Freiheit des einzelnen [sic] eine Aufgabe der Gesellschaft sei“ (Ritter, 1991, S. 64). Sowohl Armut als auch Krankheit sind nicht länger ausschließlich ein gottgegebenes Schicksal, sondern werden als Folge der herrschenden Umstände verstanden. Zwischen 1897 und 1901 werden 50 Lungenheilanstalten im Deutschen Reich gebaut, primär von den LVA finanziert. Im Jahr 1896 erscheint in ‚Deutsche Medizinische Wochenschrift‘ ein Artikel, der eine finanzielle Berechnung des Direktors der hanseatischen Anstalt für Invaliditäts- und Altersversicherung enthält. Dieser argumentiert, dass die Kosten für den Betrieb einer Heilanstalt sich bereits dann lohnen würden, wenn von den jährlich behandelten 500 Patienten nur 146 so weit genesen, dass sie für ein Jahr keine Invalidenrente benötigen würden (Ascher, 1896, S. 582). Das Invalidenversicherungsgesetz von 1899 erweitert den Handlungsspielraum der LVA erheblich. Der Bauboom von Lungenheilanstalten geht bis 1914, zu diesem Zeitpunkt verfügen die LVA über 41 eigene Häuser, bei insgesamt 158 Anstalten (Tennstedt, 1976, S. 454). Eine, wenn auch nicht mit den heutigen Maßstäben vergleichbare, stationäre rehabilitative Versorgungsstruktur ist geschaffen. Hierbei gilt, dass die Krankheit nicht so akut sein darf, dass stattdessen ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist. Zudem soll Aussicht auf (deutliche) Besserung bzw. Heilung bestehen¹³. Der Aufenthalt dauert zudem bedeutend länger als in einem Krankenhaus. Jüttemann bezieht sich auf Zahlen von 1906 und 1908, die regelhaft einen zehn bis 14wöchigen Aufenthalt benennen (Jüttemann, 2015, S. 43–48). Die Behandlung

¹³ Dies führt dazu, dass Personen mit einer (vermeintlich) finalen Tuberkulose ein Heilstättenaufenthalt verwehrt bleibt (Langerbeins 1979 In Jüttemann, 2015, S. 25).

kann grob in vier Bereiche gegliedert werden, der Klimatherapie, teilweise verbunden mit gemäßigter Bewegung, dem Aufbau des Patienten durch Nahrung, der Hydrotherapie (Bäder, Umschläge, Waschungen) sowie der Aufklärung desselbigen in hygienisch/medizinischen Fragen. Der Aufenthalt an der frischen Luft, gehört mit sogenannten Liegekuren, zur üblichen Therapie. Die Lage der Heilstätten ist dementsprechend. Um, insbesondere Lungenkranken, die größtmögliche Erholung sowie Therapie angedeihen zu lassen, wird viel Wert auf reine, staubfreie Luft, Ruhe, viel Sonne und Natur gelegt. Die Erkrankten sollen den Staub und Dreck der Fabriken und Städte hinter sich lassen¹⁴ (Jüttemann, 2015, S. 30–50). Durch die Absonderung des Kranken soll die Krankheit und dessen weitere Verbreitung bekämpft werden (Reinicke, 1988, S. 16). Hervorzuheben ist, dass sowohl mit dem großzügigen Aufbau von Heilstätten als auch mit der ab 1889 möglichen Finanzierung über die Sozialversicherung auch ärmeren Personen ein Zugang zur Tuberkulosebehandlung ermöglicht wird (Jüttemann, 2015, S. 20–21; Wehner, 2019b, 113–114). „Noch ein anderer Punkt wird bei der Heilstättenkur nicht außer Acht zu lassen sein. Auch das psychische Moment ist von großem Einfluß auf den Erfolg: Soll die Kur vollen Erfolg haben, so wird auch dafür zu sorgen sein daß der Kranke nicht in der Heilstätte von Sorgen um den Unterhalt seiner Familie, die Mutter nicht von Sorge um das Ergehen ihrer Kinder gequält wird“ (Samter, 1904). Die Bedeutung und Aufrechterhaltung der psychosozialen Verfassung des Kranken wird bereits thematisiert. Allerdings ist anzumerken, dass historische Quellen, die Fürsorgerinnen in Sanatorien, Kuranstalten, Volksheilstätten, Genesungsheimen, Heim-, Kur-, Heil- bzw. Erholungsstätten explizit erwähnen, bisher nicht in ausreichendem Maße identifiziert wurden. Bei der personellen Auflistung der Einrichtungen stehen vielmehr die leitenden Ärzte, (Gemeinde-)schwestern sowie Wäscherinnen im Vordergrund.

2.1.2 Professionalisierung und Instrumentalisierung

Ab 1893 beginnt die Entwicklung der Sozialen Arbeit in Deutschland. In Berlin wird der Grundstein mit der Gründung der ‚Mädchen- und Frauengruppen für soziale Hilfsarbeit‘ gelegt. Zunächst werden diese von Jeanette Schwerin, später von Alice Salomon geleitet. Das wohltätige Handeln durch persönliche Fürsorge steht hierbei im Mittelpunkt. Ausgehend von diesem Vorbild entstehen weitere Vereine, überwiegend in den großen Städten (Hering & Münchmeier,

¹⁴ Aufgrund dieser Historie befindet sich in Deutschland bis heute ein Großteil der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen im ländlichen Raum.

2014, S. 55–57; Reinicke, 1998, S. 17). Im selben Jahr wird von einem Komitee eine Liste erstellt mit möglichen Einsatzorten für weibliche Hilfskräfte. Unter den zahlreichen Tätigkeitsmöglichkeiten, heute würde vermutlich der Begriff Handlungsfeld genutzt werden, befinden sich auch Krankenhäuser (Reinicke, 1998, S. 18). Im Jahr 1902 sind von den Mädchen und Frauengruppen in Berlin bereits 25 Personen ehrenamtlich in Krankenhäusern tätig. Die Frauen lesen vor, sorgen für moralische Stärkung und unterstützen bei familiären Sorgen (Reinicke, 1998, S. 34–35). Ein wichtiger Schritt von der unbezahlten Hilfstätigkeit zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit sind verschiedene Lehrgänge und Kurse zur Qualifizierung der Arbeit. Was die Mädchen- und Frauengruppen 1893 bereits als Vereinsziel benennen, nämlich die Aneignung notwendiger Kenntnisse zur Hilfeleistung, wird verstärkt umgesetzt. Als Durchbruch bezeichnet Reinicke die Idee eines ‘Sozialdienstes’, welche von Elsa Strauß 1913 geäußert wird. In einer Mitgliederversammlung der Mädchen- und Frauengruppen erzählt sie von ihren Erfahrungen, welche sie bei einer USA-Reise mit ihrem Ehemann Hermann Strauß gesammelt hat. Im Massachusetts General Hospital wird 1905 der Sozialdienst (Hospital Social Service) eingeführt¹⁵. Die Idee verbreitet sich, so dass acht Jahre später bereits 40 bis 50 Krankenhäuser in den USA einen Sozialdienst vorhalten (Reinicke, 1998, S. 36–37). In dem 1913 veröffentlichten Artikel ‘Soziale Fürsorge in amerikanischen Krankenhäusern’ beschreibt Elsa Strauß, welche später als Wegbereiterin der Krankenhaussozialarbeit in Deutschland bezeichnet wird, die Notwendigkeit geeigneter Nachsorgeangebote. „Hier steht das große Problem der Ermittlung einer geeigneten Erholungsgelegenheit sowie einer den Fähigkeiten des betreffenden Kranken – z.B. nach einer Amputation – entsprechenden Erwerbsmöglichkeit an erster Stelle“ (Strauß, 1913-1914, S. 157). Darüber hinaus betont sie bereits die Notwendigkeit „(...) der Erforschung der Wohn- und Berufs-, der Lebens- und Familienverhältnisse“ (Strauß, 1913-1914, S. 156). Diese Kenntnisse sollen zudem dem Arzt zur Verfügung gestellt werden (Strauß, 1913-1914, S. 156). Bereits zu diesem Zeitpunkt wird die Bedeutung einer klient*innenbezogenen Dokumentation hervorgehoben, insbesondere in Form von Anamnese und umfassender Erfassung der Lebensumstände. Sowohl die bereits gesammelten praktischen Kenntnisse in Berliner Krankenhäusern als auch die Erfahrungen von Elsa Strauß tragen dazu bei, dass 1913 mehrere Frauen- und Wohlfahrtsvereine an die verantwortlichen politischen Stellen das Ansinnen her-

¹⁵ Als Zeitzeugin und Pionierin schildert Ida M. Cannon in ihrem Buch „Soziale Arbeit im Krankenhaus, Medizin und Soziales verbinden. Standardwerk aus dem Jahre 1913“ die Anfänge der amerikanischen Sozialen Arbeit im Krankenhaus.

antragen, in allen städtischen Krankenhäusern Berlins einen Sozialdienst zu etablieren. Im selben Jahr wird das Komitee Soziale Krankenhausfürsorge gegründet und von Alice Salomon geleitet (Reinicke, 1998, S. 36–38). Aufgrund ihres Wirkens und des ihrer Mitarbeiterinnen kann bis zum Ersten Weltkrieg in allen städtischen Berliner Krankenhäusern ein Sozialdienst regelhaft etabliert werden (Reinicke, 1994, S. 16). Berlin, als Ort der Entwicklung, nimmt Ende des 19. Anfang des 20. Jahrhunderts eine wichtige Vorreiterrolle ein. Dort ausgearbeitete Ideen und umgesetzte Konzepte werden häufig zeitnah in anderen Städten des Landes angewandt. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelt sich die Gesundheitsfürsorge als dritter Bereich innerhalb der Sozialen Arbeit, der neben der Fürsorge für Arme und der Kinder- und Jugendwohlfahrt/-fürsorge als wichtige Säule in der Entwicklungsgeschichte der modernen Sozialarbeit verortet werden kann. Vor allem in den 1920er Jahren erfährt die Gesundheitsfürsorge eine Anerkennung als das progressivste Gebiet des Fürsorgewesens (Hammerschmidt & Tennstedt, 2012, 77–78). Im Jahr 1917 veröffentlicht Mary Richmond in den USA ihr Werk ‘Social diagnosis’. In diesem Buch stellt Richmond die Notwendigkeit einer umfassenden Anamnese und der darauf basierenden Diagnosen dar, um den Hilfebedarf von Klient*innen präzise einschätzen und entsprechend reagieren zu können. Sie betont, dass eine effektive Unterstützung nur möglich ist, wenn die Lebensumstände und Bedürfnisse sorgfältig und systematisch erfasst werden (Richmond, 1917). Richmonds ‘Social diagnosis’ hat die Ausbildung von Sozialarbeitenden in den USA maßgeblich beeinflusst. Ihre Ansätze legen den Grundstein für eine wissenschaftlich fundierte Praxis der Sozialen Arbeit und etablieren Standards in der Einzelfall- und Familienhilfe (Braches-Chyrek, 2013, S. 171–173).

Mit dem Ausbau des Sozialstaates in der Weimarer Republik wächst ebenfalls die quantitative und qualitative Bedeutung der Sozialen Arbeit, welche nun auch als Erwerbsberuf wahrgenommen wird (Hammerschmidt & Tennstedt, 2012, 81–83). Während dieser Zeit gründet sich auf der GeSoLei¹⁶ die Deutsche Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus (DVFK) (Reinicke, 2012, S. 10). Es werden sowohl Privatpersonen als auch korporative Mitglieder aufgenommen (Reinicke, 1998, S. 85, 2001b, S. 20–21). Die parallele Ausweitung der von Rentenversicherungsträgern geführten Lungenheilstätten bis 1926 unterstreicht deren Schlüsselrolle in

¹⁶ GeSoLei: Große Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen.

der Tuberkulosebekämpfung jener Zeit. Am Ende der Weimarer Republik verwalten die Rentenversicherungen 114 heilbezogene Einrichtungen mit insgesamt 15 513 Betten und nutzen zusätzlich 1 464 externe Heilanstalten (Wehner, 2019b, 115).

Alice Salomon veröffentlicht im Jahr 1926 das Werk ‘Soziale Diagnose’, welches ebenfalls als eine Pionierarbeit im Bereich der Sozialen Arbeit gilt. In ihrer Arbeit lässt sie sich von den Erkenntnissen und Methoden inspirieren, die Richmond in ihrem Werk ‘Social diagnosis’ darlegt. Richmonds Ansatz bildet die Grundlage für Salomons wissenschaftliche Auseinandersetzung. Sie stellt eigene Forschungen an und legt detailliert dar, welche Informationen über eine hilfsbedürftige Person wo und wie in Erfahrung gebracht werden können und wie letztlich mit dieser ‘diagnostischen Zusammenfassung’ umzugehen sei. Ihre Untersuchungen berücksichtigen die sozialen Strukturen und normativen Rahmenbedingungen der deutschen Gesellschaft in den 1920er Jahren (Braches-Chyrek, 2013, S. 171; Salomon, 1926). Salomon betont in ihrem Werk, dass die Soziale Arbeit zur Reflexion verpflichtet sei und das richtige Handeln in den Mittelpunkt gestellt werden müsse. Dabei dürfe die Soziale Arbeit niemals die Macht missbrauchen, die sie über hilflose Klient*innen habe, und keine Ziele verfolgen, denen diese nicht dienen (Salomon, 1926). Der Wandlungsprozess des Blickes auf die Klient*innen könnte nicht drastischer sein. Während in der Weimarer Republik von Salomon propagiert wird, dass eine soziale Diagnose bei der Auswahl der Hilfe dienlich sei und niemals der Ausschließung von ‘Unwürdigen’ dienen sollte (Kuhlmann, 2004, 22), gibt es auch gegensätzliche Tendenzen wie sie beispielsweise in der Schrift ‘Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form’ von Binding und Hoche deutlich werden (Hafner & Winau, 1974).

Reinicke sagt über die Literatur zwischen den 1920er und 1930er Jahren im Bereich des Gesundheitswesens aus, dass diese regelhaft die Soziale Arbeit als eigenen Aufgabenbereich begreift (Reinicke, 2008, S. 99). Seit jeher ist die Entwicklung der Sozialen Arbeit durch Bezugswissenschaften geprägt. Während dies zuvor eher die Sozialökonomie und die geisteswissenschaftliche Pädagogik waren, rückt Ende der 1920er Jahre die rassenhygienische Medizin in den Mittelpunkt. Vertreterinnen der Sozialen Arbeit übernehmen, im Angesicht von Massenarbeitslosigkeit, Unruhen und Hyperinflation Deutungsmuster, welche das vermeintliche Recht des Stärkeren propagieren und Menschen in ‘wertvoll’ oder ‘minderwertig’ unterscheiden (Kappeler, 2023, 25–29; Kuhlmann, 2012, 90–91; Reinicke, 2001a, 20–21). Insbesondere in

der Krankenhausarbeit wird die Vorstellung einer biologischen Grundlage sozialer Problematiken noch verstärkt. Es gilt, den Volkskörper von Minderwertigem zu befreien. Diese Orientierung bricht mit dem bis dahin vorherrschenden, individuenzentrierten Ansatz der Wohlfahrtspflege (Reinicke, 1998, S. 104–105, 2001a, 20–21). Die dynamischen Entwicklungen und Professionalisierungsbestrebungen im Bereich der Sozialen Arbeit in Deutschland enden (Gahleitner, Hahn & Glemser, 2013, 8) und „[d]ie Gesundheitsfürsorgerin wird dem Arzt als Hilfskraft unterstellt“ (Geißler-Piltz, 2006, S. 9). Nach Tüllmann, der damaligen Vorsitzenden der DVFK, soll der Sozialdienst bei der Erbgesundheitspflege und den hierfür notwendigen Ermittlungen, die Ärzte unterstützen (Tüllmann, 1934). Ein Jahr später wird die DVFK in die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt (NSV) eingegliedert (Reinicke, 2001a, 21). Die klient*innenbezogene Dokumentation der Sozialarbeiterinnen, unter Anwendung der rassenhygienischen Lehre, leistet einen gefährlichen, tödlichen Beitrag hinsichtlich Stigmatisierung und Ausgrenzung (Reinicke, 1998, S. 209–210). Während der NS-Zeit werden die Maßnahmen zur Tuberkulosebekämpfung durch Gesetze, darunter das ‘Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens’, von 1934 zentralisiert und verschärft (Fleißner, 2017, S. 92–93). Die Umsetzung des 1934 eingeführten Zwangssterilisierungsgesetzes führt schnell zu einer systematischen Erhebung, Dokumentation, Meldung sowie Weitergabe von patient*innenbezogenen Daten. All dies geschieht mit dem Fokus auf erbbiologische sowie rassehygienische Faktoren (Kappeler, 2023, 36). „Die ärztlichen Gutachten wiederholten in vielen Fällen wortgetreu die Verhaltensbeobachtungen und Wertungen aus dem Gutachten der Fürsorgerinnen“ (Kuhlmann, 2012, 91). Pantuček-Eisenbacher benennt diesbezüglich eine Facette, welche zu dieser verheerenden Entwicklung beigetragen hat. Sowohl bei Richmond als auch bei Salomon fehle es an einem überzeugendem Handlungskonzept, welches auf die Anamnese- und Diagnosearbeit folgen sollte. Die Ansammlung und Bündelung klient*innenbezogener Daten kann nicht mit einer umfangreichen sowie ethisch abgesicherten Handlungspraxis fortgeführt werden. Diese Lücke wird hingegen mit einer menschenverachtenden autoritären Sichtweise gefüllt und die erhobenen Daten werden als Waffe für die Selektion von ‘Unwürdigen’ genutzt (Pantuček-Eisenbacher, 1999). In dieser Periode wandelt sich die Tuberkulosebekämpfung zu staatlichem Terror gegen Erkrankte, gekennzeichnet durch Freiheitsentzug, medizinische Vernachlässigung und Zwang zu Arbeitstherapien, besonders für als ‘asozial’ stigmatisierte Patient*innen (Fleißner, 2017, S. 92–93; Hähner-Rombach, 2000, S. 264–288; Süß & Bernhard, 2018, S. 26–54; Vossen, 2009, 30–40; Wehner, 2019b, 116–117).

2.1.3 Verdrängung und Stagnation

In der Zeit nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges sind die Lebensverhältnisse in den betroffenen Regionen durch multiple Herausforderungen gekennzeichnet. Zu den dominierenden Problemen zählen Hunger, ein akuter Mangel an Wohnraum, eine unzureichende Energieversorgung sowie prekäre hygienische Bedingungen. Die Rahmenbedingungen begünstigen eine Ausbreitung von Infektionskrankheiten, einschließlich der Tuberkulose. In diesem Kontext bleibt die juristische Aufarbeitung der Verbrechen an Tuberkulosekranken weitgehend aus (Süß & Bernhard, 2018, S. 55). Sowohl in der Sozialen Arbeit im Allgemeinen als auch im Handlungsfeld der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit findet in der Nachkriegszeit keine Aufarbeitung der Geschehnisse von 1933 bis 1945 statt. Dass die Soziale Arbeit ein Teil der sozial-rassistischen Bevölkerungspolitik des NS-Regimes war, wird verdrängt, verharmlost sowie relativiert (Kappeler, 2022, 2023; Neuffer, 2023, 287).

Im Jahr 1949 erfolgt die Teilung des deutschen Staatsgebiets in die Bundesrepublik Deutschland und die Deutsche Demokratische Republik. In den folgenden 40 Jahren entwickeln sich das Sozialversicherungssystem, die medizinische Rehabilitation als auch die Soziale Arbeit in beiden Staaten sehr unterschiedlich. In Bezug auf die Rehabilitation steht in beiden Systemen der Fürsorgegedanke im Zentrum, wobei das Bestreben vorherrscht, die gesellschaftliche Eingliederung durch Erwerbsarbeit zu erreichen (Höhne, Behrens, Schaepe, Schubert & Zimmermann, 2007, S. 233). In der DDR sichert eine einheitliche Pflichtversicherung¹⁷ die allgemeinen Lebensrisiken eines Großteils der Bevölkerung ab. Zum Leistungsspektrum gehört auch die medizinische Rehabilitation¹⁸, welche oft als Kur zur Genesungs- bzw. Heilungszwecken bezeichnet wird (Dowe, Kuba & Wilke, 2009). Diese ist, im Gegensatz zur BRD, überwiegend ambulant organisiert und findet regelhaft nicht in spezialisierten Kliniken statt. Stationäre Rehabilitation wird nur für bestimmte Indikationen wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall oder rheumatische Erkrankungen in wenigen spezialisierten Einrichtungen angeboten (Seidel, 1991, S. 199–200). In der Praxis werden das Gesundheitssystem und die medizinische Rehabilitation, als Teil desselben, durch chronische Unterfinanzierung und ideo-

¹⁷ In der Sozialversicherung der DDR sind ungefähr 90,0 Prozent aller Bürger*innen pflichtversichert (Dowe, Kuba & Wilke, 2009).

¹⁸ „Als medizinische Rehabilitation wurde in der DDR die Summe aller therapeutischen Maßnahmen und Programme bezeichnet, die über die biologische Wiederherstellung hinaus die soziale Einordnung und Wiedereinordnung Geschädigter als Ziel hatten. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen wurden durch pädagogische, soziale und berufliche Maßnahmen ergänzt“ (Hausdörfer-Reinert, 2005, S. 131).

logische Ausrichtungen bestimmt (Hildebrandt, 1994, S. 15–16; Kraus, 1994, S. 26). Gleichzeitig beeindruckt die medizinische, fürsorgerische und pflegerische Disziplinen abdeckende und wohnortnahe Rehabilitation so sehr, dass nach der Wende die faktische Zerschlagung dieser Strukturen teilweise bedauert wird (Hildebrandt, 1994, S. 23). Charakteristisch für das DDR-System der Fürsorge ist der Bedarf an Fürsorger*innen, die staatlich gesteuerte Kontroll- und Unterstützungsmechanismen durchführen und deren Akzeptanz in der Bevölkerung fördern sollen. Der sozialistische Gedanke steht im Vordergrund des fürsorgerischen Handelns. Nach Reinicke zählt die medizinische Rehabilitation zu den Handlungsfeldern der Fürsorge in der DDR (Reinicke, 2008, S. 111). Hinsichtlich der klient*innenbezogenen Dokumentation lässt sich vermuten, dass diese primär den Interessen des sozialistischen Staates dienen soll. Es ist anzunehmen, dass nicht das Individuum mit seinen persönlichen Wünschen und Bedürfnissen im Vordergrund steht, sondern vielmehr die Überwachung, Kontrolle und Belehrung der Rehabilitand*innen einen wichtigen Aspekt der Arbeit darstellt – auch wenn dies nicht explizit so benannt wird. Diese ideologische Rahmung setzt klare Richtungen und Vorgaben, denen hinsichtlich der fürsorgerischen Hilfestellung zu folgen ist. Nach der Wiedervereinigung werden die neuen Bundesländer in das Rehabilitations- und Behindertenrecht der Bundesrepublik Deutschland integriert (Kraus, 1994, S. 36).

In der BRD stehen nach Kriegsende die LVA vor enormen finanziellen und organisatorischen Schwierigkeiten, da ihr Vermögen stark dezimiert und viele Heilstätten beschädigt, besetzt oder geplündert sind, was die Versorgung erheblich erschwert (Wehner, 2019b, 118). Zur Mitte der 1950er Jahre zählen die Rentenversicherungsträger insgesamt 189 Heilstätten zu ihrem Verwaltungsbereich, von denen rund fünfzig Prozent nach wie vor primär der Therapie von Tuberkulosepatient*innen dienen. Im Jahr 1955 entfällt etwa ein Drittel aller stationären Heilverfahren auf Tuberkulose, während dieser Anteil bis zum Jahr 1960 auf etwa ein Achtel sinkt (Wehner, 2019b, 118). In diese Zeit des Aufbruchs fällt auch die Rentenreform von 1957. Von nun an werden die Renten dynamisch, das heißt sie passen sich der wirtschaftlichen Entwicklung an. Der Generationenvertrag wird grundlegend etabliert (Leopold, 2017, S. 44; Radekow, Deppe & Foerster, 2019, S. 43–47). Es ist hervorzuheben, dass das heutige allgegenwärtige Postulat ‘Reha vor Rente’ ebenfalls gesetzlich verankert wird (Welti, 2005, S. 171). Wenn sich auch Wortwahl, Behandlungsformen, dahinterstehende Intentionen sowie die Gesetzesgrundlage teilweise unterscheiden, handelt es sich bei dem Postulat doch um einen roten Faden, der mal mehr, mal weniger sichtbar, bis heute verfolgt wird.

In der Zeit nach dem Krieg bleiben Maßnahmen rund um Gesundheitsförderung und Prävention integraler Bestandteil der Sozialen Arbeit. Die Arbeit im Fürsorgedienst im Krankenhaus geht weiter (Reinicke, 2008, S. 95–97). Eine Wiederbegründung der DVFK wird 1946 in Heidelberg beschlossen (Reinicke, 2001a, 21). Häufig dominiert die Medizin die Arbeitsabläufe, sodass Sozialarbeiter*innen ihre Tätigkeit als Assistenz des Arztes empfinden (Reinicke, 2008, S. 95–97). Am 14. Januar 1954 vereinbart Dr. Martha von Dobrogoiski, Vorsitzende des Deutschen Berufsverbandes der Sozialarbeiterinnen, mit Prof. Dr. Wilhelm Hagen vom Bundesministerium des Innern der BRD ‘Grundsätze über die Rolle und Funktion der Sozialarbeiter in der Gesundheitsfürsorge’. Das Verhältnis zwischen beiden Professionen wird dort wie folgt definiert: „(...) Ihre Mitarbeit bei der ärztlichen fürsorgerischen Tätigkeit sollte sich auf vorbereitende, aufklärende und nachgehende Tätigkeiten erstrecken, nicht auf technische Hilfeleistungen. Die Bestrebungen der Fürsorgerinnen um Anerkennung der Eigenständigkeit ihrer fachlichen Arbeit innerhalb der Verwaltung, ihre Forderung nach dem Zugang zu Aufstiegsstellen und leitenden Posten werden von ärztlicher Seite unterstützt. Daraus ergibt sich, dass das Arbeitsverhältnis zwischen Arzt und Fürsorgerin kein Unterordnungsverhältnis ist. Bei dieser Zusammenarbeit fällt dem Amtsarzt neben den medizinischen Aufgaben die Verantwortung für den Aufbau des Gesundheitswesens und die methodische Führung zu. Die Fürsorgerin muss die menschliche Atmosphäre schaffen, welche die nachhaltige Förderung der Betreuten erst ermöglicht, und trägt das Wissen über Menschen und Familie bei, das unerlässliche Grundlage auch aller Maßnahmen der Gesundheits- und Heilfürsorge ist. Die so gezeichnete Zusammenarbeit von Amtsarzt und Fürsorgerin ist das Ergebnis der geschichtlichen Entwicklung in Deutschland. Es bedarf als Wunschbild in zahlreichen Fällen sowohl von Seiten der Fürsorgerin wie auch von Seiten der Amtsärzte und der Verwaltung erst noch der Realisierung“ (Dobrogoiski & Hagen, 1954).

Die in der Zeit des Nationalsozialismus erfolgte Ausrichtung der damals noch jungen Profession der Sozialen Arbeit auf die Medizin als primäre Bezugswissenschaft übt offenbar einen nachhaltigen Einfluss aus. Eine (Neu-)Ausrichtung erscheint demnach notwendig und erinnert zugleich an die Anfänge der Sozialen Arbeit in den Aufgabengebieten im Gesundheitswesen, welche sowohl identifiziert als auch erstritten wurden. Die Verbesserung der Lebensbedingungen für die Bevölkerung führt weiterhin zu einem kontinuierlichen Rückgang der Tuberkuloseerkrankungen. Hierzu trägt auch die Entwicklung medikamentöser Behandlungsansätze in den 1960er und 1970er Jahren bei, welche sich immer stärker durchsetzen. Die Behandlungsdauer in den Heilstätten wird auf drei Monate reduziert. Daran schließt sich eine ambulante

Weiterbehandlung an. Im Verlauf gibt es immer mehr freie Betten in den Einrichtungen und es kommt schließlich zu einem Überangebot. Dies führt zwischen 1974 und 1981 zu zahlreichen Schließungen von Heilstätten und zum Ende der Heilstättenbewegung (Loddenkemper & Konietzko, N., Seehausen, V., Bauer, T., Pfeifer, M., 2020, S. 724–727). Parallel konstatiert Geißler-Piltz, dass die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit in Deutschland in den 1960er und 1970er Jahren stagniert. Zwei Weltkriege sowie die fehlende Aufarbeitung dieser Ereignisse seien für diese Retardierung verantwortlich. Zudem wird von der Sozialen Arbeit die Diagnose sozialer Probleme, als Teil der klient*innenbezogenen Dokumentation, zu dieser Zeit einseitig als Stigmatisierung betrachtet (Geißler-Piltz, 2006). Auch in den 1970er Jahren ist die Verbindung von Medizin und Sozialer Arbeit ein Thema. Die Versuche zur Abgrenzung in den 1950er Jahren zeigen keinen nachhaltigen Effekt. Eine Neuausrichtung wird nicht erreicht. Geißler-Piltz resümiert, dass die Soziale Arbeit in den 1970er Jahren in Deutschland auf die aktuellen Anforderungen unzureichend vorbereitet sei und zudem, abgesehen von der Psychiatrie, ein mangelndes Interesse für gesundheitsbezogene Arbeitsfelder vorhanden sei. Zudem wirke die vorherrschende biomedizinisch geprägte und streng hierarchische Kultur der Medizin abschreckend auf die neue Generation (Geißler-Piltz, 2006). Bis in die 1980er Jahre findet kaum eine Aufarbeitung der Rolle der Sozialen Arbeit, als Bestandteil der sozialrassistischen Bevölkerungspolitik des NS-Regimes, statt (Siebert, 2022, S. 66). An dieser Stelle kann der Profession fehlender Wille zur Reflexion und Aufarbeitung sowie zudem mangelndes Innovationspotential¹⁹ vorgeworfen werden.

Mit dem Ende der Heilstättenbewegung beginnt gleichzeitig eine neue Phase der medizinischen Rehabilitation. Von nun an stehen Zivilisationskrankheiten im Vordergrund. Das Krankheitsspektrum verändert sich grundlegend. Die noch verbliebenen Einrichtungen widmen sich anderen Indikationen und Schwerpunkten (Radekow et al., 2019, S. 60). Parallel wird mit dem 1974 verabschiedeten Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) eine verbesserte Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger angestrebt. Zudem wird der Grundsatz ‘Reha vor Rente’ Bestandteil der Gesetzgebung (Welti, 2005, S. 171). Die Aufgabe der Rehabilitation besteht darin „(...) körperlich, geistig oder seelisch Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern“ § 1 RehaAnglG. Ferner

¹⁹ „Innovationen in der Sozialen Arbeit [lassen sich] definieren als auf neuem oder neu kombiniertem Wissen basierende, in intendierten und kooperativen Prozessen entwickelte Organisations- und Arbeitsformen, Programme, Konzepte und Verfahren, die einen Mehrwert namentlich für Adressatinnen und Adressaten erzeugen“ Parpan-Blaser (2011, S. 121).

werden die Leistungen der medizinischen Rehabilitation wie folgt bestimmt: „Die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation sollen alle Hilfen umfassen, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (...)“ § 10 RehaAnglG. In der nachfolgenden Aufzählung im Gesetzestext finden sozialarbeiterische Leistungen zwar keine Erwähnung, durch das Gesetz werden jedoch Rehabilitationsleistungen einheitlicher sowie frühzeitiger implementiert und der Fokus wird auf eine mögliche berufliche Wiedereingliederung gesetzt. Kunz bezeichnet die Einführung des RehaAnglG als Meilenstein für die Implementierung von Sozialdiensten in der medizinischen Rehabilitation (Kunz, 2001, 78), bleibt jedoch eine ausführliche Erklärung schuldig. Diese Annahme beruht vermutlich auf dem Umstand, dass das RehaAnglG die strukturellen Voraussetzungen schafft, um die Existenz und die Bedeutung des Sozialdienstes in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen zu fördern.

Im Krankenhaus rückt das Thema der patient*innenbezogenen Dokumentation vermehrt in den Fokus und zeigt sich in den 1988 von der DVSK formulierten Empfehlungen für die ‘Patientenbezogene EDV-fähige Dokumentation und Statistik klinischer Sozialarbeit’. In dieser werden Angaben zu den Kontaktdaten, den angewandten Methoden, den Einzeltätigkeiten, den Inhalten sowie den weiterführenden Hilfen im Kontakt benannt und näher beschrieben (Bäcker-Strücker & Kunz, 1988). Die Akademisierung der Sozialen Arbeit in der BRD beginnt Ende der 1960er Jahre mit Reformen im Bildungswesen. Die bislang bestehenden Höheren Fachschulen werden in das System der Fachhochschulen integriert. Parallel entwickeln sich (Sozial-)Pädagogik Studiengänge an den Universitäten (Neuffer, 2023, 290). Im Rahmen dieser Entwicklung verändert sich auch die Sichtweise auf die Zielgruppe, was sich in einer Umbenennung widerspiegelt. Im Jahr 1965 benennt sich die ‘Deutsche Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus’ um in die ‘Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus’ (Reinicke, 2012, S. 26). Ende der 80er Jahre treten dem Verband auch vermehrt Sozialarbeiter*innen aus den Rehabilitationseinrichtungen bei (Gödecker-Geenen, 2001, S. 37). Der Wandel betrifft ebenfalls den Blick auf die Klientel, welche nun „(...) als Bürger mit berechtigten Ansprüchen an staatliche Daseinsvorsorge, mit eigenen Stärken und Lösungskompetenzen und als ernst zu nehmende Gesprächspartner [gesehen werden], denen gegenüber die Fachkraft ihre Tätigkeit zu legitimieren hat“ (Harnach, 2021, S. 20).

2.1.4 Etablierung des Handlungsfelds und Dokumentationsstandards

Dem Thema der Dokumentation des Sozialdienstes im Krankenhaus widmet sich Reinicke 1994 und betont „Das in der Sozialarbeit prozeßhafte Vorgehen muß neben den notwendigen Zahlen zur Darstellung kommen. Eine Dokumentation kann daher nur ein Teil sein und wird bruchstückhaft bleiben, wenn sie nicht durch Fallbeschreibungen ergänzt wird. Dennoch wird der Dokumentation über die geleistete Arbeit eine immer größere Bedeutung zukommen“ (Reinicke, 1994, S. 98). Eine rein zahlenbasierte Dokumentation werde somit nicht der Komplexität Sozialer Arbeit gerecht. Im nächsten Zitat wird dieser Gedanke fortgeführt, in dem eine Vergleichbarkeit der medizinischen, pflegerischen und sozialarbeiterischen Dokumentation angeführt wird. „Das, was der Sozialarbeiter leistet, muß dokumentiert werden. So, wie nachvollziehbar ist, welcher medizinische Eingriff erfolgte, welche Temperatur ein Patient hatte, so muß erkennbar sein, welche Leistung der Sozialarbeiter für den Patienten und mit ihm erbracht hat. Es kann nicht nur eine medizinische und eine pflegerische Dokumentation geben, sondern es muß ebenso eine soziale geben“ (Reinicke, 1994, S. 101).

Im Jahr 1997 tritt das ‘Gesetz zur Umsetzung des Programms für mehr Wachstum und Beschäftigung in den Bereichen der Rentenversicherung und Arbeitsförderung’ (WFG) in Kraft, das darauf abzielt, die Ausgaben der DRV für Rehabilitationsmaßnahmen zu begrenzen. In diesem Kontext entfällt der Vorrang stationärer medizinischer Rehabilitationsleistungen vor ambulanten/teilstationären Maßnahmen. Zudem wird festgelegt, dass ein Regelintervall von vier Jahren zwischen medizinischen Rehabilitationen einzuhalten ist, wobei die standardmäßige Dauer dieser Maßnahmen auf drei Wochen verkürzt wird (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009, S. 15; Diehl, 1997). Im Jahr 2001 werden weitreichende Änderungen im Rehabilitationssektor vollzogen. Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) wird von allen WHO-Mitgliedsstaaten als Klassifikation anerkannt. Sie zielt darauf ab, eine klassifizierte Beschreibung von Gesundheit und Behinderung zu ermöglichen, das Verständnis von Gesundheit und Behinderung positiv zu verändern sowie den Inklusionsgedanken zu fördern. Durch eine ganzheitliche Perspektive, die die Wechselwirkungen zwischen physischen, geistigen und sozialen Faktoren einbezieht, wird die Bedeutung von fördernden und hemmenden Umweltfaktoren bei der Entstehung von Behinderungen hervorgehoben (Sievers, 2023, S. 50). Die ICF und ihre Vorgängerversionen haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesetzgebung in Deutschland. Das bisherige RehaAnglG sowie das Schwerbehindertenrecht

werden in das SGB IX überführt. Im Laufe der nächsten Jahre werden in mehreren Stufen weitere Gesetzesänderungen durchgeführt. Insbesondere im psychosozialen Arbeitsbereich bietet die ICF Ansätze für eine Anwendung, die auch die klient*innenbezogene Dokumentation beeinflussen könnte.

Im Jahr 2003 veröffentlichen Mühlum und Gödecker-Geenen die Monografie 'Soziale Arbeit in der Rehabilitation'²⁰. Dies ist bis heute die erste und umfangreichste Abhandlung, welche sich originär mit der beruflichen und medizinischen Rehabilitation auseinandersetzt. Sie widmet sich zum einen der Rehabilitand*innengruppe, benennt Strategien und Handlungskonzepte, beleuchtet Anspruch und Wirklichkeit und nimmt eine Verortung des Handlungsfeldes vor. Zudem ist eine umfangreiche Darstellung des Handlungsfeldes erstmalig auch für eine größere Leserschaft zugänglich. Das Alleinstellungsmerkmal dieser Monografie besteht darin, dass sie von Vertretern der Disziplin Soziale Arbeit verfasst wurde und sich auch gezielt an diese richtet. Der Blick auf das Handlungsfeld und die Rehabilitand*innen erfolgt nicht, wie zuvor üblich, aus der medizinischen Sichtweise heraus, sondern aus der sozialarbeiterischen. Es sei jedoch angemerkt, dass die klient*innenbezogene Dokumentation lediglich am Rande Erwähnung findet, indem auf die Bedeutung von Anamnese und psychosozialer Diagnostik hingewiesen wird, ohne jedoch detailliertere Ausführungen dazu zu liefern. Die Erweiterung des Verständnisses darüber, welche Felder unter den Begriff der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen fallen, manifestiert sich auch 2011 in der Umbenennung der DVSK in die DVSG. Diese Neuausrichtung öffnet die Vereinigung nunmehr für Fachkräfte aus unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern. Dadurch wird das Bewusstsein für einen handlungsfeldübergreifenden Rehabilitationsbereich anerkannt und gestärkt (Reinicke, 2012, S. 31–32). Die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation hat sich in den 1990er Jahren als eigenes Handlungsfeld fest etabliert. Ein Indiz hierfür ist eine quantitative Erhebung von 1991, in der von den 37 beteiligten Rehabilitationskliniken 27 angeben, dass bei ihnen ein Sozialdienst vorhanden sei (Dörschlag, Bönninghaus-John & Müller, 1991, S. 27). In den Vorgaben wird die Etablierung der Profession in der 'Gemeinsame Empfehlung Sozialdienste'²¹ der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) von 2005 deutlich (Weis, 2006). Im selben Jahr wird sie in den Rahmenempfehlungen zur

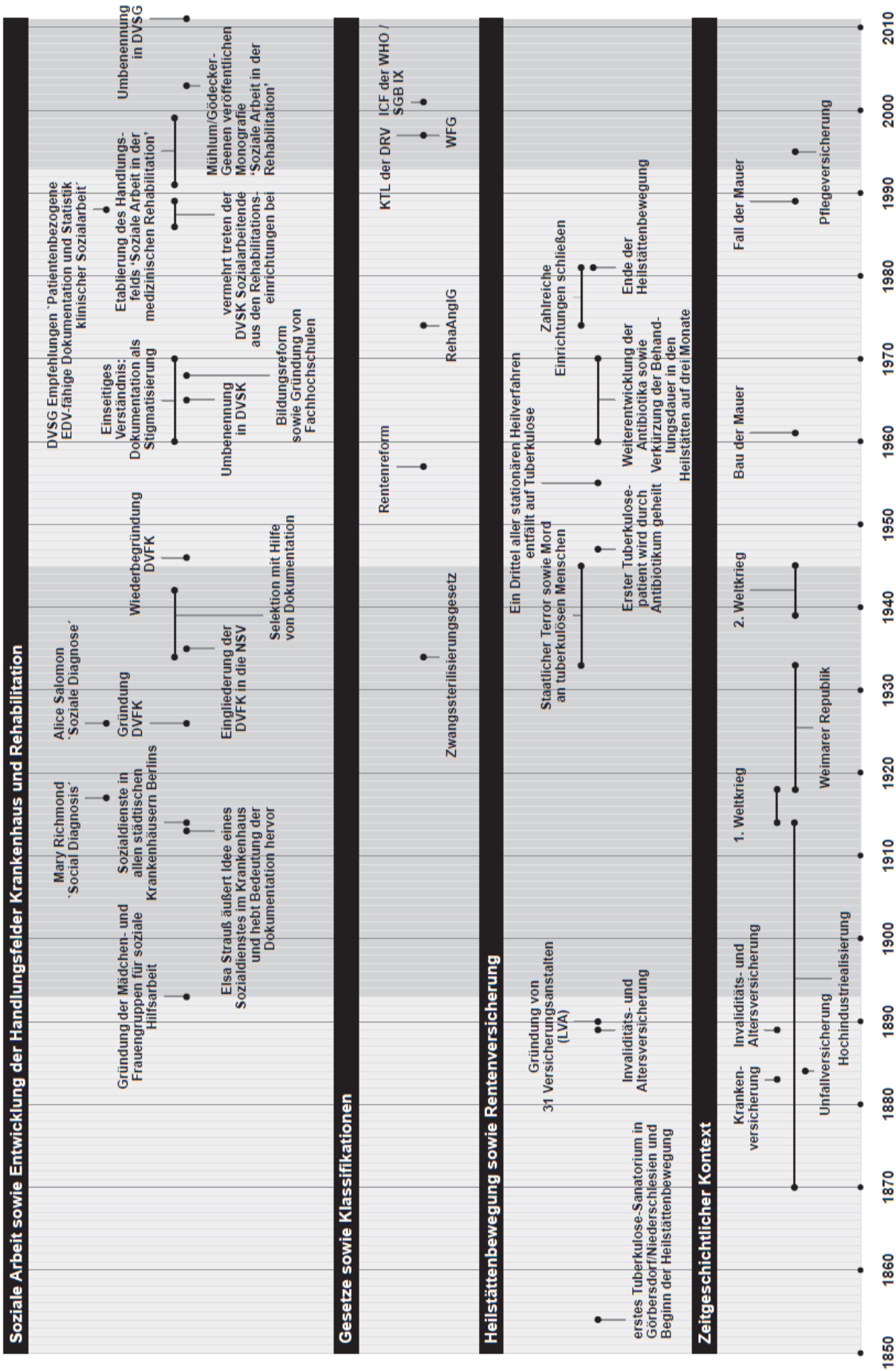
²⁰ Mühlum, A. & Gödecker-Geenen, N. (2003). Soziale Arbeit in der Rehabilitation (UTB, Bd. 2473). München, Stuttgart: Reinhardt; UTB

²¹ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). (2016). Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen. (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“) vom 08. November 2005.

ambulanten kardiologischen Rehabilitation²² als Teil des Reha-Teams benannt. Hinsichtlich der klient*innenbezogenen Dokumentation müssen ab 1997 die Anzahl, Art des Kontaktes (z. B. Einzelgespräch oder Vortrag) sowie das bearbeitete (Haupt-)thema anhand der KTL verschlüsselt werden. Diese vom Kostenträger DRV kommende Vorgabe, eingeführt mit dem Ziel der Qualitätssicherung, ist die erste, welche das Thema Dokumentation berührt und für den Sozialdienst konkrete Auswirkungen hat. Bis einschließlich 2010 existieren keine Hinweise darauf, dass die konkrete Ausgestaltung der Dokumentation des Sozialdienstes – abgesehen von KTL und Digitalisierungsüberlegungen – inner- oder außerhalb der Profession thematisiert oder diskutiert wird.

²² Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2005). Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation. Frankfurt am Main.

Abbildung 1: Historischer Kontext



2.1.5 Schlussfolgerungen

Es kann resümiert werden, dass nach einer zunächst sehr schnellen Entwicklung und Implementierung des Sozialdienstes im Akutkrankenhaus um 1914 eine übergreifende Einführung in Heil- und Kurstätten nicht in gleichem Maße erfolgte. Die bisherigen Untersuchungen lassen darauf schließen, dass es, wenn überhaupt, nur vereinzelt zu Implementierungen in diesen Einrichtungen gekommen ist. Dies ist prägnant, insbesondere vor dem Hintergrund, dass Samter bereits 1904 die Notwendigkeit der Berücksichtigung psychischer und sozialer Problemlagen während einer Heilstättenkur hervorhebt. Auch die frühe Erkenntnis von Vertretern der LVA, dass sich Rehabilitation mittel- und langfristig auszahlt, bleibt folgenlos für die Soziale Arbeit. Während andere Professionen, insbesondere die Medizin den Rehabilitationsbereich originär und selbstverständlich für sich beanspruchen, kann die Soziale Arbeit in der BRD vorerst nicht in den medizinischen Rehabilitationssektor vordringen. Es gelingt ihr nicht das entstehende Vakuum zu füllen oder bereits von anderen Professionen besetzte Themen für sich zu beanspruchen. In der DDR hingegen ist die Fürsorge zwar im medizinischen Rehabilitationssektor vertreten, der Handlungsspielraum der Tätigkeit verbleibt aber überwiegend im Bereich der Kontrolle. Es kann vermutet werden, dass sich dieses Funktions- und Zielverständnis in der klient*innenbezogenen Dokumentation widerspiegelt hat. Gleichwohl handelt es sich um eine These, die bislang nicht erforscht wurde und ein Forschungsdesiderat darstellt.

Bei der Beantwortung der Frage, warum eine Ausweitung der Sozialen Arbeit auf den Rehabilitationsbereich nicht stattfindet, können folgende mögliche Gründe angeführt werden. Die räumliche Lage der Heilstätten befindet sich regelmäßig an Orten, die deutlich außerhalb der städtischen Gebiete lagen. Obwohl Berlin als fortschrittliches Zentrum durch die Gründung von Frauengruppen eine gewisse Strahlkraft besitzt, reicht dieser Einfluss nicht aus, um die peripher gelegenen Sanatorien für Tuberkulosekranke signifikant zu erreichen. Dies gilt übrigens genauso für Hamburg, Frankfurt am Main sowie München, wo ebenfalls Sozialdienste in Krankenhäusern etabliert werden. Die Heilstätten sind häufig in ländlichen Gegenden angesiedelt. Dies erschwert ihre Integration in die städtische Reformbewegung. Die Übernahme von Konzepten und Veränderungen erfordert damals, im Gegensatz zu heute mit den Mitteln der modernen Kommunikation, regelhaft deutlich mehr Zeit. Zudem verändert der Erste Weltkrieg den Lebensalltag zusätzlich erheblich.

Ferner lässt sich vermuten, dass in Akutkrankenhäusern aufgrund der jährlich deutlich höheren Patient*innenzahlen mehr Austausch mit dem Umfeld stattfindet, was indirekt zu einer offeneren Haltung innerhalb der Einrichtungen führen kann. Im Gegensatz dazu sind die stationären Einrichtungen für Tuberkulosepatienten aufgrund der Infektionsgefahr häufig isoliert. Besuche sind in der Regel nicht gestattet, und die Versorgung erfolgt oft autark durch eigene landwirtschaftliche Betriebe. Der Austausch mit Personen außerhalb der Heilstätten ist folglich deutlich reduziert. Wenn dieser Gedanke fortgeführt wird, hätte die Implementierung eines Sozialdienstes in Heilstätten vermutlich von den bereits vorhandenen Strukturen der Einrichtung ausgehen müssen. Dafür wäre es erforderlich gewesen, dass Vertreter anderer Berufsgruppen, insbesondere aus der Medizin, sich für die Belange dieses zu jener Zeit noch sehr jungen Berufsbildes einsetzen. Ein vermutlich verstärkender Aspekt ist die vorherrschende Geschlechterverteilung. Die Medizin wird überwiegend von Männern dominiert, da Frauen in Deutschland erst ab 1900 vereinzelt Zugang zum Medizinstudium erhalten. Die Fürsorgetätigkeiten sind hingegen stark von Frauen geprägt und werden regelhaft von sogenannten höheren Töchtern ausgeübt. Diese Machtverhältnisse verhindern die Implementierung von Sozialdiensten in Heilstätten erheblich, da die männlich dominierte Medizin wenig Interesse daran hat, die Belange der in der Regel weiblichen Fürsorgearbeit zu unterstützen und zu fördern. Zudem ist unklar, von welcher Seite ein entsprechender Impuls hätte ausgehen sollen.

Während des Nationalsozialismus und des Zweiten Weltkriegs orientiert sich die Fürsorgearbeit im Krankenhaus stark an der Medizin und dem vorherrschenden Leitgedanken der Volksgesundheit. Darüber hinaus ist die wirtschaftliche Situation der Heilstätten nach dem Zweiten Weltkrieg desaströs; häufig werden diese in Lazarette umgewandelt, und es mangelt, wie überall, an Energie und Lebensmitteln. Eine Ausdehnung, der nun schon etablierten Krankenhausfürsorge, auf den Rehabilitationsbereich findet, zumindest auf dem Gebiet der BRD, erneut nicht statt.

Erst mit der Verabschiedung des RehaAnglG im Jahr 1974 sowie dem kontinuierlichen Rückgang der Tuberkuloseinzidenz gelingt es der Sozialen Arbeit, schrittweise in stationären Einrichtungen Fuß zu fassen. Um die drohende Schließung dieser Einrichtungen abzuwenden, wird es notwendig, sich auf andere Indikationen einzustellen oder diese vollständig zu übernehmen. Dies erfordert eine grundlegende Neuausrichtung und Öffnung der zuvor eher isolierten Einrichtungen. Gestützt durch ein differenzierteres Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Behinderung sowie durch die Verankerung des Rehabilitationsgedankens im Gesetz, kann sich

in den 1990er Jahren eine emanzipatorische Abgrenzung der Sozialen Arbeit vom Akutkrankenhaus vollziehen und die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation etablieren.

Bei genauerer Betrachtung der verschiedenen Entwicklungslinien wird jedoch deutlich, dass sich die enge Bindung und Orientierung der Sozialen Arbeit an der Medizin als Bezugswissenschaft in der Vergangenheit als nachteilig erwiesen hat. Besonders hervorzuheben ist hierbei die frühe und nicht hinterfragte Übernahme rassehygienischer Erklärungen für soziale Probleme. Eine kritische Auseinandersetzung hiermit bleibt, ebenso wie in anderen Berufs- und Gesellschaftsbereichen, lange aus. Die im Nationalsozialismus entstandene Orientierung an der Medizin, kann in den folgenden Jahrzehnten nicht mehr abgelegt werden. Durch die Verabschiedung neuer Gesetze erfolgen Anstöße von außen, woraufhin sich die Soziale Arbeit als Reaktion hierauf weiterentwickelt bzw. weiter ins Handlungsfeld vordringt. Vermisst wird hierbei jedoch eine innovativ agierende Soziale Arbeit, welche vorhandene oder auch neue entstehende Abhängigkeiten zur Medizin kritisch hinterfragt und neue Ideen und Konzepte sowie Umgangswege hierzu anbietet. Der gesellschaftliche Auftrag der Medizin ist hinlänglich bekannt, während die Geschichte der professionell ausgeübten Sozialen Arbeit vergleichsweise jung ist und die des Handlungsfeldes der medizinischen Rehabilitation noch jünger. Innerhalb dieses Handlungsfeldes ist auch die Rolle der Rentenversicherung zu berücksichtigen, die sicherstellt, dass Mediziner*innen die Leitung und Koordination der medizinischen Rehabilitation in den Einrichtungen regelhaft übernehmen. Die innerorganisationale Zusammenarbeit zwischen Angehörigen der Medizin und der Sozialen Arbeit kann als normalisierte Hierarchie²³ beschrieben werden, die sich einerseits historisch entwickelt hat und andererseits durch die Rentenversicherung gestützt wird.

Die klient*innenbezogene Dokumentation wurde in der Entwicklungsgeschichte bislang weitgehend in ihrer Bedeutung unterschätzt und somit kaum thematisiert. Eine verheerende Ausnahme stellt die Zeit des Nationalsozialismus dar, in der die Dokumentation als ein Werkzeug zur Kategorisierung und Vernichtung 'unwerten Lebens' wurde. Aufgrund der langen fehlenden Aufarbeitung von Verantwortlichkeiten und Verbrechen in dieser Zeit konnten keine sich

²³ Der Begriff wird erstmalig in einer Erhebung in der Kinder- und Jugendhilfe verwendet. Siehe: Buchna, J., Coelen, T., Dollinger, B. & Rother, P. (2016). Normalisierte Hierarchie in Ganztagsgrundschulen. Empirische Befunde zur innerorganisationalen Zusammenarbeit von Lehrkräften und weiterem pädagogisch tätigem Personal. ZSE Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 36.(3), 281–297.

aus der Sozialen Arbeit heraus entwickelnden Impulse gesetzt werden. Es sind keine historischen Quellen bekannt die belegen würden, dass die klient*innenbezogene Dokumentation im Akutkrankenhaus im Nachgang pausierte. Von daher muss davon ausgegangen werden, dass auch nach 1945 eine Dokumentation stattfand. Einzelne, wenige Veröffentlichungen setzen sich mit Teilaspekten der Thematik, wie beispielsweise der Anamnese oder der Digitalisierung von Inhalten in der aufkommenden elektronischen Datenverarbeitung auseinander. In der Entwicklungslinie der Sozialen Arbeit im Akutkrankenhaus zeigt sich jedoch bei genauerer Analyse, dass weder in der Vergangenheit noch in der Gegenwart ein tiefgreifender Diskurs oder eine Auseinandersetzung mit der Bedeutung der Verschriftlichung des eigenen Handelns stattgefunden hat. Vielmehr geben die DRV mit der KTL sowie die GKV mit dem Abrechnungssystem der DRG (Diagnosis Related Groups) den Rahmen vor, in dem sich die Soziale Arbeit mit ihrer klient*innenbezogenen Dokumentation bewegt.

2.2 Medizinische Rehabilitation

Die Herkunft des Wortes ‘Rehabilitation’ liegt im (Mittel-)Lateinischen. Es besteht aus den Wörtern ‘re’, was ‘wieder’ bedeutet, und ‘habilitare’, was ‘befähigen’ bedeutet. ‘Rehabilitation’ bezieht sich also auf das Wiederbefähigen. Es geht darum, Personen, die von einer Krankheit, einem Unfall und/oder einer Behinderung betroffen sind, dabei zu helfen, ihre körperlichen, geistigen, beruflichen und/oder sozialen Fähigkeiten wiederzuerlangen oder zu verbessern, um ihre subjektive Lebensqualität zu erhöhen und ihnen zu helfen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V., 2020). Die Ziele der Selbstbestimmung und der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sind in § 1 SGB IX verankert. Die Rehabilitation umfasst sämtliche Aspekte der funktionalen Gesundheit, wobei sie die Aufrechterhaltung, Wiederherstellung oder Förderung von Aktivität und Teilhabe sowie die Minderung von Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -strukturen beinhaltet. Sie verfolgt daher das Ziel, potenzielle Behinderungen zu verhindern oder bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen zu verringern. Ihre Aufgabe ist es, Unterstützung für Personen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen bereitzustellen, um ihnen zu helfen, die Krankheit und deren Konsequenzen zu bewältigen und ein möglichst umfangreiches und selbständiges Leben im Alltag, in der Familie, im Beruf und in der Gesellschaft zu führen (Morfeld, Koch, Bergelt & Mehnert, 2016, 915). In der Alltagssprache wird das Wort Rehabilitation häufig synonym zum Begriff Kur verwendet. Dies ist jedoch auf mehreren Ebenen nicht (mehr) korrekt. Bei

einer Kur steht der Präventionsgedanke im Vordergrund. Die Begriffe Trinkkuren, Badekuren und ähnliches legen dies bereits nahe. Eine Kur dient der Prävention zweiter Ordnung, während die Rehabilitation in der dritten Präventionskategorie eingeordnet werden kann (Habermann-Horstmeier & Lippke, 2021, S. 52; Hauner, 2023, S. 30). Die Unterscheidung zwischen Kurmaßnahme und medizinischer Rehabilitation zeigt sich zudem in der Art und Weise, wie mit der Zielgruppe gearbeitet wird. Hierbei ist der Grad der aktiven Beteiligung am Behandlungsprozess ein deutlicher Indikator. Kurmaßnahmen verfolgen in der Regel einen passiveren Ansatz, bei dem die Behandlungen überwiegend vom Gesundheitspersonal durchgeführt werden, ohne dass von den Teilnehmenden eine aktive Mitwirkung erwartet wird (z. B. die Anwendung von Moorpackungen oder die Durchführung von Massagen). In der medizinischen Rehabilitation hingegen steht die Aktivität der Rehabilitand*innen im Fokus. Dies beinhaltet auch die Vermittlung von Fähigkeiten und Wissen bezüglich der eigenen Krankheitsbewältigung. In der medizinischen Rehabilitation gehören unter anderem Physiotherapie, Ergotherapie und sporttherapeutische Maßnahmen zum Angebot. Ziel ist es hierbei, die physische und kognitive Funktionsfähigkeit zu stärken (Hauner, 2023, S. 13–26). Die einst humorvolle Redewendung ‘morgens Fango, abends Tango’ ist überholt. Sie entspricht nicht mehr dem modernen Rehabilitationsgedanken.

Im Folgenden werden die wesentlichen Inhalte der medizinischen Rehabilitation behandelt. Zunächst wird der rechtliche Rahmen erläutert, gefolgt von den unterschiedlichen Antragsverfahren. Es wird ferner zwischen ambulanten und stationären Rehabilitationsformen unterschieden. Zudem wird die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation beleuchtet, die spezifischen Rehabilitationsziele dargestellt und abschließend auf die Nachsorge eingegangen.

2.2.1 Rechtliche Grundlagen und Antragsverfahren

Das regulatorische Fundament für die medizinische Rehabilitation ist in Bundesgesetzen, Richtlinien und rechtsverbindlichen Verträgen verankert, welche im Folgenden näher erläutert werden.

Das SGB IX bildet die zentrale Grundlage für die rechtlichen Regelungen im Bereich der Rehabilitation. In § 1 SGB IX ist formuliert, dass Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen erhalten „um ihre Selbstbestimmung und ihre volle,

wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“ (§ 1 SGB IX). In § 6 Abs. 1 SGB IX werden die Träger einer Rehabilitationsmaßnahme benannt. Welcher dieser Träger letztlich zuständig ist, wird nach der persönlichen/gesundheitlichen Situation sowie nach versicherungsrechtlichen Vorgaben entschieden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2018, S. 185). Ohne zu detailliert zu werden, können folgende Rehabilitationsträger unterschieden werden.

- Die gesetzlichen Krankenkassen,
- die Bundesagentur für Arbeit,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Träger der Alterssicherung der Landwirte,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie
- die Träger der Eingliederungshilfe.

Die Rehabilitationsträger schließen Verträge mit den Leistungserbringern, dies sind Rehabilitationsdienste und Rehabilitationseinrichtungen (vgl. §§ 28, 36, 38 SGB IX) (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., n. d.). Die zu erbringenden Leistungen, können in Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung, zur sozialen Teilhabe sowie in unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen unterschieden werden (§ 5 SGB IX).

Der Fokus liegt, der Thematik der Arbeit folgend, auf der medizinischen Rehabilitation sowie den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung. Im SGB VI ist verankert, dass die GRV für die Rehabilitation von Rentenversicherten zuständig ist, um deren Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, zu verbessern oder zu erhalten. Die medizinische Rehabilitation verfolgt vor allem das Ziel, eine positive Wirkung auf bestehende oder drohende Behinderungen sowie chronische Krankheiten zu erzielen. Sie konzentriert sich nicht nur auf die Verbesserung des Gesundheitszustands von Personen, sondern auch darauf, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder zu steigern und die Pflegebedürftigkeit zu verringern oder sogar zu verhindern (vgl. § 42 Abs. 1 SGB IX). Um diese Ziele zu erreichen, kann eine Reihe von medizinischen Dienstleistungen in Anspruch

genommen werden, einschließlich, aber nicht beschränkt auf, ärztliche Behandlung, heilmitteltherapeutische Versorgung, digitale Gesundheitsanwendungen, Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie psychologische Psychotherapie (vgl. § 42 Abs. 2 SGB IX). In § 42 Abs. 3 SGB IX ist festgelegt, dass auch psychologische sowie pädagogische Leistungen, soweit sie zur Zielerreichung notwendig sind, in der medizinischen Rehabilitation enthalten sind. „Solche Leistungen sind insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. die Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, wenn die Leistungsberechtigten dem zustimmen,
4. die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. das Training lebenspraktischer Fähigkeiten sowie
7. die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation“ (§ 42 Abs. 3 SGB IX).

Bei den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung kann zwischen den Bundesträgern Deutsche Rentenversicherung Bund²⁴, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sowie den Regionalträgern²⁵ der Deutschen Rentenversicherung (§ 125 SGB VI) unterschieden werden. Die Zuteilung, also welche Person welchem Bundesträger zugewiesen wird, erfolgt seit 2005 nicht mehr danach, ob es sich um Angestellte, Arbeiter*innen, Handwerker*innen oder Personen aus den Bereichen Bergbau oder Schifffahrt handelt, sondern in einem sogenanntem Ausgleichsverfahren mit dem Ziel, dass die vorherige statusabhängige Zuordnung langfristig aufgehoben wird (§ 274c SGB VI; Kubowicz, Ruder & See, 2023, S. 35).

Jenseits der zwölf Sozialgesetzbücher gibt es weitere rechtliche Rahmungen, in denen der Sozialdienst interagiert. Eine hiervon ist die UN- Konvention zum Schutz und zur Förderung der

²⁴ Bis Ende September 2005 hieß sie Bundesversicherung für Angestellte (BfA).

²⁵ Bis Ende September 2005 hießen diese Landesversicherungsanstalten (LVA). Heute zählen hierunter: DRV Baden-Württemberg, DRV Bayern-Süd, DRV Berlin-Brandenburg, DRV Braunschweig-Hannover, DRV Hessen, DRV Mitteldeutschland, DRV Nord, DRV Nordbayern, DRV Oldenburg-Bremen, DRV Rheinland, DRV Rheinland-Pfalz, DRV Saarland, DRV Schwaben, DRV Westfalen.

Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK), welche 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurde. Deutschland unterzeichnete diese Konvention am 30. März 2007 und ratifizierte sie am 21. Dezember 2008. Seit dem 26. März 2009 gilt die UN-BRK in Deutschland und hat den Rang eines einfachen Bundesgesetzes (Goldbach, 2019, S. 120). Fortan stellt sie eine signifikante Richtschnur für die Politikgestaltung bezüglich der Belange von Menschen mit Behinderungen dar. In Anlehnung an das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) betonte bio-psycho-soziale Verständnis, betrachtet die UN-BRK eine Behinderung nicht als charakteristisches Merkmal oder Eigenschaft einer Einzelperson. Vielmehr versteht sie Behinderung als Ergebnis einer gegenseitigen Beziehung zwischen einer Einzelperson und der Gesellschaft, in der fördernde oder hindernde Bedingungen interagieren. Die Ratifizierung der UN-BRK untermauert und beschleunigt den Paradigmenwandel hin zur erweiterten Selbstbestimmung und umfangreicherer Integration von Menschen mit Behinderung. Insbesondere die Artikel 25 sowie 26 der UN-BRK befassen sich mit den Themen Gesundheit sowie Habilitation²⁶ und Rehabilitation. Die UN-BRK zielt eher auf den Begriff der gesundheitlichen Rehabilitation ab, anstatt den der medizinischen Rehabilitation zu nutzen. Hierbei werden keine konkrete Berufsgruppen genannt, jedoch betont, dass eine multi-disziplinäre Bewertung stattfinden sollte (Vereinte Nationen, 2018). Goldbach fasst zusammen, dass in der UN-BRK keine Leitprofession in den Bereichen der Habilitation und Rehabilitation vorgesehen ist (Goldbach, 2019, S. 124–125; Vereinte Nationen, 2018).

Zusätzlich zu den bereits erörterten gesetzlichen Bestimmungen können auch untergesetzliche Regelungen von Bedeutung sein, wie Verordnungen, Richtlinien, Rahmenverträge²⁷ oder auch gemeinsame Empfehlungen der Rehabilitationsträger. Der Gesetzgeber hat im Besonderen den Rehabilitationsträgern die Pflicht zugewiesen, zu kooperieren, zu koordinieren und bei der Leistungserbringung zusammenzuwirken. In diesem Sinne werden von der BAR ‘Gemeinsame Empfehlungen’²⁸ für bestimmte Sektoren formuliert (§ 26 SGB IX) und dienen dazu, eine präzisere Auslegung und Umsetzung von gesetzlichen Vorgaben in einer trägerübergreifenden Perspektive zu fördern. Das rechtliche Verhältnis zwischen Rehabilitationsträgern, Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (Leistungserbringer) sowie den Rehabilitand*innen

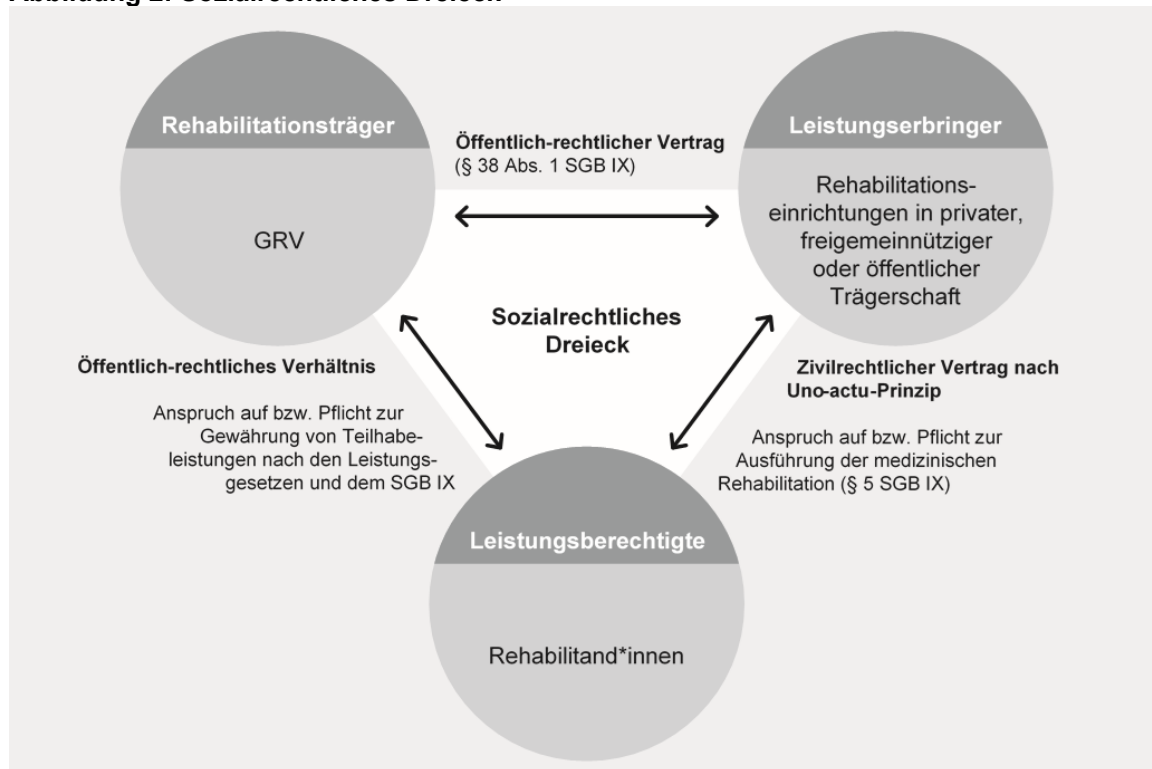
²⁶ Hier im Sinne des Erlernens neuer Fähigkeiten.

²⁷ Unter anderem: Rahmenvertrag zum Entlassmanagement von stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 40 Abs. 2 Satz 6, 41 Abs. 1 Satz 4 in Verbindung mit 39 Abs. 1a SGB V für Rehabilitanden der gesetzlichen Krankenversicherung (Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha) vom 01.02.2019

²⁸ Beispielhaft können hier angeführt werden: ‘Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung’, ‘Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess’, ‘Gemeinsame Empfehlung Sozialdienste’, ‘Gemeinsame Empfehlung Selbsthilfe’.

(Leistungsberechtigte) ist geprägt durch verschiedene Rollen und Wechselbeziehungen, welche sich wiederum auf die Arbeit des Sozialdienstes auswirken können. Diese Rollen und Wechselbeziehungen lassen sich im sozialrechtlichen Dreieck vereinfacht darstellen.

Abbildung 2: Sozialrechtliches Dreieck



Vereinfachte Darstellung. Angepasst nach (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., n. d., S. 7)

Nach § 28 SGB IX können die Träger der GRV Leistungen zur Teilhabe sowohl allein, gemeinsam als auch „unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen nach § 36“ (§ 28 Abs. 1 Satz 3 SGB IX) erbringen. Die DRV betreibt derzeit rund 102 eigene Rehabilitationseinrichtungen (Deutsche Rentenversicherung, 2024). Darüber hinaus schließt die GRV nach § 38 Abs. 1 SGB IX Verträge mit weiteren Leistungserbringern ab. In diesen werden die Leistungen, die Anforderungen an die Qualität sowie Vergütungen festgelegt. Mit dem Leistungsberechtigten, also den Rehabilitand*innen gehen die Rehabilitationseinrichtungen einen zivilrechtlichen Vertrag ein. Der Vertrag verpflichtet die Einrichtungen dazu, diejenigen Leistungen durchzuführen, auf die die leistungsberechtigte Person einen Anspruch gegenüber dem Rehabilitationsanbieter hat (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., n. d., S. 6–7). Die Leistungserfüllung zwischen Rehabilitand*innen und Rehabilitationseinrichtung erfolgt regelmäßig nach dem Uno-actu-Prinzip. Das bedeutet, dass sozialarbeiterische und medizinische

Dienstleistungen koproduktiv erbracht werden - die Leistungserbringung und Inanspruchnahme erfolgen zeitgleich.

Nachdem die rechtlichen Grundlagen und die beteiligten Rehabilitationsträger dargelegt wurden, ist es nun wichtig, den Prozess der Antragsstellung einer medizinischen Rehabilitation zu betrachten. Hierbei kann zwischen einem regulären und einem Direkteinleitungsverfahren unterschieden werden. Zunächst wird das reguläre Verfahren erläutert:

Wird eine medizinische Rehabilitation benötigt²⁹, stellt die versicherte Person einen Antrag bei ihrem zuständigen Träger der GRV. Hierbei ist regelhaft das Formular G0100 zu verwenden. Sollte die Person einen falschen Adressaten gewählt haben, ist dieser nach § 16 SGB I dazu verpflichtet, den Antrag unverzüglich an die zuständige Stelle weiterzuleiten. Eine medizinische Rehabilitation auf Antrag kann regelkonform alle vier Jahre erfolgen, wenn die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind (§ 40 Abs. 3 SGB V). Wenn der Antrag gestellt wird, gibt es grundsätzlich zwei Ebenen, auf denen eine Prüfung durch die GRV stattfindet: die sozialversicherungsrechtliche sowie die persönliche/gesundheitliche. Zunächst wird geprüft, ob ein Rentenkonto von der antragstellenden Person vorhanden ist. Wenn dies zutrifft, muss eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung müssen mindestens sechs Kalendermonate lang Pflichtbeiträge für eine versicherte Tätigkeit/Beschäftigung eingezahlt worden sein oder
- nach der Ausbildung muss innerhalb von zwei Jahren eine Beschäftigung oder versicherungsrechtliche Tätigkeit aufgenommen und bis zur Antragstellung ausgeübt worden sein oder
- die antragstellende Person ist bereits erwerbsgemindert oder es droht eine Erwerbsminderung einzutreten und es liegt bereits eine Mindestversicherungszeit von fünf Jahren vor (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022c, S. 21–22).

Eine Kostenübernahme von Seiten der GRV ist ebenfalls möglich, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits eine Mindestversicherungslaufzeit von 15 Jahren vorliegt oder eine

²⁹ Diese Antragsform wird bei der GRV und teilweise in der Literatur auch als Medizinische Reha auf Antrag (MRA) bezeichnet. Hierdurch ist eine Abgrenzung zu anderen Antragsformen, wie zum Beispiel der Anschlussheilbehandlung (AHB) möglich.

volle/teilweise Erwerbsminderungsrente oder eine Hinterbliebenenrente wegen Erwerbsminderung bereits von der GRV gezahlt wird (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022c, S. 21–22). Nach der von der GRV erfolgten Prüfung der sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen findet, zumindest wenn die Erstere eine Zuständigkeit ergeben hat, die Prüfung der gesundheitlichen Voraussetzungen statt. Hierbei kann zwischen der Rehabilitationsbedürftigkeit, der Rehabilitationsfähigkeit sowie der Rehabilitationsprognose unterschieden werden (Morfeld et al., 2016, 919). Kurz gefasst ist laut § 10 SGB VI die persönliche Voraussetzung für eine Rehabilitationsbedürftigkeit erfüllt, wenn die Erwerbsfähigkeit aufgrund von Krankheit oder Behinderung signifikant gefährdet oder reduziert ist. Im Gegensatz zur GKV zielen die Rehabilitationsziele der GRV nicht ausschließlich darauf ab, Krankheitsbeschwerden zu lindern und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Bei der GRV steht vielmehr die (Wieder-)herstellung beziehungsweise Erhaltung der Erwerbsfähigkeit im Mittelpunkt der Bemühungen. Hierbei gilt der bekannte Merksatz ‘Reha vor Rente’³⁰ regelhaft (§ 9 SGB VI) und zeugt gleichzeitig von dem präventiven Charakter der Gesetzgebung (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009, S. 10–11). „Die Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation, d. h. er muss in der Lage sein, das Angebot aktiver und passiver therapeutischer Leistungen wahrnehmen zu können“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009, S. 20). Diese sozialmedizinische Beurteilung in der Praxis zu fällen, kann durchaus Herausforderungen mit sich bringen. Je nach Art der angestrebten medizinischen Rehabilitation wird dieses Urteil regelhaft von ärztlichem Personal getroffen. Insbesondere dann, wenn eine Rehabilitation direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt beginnen soll, kann aber auch der Sozialdienst des jeweiligen Akutkrankenhauses beteiligt sein. In erster Linie dann, wenn dieser zur Aufnahme einer Anschlussrehabilitation anregt, den erforderlichen sozialrechtlichen Prozess begleitet sowie die Erkenntnisse aus Beratungsgesprächen mit einfließen lässt. Ob eine Person rehabilitationsfähig ist, hängt auch von der Indikation ab, so werden beispielsweise die Zugangsvoraussetzungen für eine neurologische oder auch geriatrische Rehabilitation deutlich tiefer angesetzt als dies beispielsweise in der Kardiologie der Fall ist. Die Erfolgsaussichten der Maßnahme werden durch die medizinisch begründete Rehabilitationsprognose bewertet. Dabei spielen zwei wesentliche Aspekte eine Rolle. Zum einen ist zu prüfen, ob die medizinische Rehabilitation dazu geeignet ist, po-

³⁰ Die DRV Bund weist in einer anderen Veröffentlichung darauf hin, dass Tumorerkrankungen und Kinderrehabilitationen von diesem Merksatz ausgenommen seien (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022d, S. 40).

tenzielle oder bestehende Beeinträchtigungen zu verhindern oder zu reduzieren. Die Wahrscheinlichkeit einer (Wieder-)Herstellung oder Sicherung der Erwerbsfähigkeit sollte dabei über 50 % liegen. Zum anderen ist zu hinterfragen, ob dieses Ziel in absehbarer Zeit auch erreicht werden kann, wenn das Rehabilitationsprogramm sparsam eingesetzt wird (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2021, S. 17; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009, S. 20–21; Hauner, 2023, S. 51).

Im Jahr 2021 wurden circa 1,4 Millionen Anträge auf eine medizinische Rehabilitation gestellt und 70,0 Prozent hiervon genehmigt, 9,0 Prozent wurden an einen anderen Träger weitergeleitet und 21,0 Prozent abgelehnt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022d, S. 40). Sollte die GRV bei Prüfung feststellen, dass nicht sie, sondern ein anderer Träger zuständig ist, muss sie den Antrag innerhalb von zwei Wochen nach Eingang an diesen weiterleiten. Geschieht dies nicht, ist die GRV zur Kostenträgerschaft verpflichtet (§ 14 SGB IX). Wenn die Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation erfüllt sind, ist die GRV bei ihrer Zuweisung dazu verpflichtet, nach § 8 SGB IX das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten zu berücksichtigen. Wenn keine Wünsche genannt werden, schlägt die GRV verschiedene Einrichtungen vor und die Person kann sich dann hieraus eine aussuchen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022d, S. 15). Im Unterschied hierzu, wird nun das Direkteinleitungsverfahren erläutert.

Unter der AHB (Anschlussheilbehandlung), dieser Begriff wird regelhaft von der DRV Bund verwendet, wird ein besonderes Direkteinleitungsverfahren für eine medizinische Rehabilitation verstanden. In der Praxis bedeutet dies, dass Mediziner*innen sowie der Sozialdienst im Akutkrankenhaus, Patient*innen direkt von dort in die Rehabilitationseinrichtung überweisen dürfen. Der Vorteil hierbei ist, dass eine Bewilligung der Maßnahme durch die DRV Bund nicht abgewartet werden muss, sondern die medizinische Rehabilitation direkt beginnen kann. Sollte sich im Nachhinein herausstellen, dass die DRV Bund nicht als Kostenträger zuständig war, werden die Kosten von der jeweiligen GKV der rehabilitierten Person übernommen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023d, S. 13). Die Einleitung einer AHB ist immer dann möglich, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist und der Wechsel in eine von der DRV Bund zugelassene AHB-Einrichtung innerhalb von 14 Tagen stattfindet. Diese Nahtlosigkeit der aufeinanderfolgenden Behandlungsschritte ist eines der wichtigsten Merkmale dieses Verfahrens. Darüber hinaus ist ausschlaggebend, welche akute Erkrankung im Krankenhaus behandelt wurde (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023d, S. 9–12). Im sogenannten

AHB-Indikationskatalog der DRV Bund werden alle operativen Eingriffe sowie Erkrankungen aufgezählt, bei denen das Direkteinleitungsverfahren angewandt werden kann. Zugleich enthält dieser eine Auflistung und nähere Informationen zu allen Einrichtungen, welche für das Direkteinweisungsverfahren zugelassen sind (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2017c). Der Anteil der AHB und AR (Anschlussrehabilitation) an allen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation lag im Jahr 2021 bei 37,0 Prozent (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022d, S. 42). Die AR und AGM (Anschlussgesundheitsmaßnahme) unterscheiden sich nur geringfügig von dem vorherig beschriebenen direkten Einweisungsverfahren. Die Anschlussgesundheitsmaßnahme, die von der DRV Bund angeboten wird, ist äquivalent zur Anschlussrehabilitation, die von anderen Rentenversicherungsträgern bereitgestellt wird. Sie kommt in der Regel dann zur Anwendung, wenn die Zugangsvoraussetzungen während des Aufenthalts im Akutkrankenhaus nicht vollumfänglich geklärt werden konnten oder wenn eine Direkteinweisung nicht möglich ist. Dies betrifft beispielsweise privat krankenversicherte Personen oder solche ohne Krankenversicherungsschutz. Ebenfalls denkbar ist, dass eine Wunde noch verheilen muss und somit die 14tägige Frist der AHB überschritten wird. Es findet somit eine (kurze) Prüfung der medizinischen und sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen statt. Hervorzuheben ist hierbei, dass der AHB-Indikationskatalog auch bei der AR und der AGM seine Gültigkeit behält. Um den Unterschied zu verdeutlichen, könnte man sagen, dass bei der AHB ein Direkteinleitungsverfahren zum Tragen kommt, im Gegensatz dazu arbeiten AR und AGM jedoch mit einem Schnelleinleitungsverfahren. Neben dieser Differenz im administrativen Verfahren existieren keine weiteren Diskrepanzen bezüglich der Durchführung der medizinischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2021e, S. 20)

Bei AHB-, AR- oder AGM-Rehabilitand*innen stehen häufig akute Themen, wie zum Beispiel die Sicherung der finanziellen Situation während und nach der Maßnahme sowie die Verarbeitung des Krankheitsgeschehens im Mittelpunkt der Beratungsarbeit des Sozialdienstes. Dieser Bedarf resultiert aus der Situation heraus, dass diese Gruppe keine bzw. nur wenig Zeit oder auch Möglichkeiten hatte sich vor Antritt der Rehabilitation umfassend zu informieren (Knoop & Meyer, 2019).

2.2.2 Ambulante und stationäre Rehabilitation

Seit 1997 wird für ausgewählte Indikationen die ganztägige ambulante³¹ Rehabilitation angeboten. Eine ambulante Maßnahme zeichnet sich dadurch aus, dass die Person weiterhin in der eigenen Häuslichkeit schläft, aber von morgens bis zum späten Nachmittag in der Einrichtung verbleibt, dort Mahlzeiten zu sich nimmt sowie Therapien absolviert. Das Wochenende wird ebenfalls zu Hause verbracht (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2021, S. 15–16). Bürger und Buschmann-Steinhage beschreiben die ambulante Rehabilitation prägnant mit der Kurzformel „stationäre Rehabilitation minus Hotelleistungen“ (Bürger & Buschmann-Steinhage, 2000, S. 145). Die Gleichwertigkeit der Behandlungserfolge, stationär versus ambulant, wurde wissenschaftlich nachgewiesen. Der Anteil ambulanter Maßnahmen an der Gesamtzahl erbrachter Leistungen steigt seitdem langsam, aber kontinuierlich an und liegt 2021 bei 16,0 Prozent (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022d, S. 41). Bei der Entscheidung über die Durchführungsart werden von der GRV die folgenden Auswahlkriterien zugrunde gelegt:

- Erkrankung/Behandlung/Indikation,
- Region/Sozialraum sowie
- der Kontext (rehabilitative Vorerfahrungen, subjektive Belastung der antragstellenden Person) (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2021, S. 16).

Bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme hat die zu rehabilitierende Person ihr eigenes Zimmer und verbringt den gesamten bewilligten Zeitraum in der Einrichtung bzw. bei außerhäuslichen (Freizeit-)Aktivitäten im nahen Umfeld (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2021, S. 15–16).

Es ist davon auszugehen, dass sowohl ambulante als auch stationäre Rehabilitand*innen grundsätzlich die gleichen Möglichkeiten haben, Kontakt zum Sozialdienst aufzunehmen bzw. diesen ‘verordnet’ zu bekommen. In der Literatur werden keine strukturellen Hindernisse, weder übergreifende noch innerhalb der einzelnen Einrichtungen, beschrieben. Auf den ersten Blick macht es für die Arbeit des Sozialdienstes regelhaft keinen Unterschied, ob die zu beratenden Personen eine ambulante oder stationäre Rehabilitation bewilligt bekommen haben. Bei näherer Betrachtung hingegen können die äußeren Rahmenbedingungen selbstverständlich auch auf Be-

³¹ Je nach Literatur wird die ambulante Rehabilitation auch als teilstationär bezeichnet. Diese Begriffe können als synonym und gleichwertig betrachtet werden. Zu beachten ist hierbei, dass mit dem Terminus der mobilen Rehabilitation regelhaft eine Leistung nach § 40 SGB V der GKV beschrieben wird und dieser Begriff somit im weiteren Verlauf nicht weiter berücksichtigt wird.

ratungsinhalte einwirken. So ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass bei ambulanter/wohnnaher medizinischer Rehabilitation, die Sozialdienstmitarbeitenden über fundiertere Kenntnisse des örtlichen Gemeinwesens verfügen. Beispielsweise kann dies die Nachsorge beeinflussen, indem gezielter Selbsthilfegruppen³² vorgeschlagen werden können und die weiterführenden Informationen von der Person, die rehabilitiert wird, als spezifischer und näher an ihrer eigenen Lebenswelt wahrgenommen werden können. Grundsätzlich ist von einer besseren Vernetzung im örtlichen Gemeinwesen auszugehen. Ein weiterer Aspekt ist, dass ambulante Rehabilitand*innen erhaltene bzw. erarbeitete psychoedukative Verhaltensempfehlungen schneller in ihrem individuellen Alltag implementieren können. Dadurch besteht die Möglichkeit, auftretende Schwierigkeiten eher in der Beratung zu thematisieren. Auch auf die eigenen Versicherungsunterlagen, wie sie häufig zur Antragstellung diverser Hilfen (Übergangsgeld, Grad der Behinderung etc.) notwendig sind, können Personen mit einer ambulanten Maßnahme schneller und unkomplizierter zugreifen. Bei alleinlebenden Rehabilitand*innen, welche stationär aufgenommen werden, kann dies eine durchaus belastende Barriere darstellen, da nicht immer bei Maßnahmebeginn die Möglichkeit besteht bzw. daran gedacht wird, die notwendigen Unterlagen mitzunehmen. Das stationäre Setting kann ebenfalls die Inhalte der Beratung beeinflussen. Dies kann der Fall sein, wenn die vorübergehende Abwesenheit vom Alltag die notwendige Distanzierung und Reflexionsfähigkeit schafft bzw. fördert und Personen hierdurch mehr Zeit für ihre persönlichen Belange zur Verfügung haben. Insbesondere für Personen mit Erziehungs- und/oder Pflegeverantwortung kann dies unterstützend sein. Es wird möglich, sich ohne den häufigen Zeitdruck mit der eigenen Gesundheit und den hiermit verbundenen Themen auseinanderzusetzen und es besteht die Möglichkeit, dass bisher vernachlässigte oder verdrängte Themen an Relevanz gewinnen und in den Fokus rücken.

Zusammenfassend erscheint es plausibel, dass die Art der Maßnahmedurchführung – also ambulant oder stationär – einen Einfluss auf die Sozialdienstarbeit, insbesondere die Beratung, haben kann. Besonders relevant wird die Durchführungsart, wenn sie Denk- und Reflexionsprozesse auslöst, die in der Beratungssituation thematisiert und weiterbearbeitet werden können.

³² Weiterführende Informationen hierzu bietet das Netzwerk 'Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen' (SPiG) an. Dieses zeichnet unter anderem selbsthilfefreundliche Einrichtungen in der Rehabilitation aus.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Unterschiede erscheint es zudem nachvollziehbar, dass sich die Art der Maßnahmedurchführung auch in der klient*innenbezogenen Dokumentation widerspiegelt. Ein Beweis für diese Annahme steht jedoch aus.

Neben den bereits genannten Faktoren spiegeln sich die Vor- und Nachteile beider Angebotsformen in weiteren Aspekten wider. Zu nennen sind insbesondere die unterschiedlichen Kosten für die DRV sowie die heterogenen historischen Anfänge, die eine differenzierte Verankerung im jeweiligen Gemeinwesen zur Folge haben. Die Verflechtung dieser übergeordneten Themen mit der Arbeit des Sozialdienstes ist jedoch eher abstrakter Natur, lässt sich weniger konkret fassen und betrifft primär die gesamte Einrichtung. Vor diesem Hintergrund wird auf eine weitergehende Diskussion verzichtet.

2.2.3 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

Die Idee bzw. der Anspruch Rehabilitand*innen spezifischere Angebote zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung zu bieten, geht auf Empfehlungen der Reha-Kommission-Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR³³) zurück. In den 1990er Jahren forderte diese eine nahtlose Verknüpfung beruflicher und medizinischer Rehabilitation sowie einen weiteren Ausbau der selbigen. Es wurde angemerkt, dass bislang der gesetzliche Auftrag einer (Wieder-)herstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit bzw. die berufliche Wiedereingliederung in das Berufsleben nicht ausreichend umgesetzt werde (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 1997). Als Folge aus den dann entstehenden Modellvorhaben (1992 bis 2000), einer Bewährungs- und Bewertungsphase (2001 bis 2008) und deren Konsolidierung (seit 2008) entwickelte sich die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) (Mai, 2023; Streibelt, Neuderth, Vorsatz & Vogel, 2012). Das erste Mal wurde 2012 ein Anforderungsprofil zur Durchführung von MBOR-Maßnahmen von der GRV entwickelt und war ein Meilenstein in der Entwicklung, da hier erstmals konkrete Anforderungen an die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation formuliert wurden. Die überarbeitete und aktuellste Auflage aus dem Jahr 2019 beschreibt das Konzept und die Zielgruppen, evidenzbasierte Grundlagen und stellt das Leistungsspektrum differenziert dar (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019a).

³³ Im Rahmen der Organisationsreform der Rentenversicherung fusionierte der VDR, ein ehemals eingetragener Verein, am 1. Oktober 2005 mit der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA). Diese Fusion führte zur Bildung der neu konstituierten Deutsche Rentenversicherung Bund, in der der VDR als Grundsatz- und Querschnittsbereich integriert wurde (Radekow, Deppe & Foerster, 2019, S. 77).

Die durch die Durchführung von MBOR-Maßnahmen verfolgten Ziele haben sich in der geschichtlichen Entwicklung nur geringfügig verändert. „Die primäre Zielstellung der MBOR besteht in der wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der erheblich gefährdeten oder bereits geminderten Erwerbsfähigkeit, um den Anforderungen am (alten oder angestrebten) Arbeitsplatz nachhaltig gerecht werden zu können. Dies geschieht durch die Verbesserung der personenbezogenen Ressourcen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bzw. den Abbau von Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben. Falls dies nicht gelingt, also frühzeitig absehbar wird, dass der Arbeitsplatz in der bisherigen Form trotzdem nicht wieder eingenommen werden kann, steht das Ziel des möglichst nahtlosen Übergangs in eventuell erforderliche nachfolgende Leistungen im Mittelpunkt, um die Bedingungen des Arbeitsplatzes und -verhältnisses an die dauerhaft geminderte Erwerbsfähigkeit anzupassen“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019a, S. 6). Die Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele haben sich seit dem ersten Aufkommen des Themas stetig weiterentwickelt. Heute gibt es drei verschiedene MBOR-Stufen bei denen sich sowohl die jeweilige Zielgruppe als auch die Maßnahmen unterscheiden. Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass sich die MBOR an Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) richtet. Hierbei handelt es sich um einen feststehenden Begriff der GRV, welcher Rehabilitand*innen benennt, die

- häufig längere Perioden der Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit durchleben.
- Eine subjektiv negative berufliche Prognose aufweisen und/oder
- befürchten den Anforderungen des eigenen Arbeitsplatzes nicht mehr gerecht werden zu können (und einen Rentenantrag gestellt haben) und/oder
- aus sozialmedizinischer Sicht zeitnah eine berufliche Veränderung empfohlen wird (Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, 2019).

Die Identifikation von Personen mit BBPL findet regelhaft durch ein standardisiertes Assessment/Screening-Verfahren statt. Hierzu können beispielsweise SIBAR³⁴, SIMBO³⁵ oder das Würzburger-Screening³⁶ verwendet werden. Die Entscheidung, ob eine klassische oder eine MBOR-Maßnahme durchgeführt wird, fällt die GRV. Wichtig hierbei ist, dass diese Entschei-

³⁴ SIBAR: Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation

³⁵ SIMBO: Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen

³⁶ Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen

dung von der Rehabilitationseinrichtung, in beide Richtungen, wieder revidiert bzw. umgewandelt werden kann (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019a, S. 10). Interessanterweise formuliert die GRV selbst aktiv keine Kontraindikationen, sondern verweist vielmehr auf das Vorhandensein von BBPL zur Identifizierung von Rehabilitand*innen. Diese Auslassung füllen die einzelnen Rehabilitationseinrichtungen teilweise selbst, in dem sie diese für sich definieren. Als Beispiel kann eine mangelnde Belastbarkeit bei AR/AHB-Verfahren genannt werden (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. [DEGEMED], n. d.). Darüber hinaus benennt die DRV die evidenzbasierten Grundlagen der MBOR und weist darauf hin, dass eine positive Wirksamkeit nur erreicht werden kann, wenn „die richtige Zielgruppe erreicht wird, wenn die MBOR ausreichend intensiv ist und seitens der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als ‚roter‘ Faden in der Durchführung wahrgenommen wird“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019a, S. 9). Forschungsarbeiten haben die Wirksamkeit der MBOR innerhalb der orthopädischen Rehabilitation bestätigt. Dies gilt, mit Einschränkungen, auch für die psychosomatische sowie kardiologische Rehabilitation. Es bestehen nur begrenzte wissenschaftliche Erkenntnisse zur Effektivität der MBOR in der neurologischen und onkologischen Rehabilitation. Die dortige Wirksamkeit konnte bislang noch nicht eindeutig nachgewiesen werden. Für AHB-Rehabilitand*innen besteht aktuell ein Defizit an differenzierten Studien, die die Wirksamkeit der MBOR evaluieren (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019a, S. 9).

Alle Einrichtungen für medizinische Rehabilitation agieren gemäß § 15 SGB VI mit dem primären Ziel, eine nachhaltige berufliche Reintegration zu fördern und stellen dabei berufsorientierte Grunddienstleistungen bereit. Im Klartext bedeutet dies, dass deutschlandweit alle Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, welche von der DRV belegt werden, MBOR-Maßnahmen der Stufe A anbieten. Nach Einschätzung der DRV werden alle erbrachten Leistungen durch die bereits bestehende personelle und strukturelle Ausstattung abgedeckt. Die vorgesehenen Basisangebote der Stufe A umfassen diagnostische Elemente, die zur Feststellung von BBPL in Bezug auf die Erwerbstätigkeit dienen. Zusätzlich werden Bausteine bereitgestellt, die eine Arbeitsplatzberatung, Ergonomieschulung sowie die Vermittlung von sozialrechtlichen Informationen mit Bezug zum Berufsleben umfassen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019a, S. 6–7; Mai, 2023). Der Sozialdienst kann hierbei sowohl einen Teil der Arbeitsplatzberatung, bei der häufig auch Ergotherapeut*innen vertreten sind, übernehmen, als auch im Gruppen- oder Einzelangebot sozialrechtliche Informationen mit Berufsbezug liefern.

In der Stufe B bieten Einrichtungen, die einen entsprechenden Schwerpunkt setzen, neben den berufsorientierten Basisleistungen zusätzliche Elemente an, die als Kernangebote der MBOR bezeichnet werden. Diese Inhalte umfassen eine berufsbezogene Diagnostik, psychosoziale Beratung, berufsbezogene Gruppenangebote und Arbeitsplatztrainings (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019a, S. 7; Mai, 2023). In dieser Situation kann die Soziale Arbeit sowohl Teile als auch gesamte Komponenten übernehmen. Im Speziellen fällt die sozialrechtliche Beratung in den Verantwortungsbereich des Sozialdienstes und kann zum Beispiel eine Stufenweise Wiedereingliederung oder LTA (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) umfassen. In der Praxis zeigt sich, dass die Beratung von Rehabilitand*innen zu Themen wie Stufenweise Wiedereingliederung oder LTA mit einem erhöhten Dokumentationsaufwand verbunden ist. Diese Themen werden von den Rehabilitand*innen häufig als komplex wahrgenommen, was unter anderem auf die Vielzahl der von der DRV geforderten Formulare³⁷ zurückzuführen ist.

Aber auch in der vorhergehenden Diagnostik als auch in der Planung und Durchführung von Gruppenangeboten ist die Soziale Arbeit zu finden. In Zusammenarbeit mit dem Zentrum Patientenschulung e. V. hat die DVSG das Gruppenschulungsprogramm ‘Medizinisch-berufsorientierte sozialarbeitsspezifische Gruppen (MBOR soG)’ entwickelt. Dieses richtet sich an Fachkräfte der Sozialen Arbeit und bietet Vortragshilfen und Informationen zur Durchführung von Klein- und Großgruppen in der medizinischen Rehabilitation an. Die vertretenen Themen sind das Curriculum Rehabilitation und Sozialrecht sowie die ‘Betriebliche Integration – Rückkehr an den Arbeitsplatz/zum Arbeitgeber’ und ‘Reha vor Rente’ (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., n. d.b). Innerhalb der Stufe C können verschiedene Instrumente wie eine Belastungserprobung oder eine Analyse der individuellen Fähigkeiten eingesetzt werden. Die Stufe C richtet sich an eine spezifische Untergruppe der Rehabilitand*innen aus Stufe B. Dies sind insbesondere diejenigen, bei denen ungewiss oder vorhersehbar ist, dass sie ihren alten oder einen äquivalenten Arbeitsplatz möglicherweise nicht erfolgreich wieder einnehmen können. Aufgrund dieser Situation kann die Notwendigkeit für LTA nach § 49 SGB IX entstehen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019a, S. 7; Mai, 2023). Schätzungsweise ein Drittel der Rehabilitand*innen weist BBPL auf, weshalb sie potenziell für

³⁷ Beispielsweise hält die DRV für die Stufenweise Wiedereingliederung folgende Formulare für die zu rehabilitierende Person bereit: G0832-00-Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für die Versicherten; G0833-00-Checkliste bei Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Entlassung; G0834-00-Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Stufenplan); G0838-00-Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung für Arbeitgeber; G0840-00-Beginnmitteilung; G0842-00-Folgebescheinigung oder Abschlussbescheinigung.

MBOR Maßnahmen der Stufe B geeignet wären. Es besteht jedoch eine große Diversität hinsichtlich dieses Anteils, abhängig vom betreffenden Indikationsbereich. Etwa die Hälfte aller Betroffenen in der Neurologie und der Psychosomatik weisen eine BBPL auf. Im Gegensatz dazu sind es in der Orthopädie nur etwa 30,0 Prozent aller Personen. Der vorhergesagte Bedarf an BBPL ist auch bei Patient*innen mit inneren Erkrankungen etwas geringer (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019a, S. 8).

In Bezug auf die klient*innenbezogene Dokumentation kann vermutet werden, dass der Aufwand hierfür, in Abhängigkeit von der jeweiligen MBOR-Stufe, erheblich variiert. In den Stufen B und C zeigt sich eine zunehmende Komplexität der Problemlagen und folglich auch der Themen, zu denen der Sozialdienst berät. Diese Komplexität kann zu mehr und längeren Beratungen führen und infolgedessen auch den Dokumentationsaufwand erhöhen.

2.2.4 Reha-Ziele und Nachsorge

Die Reha-Ziele beschreiben die Absichten oder auch Wünsche einer Person, die auf den gesamten Zeitraum ihrer medizinischen Rehabilitation ausgerichtet sind (Glattacker, Farin-Glattacker, Quaschnig, Dibbelt & Bredehorst, 2015, S. 7). Hierbei ist es von zentraler Bedeutung die individuumbezogenen Reha-Ziele nicht mit den allgemeinen Zielsetzungen der medizinischen Rehabilitation nach § 42 SGB IX, den Reha-Therapiestandards oder den medizinischen Leitlinien zu verwechseln. Insbesondere die beiden Letzteren richten sich überwiegend an eine andere Zielgruppe und haben einzelne Erkrankungen im Fokus.

Zu Beginn der Maßnahme soll die Vereinbarung von Reha-Zielen Verbindlichkeit erzeugen, positive Orientierung bieten (Glattacker et al., 2015) und zudem die Veränderung von Verhaltensmustern anregen (Dudeck et al., 2011, S. 316). Es gibt von der GRV hierzu detaillierte Arbeitshilfen³⁸ in denen kleinschrittige Vorschläge zur Kommunikation mit der zu rehabilitierenden Person gegeben werden. Ebenso kann auf eine Vielzahl von Praxisbeispielen³⁹ zurückgegriffen werden. Diese Arbeitshilfen richten sich primär an das interdisziplinäre Reha-Team,

³⁸ Beispielsweise einen Handzettel für den Schreibtisch mit Formulierungsbeispielen für das gemeinsame Gespräch. Zu finden in: Glattacker, M., Farin-Glattacker, E., Quaschnig, K., Dibbelt, S. & Bredehorst, M. (2015, März). Arbeitsbuch Reha-Ziele. Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg.). Berlin. Seite 8

³⁹ Zu finden unter: <https://www.reha-ziele.de/node/50>

weisen jedoch zugleich auf die besondere Rolle hin, die dem ärztlichen Personal bei den Zielvereinbarungen zuteil kommt. Als theoretisches Konstrukt im Hintergrund referenziert die GRV auf die ICF und die Möglichkeit die Reha-Ziele an deren verschiedenen Komponenten orientiert zu formulieren (Glattacker et al., 2015, S. 6–7). Wichtig an dieser Stelle ist der Hinweis darauf, dass das Thema komplex und in der Betrachtungsweise von zahlreichen Faktoren abhängig ist. Insbesondere von Beginn der 1990er⁴⁰ Jahre bis Mitte der 2010er Jahre entsteht im deutschsprachigen Raum ein verstärkter Diskurs zu diesem Thema. Intensiviert in den Alltag der Rehabilitationseinrichtungen aufgenommen wird die Thematik, als die DRV Bund 2015 das Arbeitsbuch Reha-Ziele⁴¹ herausgibt und hiermit deutlich macht, dass es sich nicht um ein kurzfristiges Modethema handelt, sondern um einen „zentrale[n] Bestandteil des Behandlungsprozesses“ (Glattacker et al., 2015, S. 7). Die Festlegung von Rehabilitationszielen als eine zentrale Komponente wird aufgrund ihrer Bedeutung von der GRV in der Praxis der betreffenden Einrichtungen erwartet und vorausgesetzt. Trotz dieser Relevanz ist die empirische Datenlage hierzu als limitiert einzuschätzen (I. Buchholz & Kohlmann, 2013, S. 75) und bleibt zudem auf einzelne Indikationsgruppen⁴² beschränkt. Darüber hinaus weisen Glattacker et al. darauf hin, dass sich die Umsetzung auf breiter Ebene bislang noch nicht durchgesetzt habe (Glattacker et al., 2015, S. 5). In der Absicht, die Verwendung von Reha-Zielen stärker in den Einrichtungen zu implementieren, gibt die GRV viele Hinweise bezüglich der Implementierung im interdisziplinären Reha-Team. Bei näherer Betrachtung ist zu erkennen, dass die GRV - ähnlich wie in anderen Publikationen - den Sozialdienst zwar nicht ausdrücklich hervorhebt oder häufiger erwähnt, diesen jedoch durchaus namentlich berücksichtigt. So wird dieser unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit von Reha-Zielen benannt und zwar als Ansprechpartner bei der Organisation von wohnortnaher Nachsorge (Glattacker et al., 2015, S. 67). Eine 2016 veröffentlichte Studie hat das Ziel einer Erfassung hinsichtlich der Implementierung von Reha-Zielvereinbarungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation auf Bundesebene. Hierbei werden auch die Berufsgruppen erfasst, die Zielvereinbarungsgespräche durchführen. Als mit der Thematik vertraute und Verantwortung tragende Berufsgruppen werden das ärztliche Personal (88,7 %) sowie die Psycholog*innen (59,0 %) benannt. Lediglich bei der Indikation ‘Abhängigkeitserkrankungen’

⁴⁰ Auf den nachfolgenden Titel wird hierbei häufig verwiesen: Vogel, H. & Tuschhoff, T., Zillesen, E. (1994). Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. Deutsche Rentenversicherung, 751–764.

⁴¹ Glattacker, Farin-Glattacker, Quaschnig, Dibbelt und Bredehorst (2015).

⁴² Wie zum Beispiel in: Stamm-Balderjahn, S., Brünger, M., Michel, A., Bongarth, C. & Spyra, K. (2016). Wirksamkeit von Zielvereinbarungen in der kardiologischen Rehabilitation. Eine genderspezifische randomisierte kontrollierte Studie. Deutsches Ärzteblatt, 113(31-32), 525–531.

werden mit 74,5 Prozent die Sozialarbeiter*innen als die Berufsgruppe benannt, welche Zielvereinbarungen durchführt (Glattacker et al., 2016, S. 145). Resümierend lässt sich konstatieren, dass die Soziale Arbeit in der Somatik regelhaft keine Zielvereinbarungsgespräche führt bzw. sich ein solches Tun bislang nicht in Studien niedergeschlagen hat. Untersuchungen neueren Datums welche die Soziale Arbeit diesbezüglich fokussiert betrachten, sind bislang nicht existent und stellen ein Forschungsdesiderat dar.

Die Intervention zur Zielvereinbarung, deren Umsetzung sowie die Evaluation⁴³ der Reha-Ziele hängen von der Einrichtung, ihrer Arbeitsweise und den jeweiligen Indikationen ab. Im Folgenden wird aufgezeigt, welche Beiträge die Soziale Arbeit leisten kann und wie sich diese in der Dokumentation manifestieren können. In der somatischen Rehabilitation wird das Aufnahmegespräch regelhaft vom ärztlichen Personal durchgeführt. Hierbei kann der Sozialdienst unterstützen, entweder zeitgleich oder versetzt, und insbesondere die professionsspezifische Sichtweise auf Problemlagen, Ressourcen etc. miteinbringen. Falls nicht bereits vor Antritt der Maßnahme⁴⁴ geschehen, können nun gemeinsam mit der zu rehabilitierenden Person Reha-Ziele vereinbart werden. Eine Orientierung bei der Zielvereinbarung an der SMART⁴⁵ oder RUMBA⁴⁶-Regel ist hierbei verbreitet. Die Vereinbarung sowie die Überprüfung und Evaluation der Ziele kann sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting erfolgen (Glattacker et al., 2015, S. 10–11). Es ist entscheidend, dass die Vorgehensweise innerhalb der Einrichtung klar definiert wird. Das hausinterne Qualitätsmanagement kann dabei eine hilfreiche Grundlage bieten, indem es die Abläufe an die spezifische Arbeitsorganisation der Einrichtung anpasst (Glattacker et al., 2015, S. 59).

Im indirekten Fallbezug gehören das Aufzeigen sowie die Stärkung psychosozialer Aspekte in den Aufgabenbereich des Sozialdienstes (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020b). Diese Sichtweise kann im Reha-Team immer wieder dargelegt und verstärkt werden. In Bezug auf die Reha-Ziele könnte dies bedeuten, bei der Auswahl von Screeninginstrumenten, beispielsweise zur Identifizierung BBPL, darauf hinzuwirken, dass solche verwendet werden, die eine breitere Perspektive berücksichtigen, anstatt sich ausschließlich auf biomedizinische Aspekte zu konzentrieren.

⁴³ Diese kann beispielsweise durch mündliche und/oder schriftliche Befragungen stattfinden.

⁴⁴ Es gibt Einrichtungen die bereits vor dem Rehabilitationsantritt Informationsmaterial zum Thema versenden und die Rehabilitand*innen dazu auffordern sich mit dem Thema auseinanderzusetzen und vielleicht sogar schon erste Ziele zu formulieren.

⁴⁵ SMART: Spezifisch, Messbar, Attraktiv, Realistisch, Terminiert

⁴⁶ RUMBA: Relevant, Understandable, Measurable, Behaviourable, Attainable

Wie bereits erwähnt, kann die Soziale Arbeit schon während des Aufnahmegesprächs mit der zu rehabilitierenden Person sicherstellen, dass auch psychosoziale Aspekte erfasst werden. Sie kann, wenn ein Bedarf identifiziert wurde, zudem unmittelbar einen Beratungstermin beim Sozialdienst organisieren. Der Sozialdienst kann bei der Vereinbarung von Reha-Zielen mitwirken, sofern diese einen psychosozialen Anteil enthalten – insbesondere, wenn sich Rehabilitand*innen mit den Auswirkungen ihrer Erkrankung oder Behinderung auf ihr Privat- und Berufsleben auseinandersetzen (müssen). Bei der Formulierung der Ziele, dies passiert regelhaft im Einzelsetting kann aber durchaus auch in einer Kleingruppe stattfinden, ist grundsätzlich zu beachten, dass im Reha-Team eine einheitliche Sprache verwendet wird. Hier bietet sich, wie auch im allgemeinen Rehabilitationskontext, die ICF an. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Professionen bedarf es klarer Absprachen und Transparenz (Glattacker et al., 2015, S. 9–10).

Die Kommunikation und Dokumentation sind ebenfalls von hoher Bedeutung im Kontakt mit der zu rehabilitierenden Person. Bei der Dokumentation der Ziele muss auf eine verständliche, lebensweltorientierte Umsetzung geachtet werden. Diese sollen sich an der SMART oder RUMBA-Formel orientieren, evaluierbar sein und für alle Beteiligten transparent und zeitnah verfügbar im internen Kommunikationssystem einsehbar sein (Schut & Stam, 1994). Damit dieser Anspruch umgesetzt werden kann, empfiehlt sich eine Implementierung der Prozesse und der hierbei benötigten Dokumente in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement. Ebenso sollte vereinbart werden, wann und wie eine Überprüfung und Evaluation der Reha-Ziele im Verlauf der Maßnahme durchgeführt werden soll. Als Antwort auf die mangelhafte Partizipation von Rehabilitand*innen bei der Formulierung von Reha-Zielen (Dudeck et al., 2011, S. 316) sollte sich die Soziale Arbeit auf das Mandat der Klient*innen (zweites Mandat) beziehen. Es ist darauf zu achten, dass ein partizipativer Prozess stattfindet, in dessen Verlauf die Reha-Ziele auch während der Maßnahme und am Ende besprochen, gegebenenfalls angepasst und evaluiert werden. Ferner sollte das Reha-Team, je nach Beteiligungsmöglichkeit bei der Erfüllung der Reha-Ziele, am Diskurs teilhaben sowie die Dokumentation hierzu einsehen und gegebenenfalls anpassen können.

Grundsätzlich ist, zumindest auf Basis des derzeitigen Forschungsstands, davon auszugehen, dass die Herausforderungen bei der Durchführung von Zielvereinbarungen bei allen im Reha-Teams vertretenen Berufsgruppen gleich bzw. zumindest ähnlich sind. In der Studie von Glattacker et al. aus dem Jahr 2016 wurden verschiedene Barrieren ermittelt. Hierzu zählen, dass

Rehabilitand*innen mit falschen Erwartungen kommen, eine Überforderung bei der Formulierung von Zielen wahrnehmen, das Personal zu wenig Zeit hat⁴⁷ und Rehabilitand*innen nicht ausreichend vorbereitet sind, um Zielvereinbarungen zu treffen. Weitere Gründe sind eine nicht ausreichende Schulung des Personals, zu wenig Zeit der Rehabilitand*innen während der Maßnahme sowie die Angabe, dass Leitlinien oder Trägervorgaben keinen Spielraum bei der Durchführung von Ziel-Gesprächen lassen (Glattacker et al., 2016, S. 145). Im Gegensatz dazu bieten sich jedoch auch Möglichkeiten, bei deren Umsetzung die Soziale Arbeit durch eine intensivere Einbindung in den Prozess der Rehabilitationszielbestimmung sowie -überprüfung, einen substantiellen Beitrag leisten könnte. Die Expertise in der Einzelfallhilfe sowie in den Methoden des Case Managements kann den individuellen Fokus verstärken und dabei helfen, maßgeschneiderte Rehabilitationspläne zu entwickeln. Die Individualität der Ziele kann ein Empowerment unterstützen und dazu beitragen, aus der Perspektive der Rehabilitand*innen die veränderbaren Aspekte der eigenen Gesundheit wahrzunehmen und selbstbestimmt zu fördern. Soziale Arbeit kann dabei helfen, den Blick auf psycho-soziale Aspekte zu erweitern und somit Facetten zu beleuchten, die in einem vorwiegend bio-medizinischen Kontext häufig unberücksichtigt bleiben. Bisher existieren jedoch keine Studien, die die spezifischen Beiträge der Sozialen Arbeit in diesem Rahmen systematisch untersuchen. Insbesondere bleibt unklar, inwieweit die Einbindung der Sozialen Arbeit tatsächlich zu einer stärkeren Individualisierung der Reha-Ziele führt und welche Auswirkungen dies auf den mittel- und langfristigen Rehabilitationserfolg hat.

Nachdem die Reha-Ziele und deren Bedeutung für die medizinische Rehabilitation dargelegt wurden, soll nun der Fokus auf die Reha-Nachsorge gerichtet werden. Diese ist entscheidend, um die in der Rehabilitation erarbeiteten Ziele und den Behandlungserfolg nachhaltig zu sichern. Die Reha-Nachsorge ist seit 2017 in § 17 SGB VI festgeschrieben⁴⁸. Im Terminus ‘Reha-Nachsorge’ ist implizit verankert, dass es sich hierbei nicht um eine eigenständige Leistung handelt, sondern sie folgt auf die Grund- oder Primärleistung, die medizinische Rehabilitation. Demzufolge bilden Rehabilitation und Nachsorge eine sequenzielle Behandlungsstruktur (Deutsche Rentenversicherung, 2015, in der Fassung vom 2019, S. 4). In diesem Zusammenhang begegnet einem sowohl in den Medien als auch in der Fachliteratur immer wieder der

⁴⁷ Aufgrund des derzeitigen Fachkräftemangels ist davon auszugehen, dass sich dieser Aspekt seit der Erhebung noch verstärkt haben wird.

⁴⁸ Zuvor war die Reha-Nachsorge als eine Ermessensleistung in § 31 SGB VI verankert.

Begriff ‘Entlassmanagement’. Hierzu ist anzumerken, dass gemäß § 40 Abs. 2 SGB V dieses ausschließlich für diejenigen Rehabilitand*innen umgesetzt wird, die unter die Kostenträgerschaft der GKV fallen. Die Zielgruppe dieser Arbeit ist hiervon nicht betroffen.

Eine somatische Rehabilitation dauert im Regelfall etwas über drei Wochen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022d, 9, 42). Es ist notwendig die dort erlernten Kenntnisse, über die Zeit der Rehabilitation hinaus, anzuwenden, zu verinnerlichen und in den Alltag zu implementieren. Sollten die in der Rehabilitation vereinbarten Ziele noch nicht erreicht worden sein, können diese, mit Hilfe der Reha-Nachsorge, weiterverfolgt und gegebenenfalls angepasst werden. Im Berichtsjahr 2021 hat die GRV insgesamt 178 902 Nachsorge-Maßnahmen durchgeführt. In Relation zu den insgesamt 891 176 vollzogenen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen entspricht dies einer Quote von zirka 20,1 Prozent, die eine anschließende Nachsorge in Anspruch genommen haben (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022d, S. 8). Bereits während der Rehabilitation sollte die Nachsorge vorbereitet und auch verordnet werden, frei nach dem in Akutkrankenhäusern verbreiteten Motto ‘Die Entlassung beginnt mit der Aufnahme’. Im ärztlichen Entlassungsbericht ist vorgesehen, dass auf eine Verordnung bzw. auf die spätere Notwendigkeit hiervon, hingewiesen werden. Die Reha-Nachsorge stützt sich auf drei Leitprinzipien: die Individualisierung, die Ausrichtung auf berufliche Ziele und die Förderung der Selbstaktivität (Deutsche Rentenversicherung, 2015, in der Fassung vom 2019, S. 11).

In der Produkt- und Leistungsbeschreibung der DVSG finden sich diverse Optionen der Nachsorge. Hierbei sei angemerkt, dass Nachsorgeangebote, welche die pflegerische und/oder stationäre Versorgung betreffen, regelhaft nicht von Rehabilitand*innen der GRV in Anspruch genommen werden. Hiervon ausgenommen sind natürlich Personen aus den Indikationen Neurologie, Onkologie sowie Sucht. Aufgrund des jüngeren Durchschnittsalters sowie den Voraussetzungen bei der Antragstellung spielen bei dem in dieser Arbeit im Fokus stehenden Personenkreis eher Unterstützungsleistungen für den (Wieder-)Einstieg ins Berufsleben, der Krankheitsbewältigung sowie Sport- und Entspannungsleistungen im Vordergrund. Darüber hinaus gibt es zusätzliche Unterstützungsstrategien zur gesundheitlichen Rehabilitation, welche über die standardmäßigen, von der Rentenversicherung finanzierten Maßnahmen hinausgehen. Diese umfassen alle individuellen oder organisierten Aktionen, die Anpassungen des Lebensstils und den Umgang mit Krankheit fördern.

Die GRV bietet verschiedene Nachsorgeprogramme an. Sie haben alle gemein, dass sie wohnortnah und berufsbegleitend⁴⁹ stattfinden können. Die Kosten hierfür werden vom zuständigen Rentenversicherungsträger übernommen und zudem sind keine Zuzahlungen von Seiten der Inanspruchnehmer*innen zu leisten. Die bundesweite Bereitstellung von Nachsorgeleistungen erfolgt durch zugelassene Anbieter, darunter fallen beispielsweise Rehabilitationseinrichtungen, Fachkräfte für Physiotherapie sowie Psychotherapie. Die GRV unterstreicht die Bedeutung einer zeitnahen Inanspruchnahme des Nachsorgeangebots. In diesem Kontext bezieht sich ‘zeitnah’ üblicherweise auf einen Zeitraum von drei Monaten. Die Leistung selbst sollte innerhalb von zwölf Monaten nach Beginn der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen sein (Deutsche Rentenversicherung, 2015, in der Fassung vom 2019).

Die Kernangebote⁵⁰ der GRV werden im Folgenden lediglich kursorisch beschrieben. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass die Soziale Arbeit bei der Mehrzahl der Nachsorgeprogramme für somatische Rehabilitand*innen, wenn überhaupt, eine untergeordnete Rolle spielt. Grundsätzlich kann zwischen digitalen und Nachsorgeangeboten in Präsenz unterschieden werden. Eine Teilnahme ist auch dann möglich, wenn eine Arbeitsunfähigkeit und/oder Arbeitslosigkeit besteht oder wenn ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt wurde. Bei den Angeboten in Präsenz handelt es sich um Gruppenangebote⁵¹ die entweder multi- oder unimodal stattfinden⁵² (Deutsche Rentenversicherung, 2015, in der Fassung vom 2019, S. 6–8). Bei IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge) handelt es sich um ein multimodales Angebot, welches Behandlungselemente aus mindestens zwei verschiedenen Therapierichtungen umfasst und in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden muss. Dieses Angebot können Personen aller Indikationen, ausgenommen ist lediglich der Suchtbereich, in Anspruch nehmen. In der Regel sind 24 Behandlungstermine enthalten, bei denen die zu rehabilitierende Person mit verschiedenen Berufsgruppen in Kontakt kommt. Bei der näheren Definition von IRENA wird auch die ‘klinische Sozialarbeit’ als eine der möglichen beteiligten Berufsgruppen genannt (Deutsche Rentenversicherung, 2023a, S. 4–5). Vermutlich vor dem Hintergrund höherer Flexibilität und einer Anpassung der Leistung auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der

⁴⁹ Hierzu ist die systematische Bereitstellung von Terminen während der Abendstunden und an Samstagen erforderlich.

⁵⁰ Im Unterschied hierzu gibt es regional begrenzte und/oder zeitlich befristete Projekte, die in der Regel von einzelnen Regionalträgern initiiert bzw. finanziert werden.

⁵¹ Circa zehn bis zwölf Teilnehmer*innen

⁵² Zur umfassenden Darstellung ist zu bemerken, dass die Reha-Nachsorge bei psychischen Krankheiten (Psy-RENA) sowie Suchterkrankungen ebenso zu den Kernangeboten zählt. Aufgrund der Divergenz der Zielgruppe wird jedoch in diesem Zusammenhang keine ausführlichere Erläuterung vorgenommen.

zu rehabilitierenden Person, erfolgt keine genauere Beschreibung von möglichen Tätigkeiten des Sozialdienstes. An dieser Stelle wäre es interessant zu erfahren, wie häufig, mit welcher Dauer und welchen Beratungsthemen die Soziale Arbeit als Baustein in IRENA abgerufen wird. Leider liegen zu keinem dieser Bereiche statistischen Daten vor, welche die Situation deutschlandweit erfassen würden (R. Sigl, DRV Bund, Abteilung GQ 0500 – Informationsverarbeitung, persönliche Kommunikation, 22. November 2023). Da die Soziale Arbeit eine eher kleine Berufsgruppe in den einzelnen Einrichtungen darstellt, kann vermutet werden, dass ihre Bedeutung in IRENA gering ist. Letztlich handelt es sich jedoch um eine Mutmaßung, da zum jetzigen Zeitpunkt keine validen Daten zur Verfügung stehen.

T-RENA (trainingstherapeutische Reha-Nachsorge) ist ein unimodales Angebot, an dem ausschließlich Personen mit Beeinträchtigungen bzw. Funktionseinschränkungen am Haltungs- und Bewegungsapparat teilnehmen dürfen. Es handelt sich um Übungen im Bereich des Muskelaufbaus, der Beweglichkeit sowie der Koordination und Ausdauer, welche in einer Gruppe von maximal zwölf Personen erbracht werden. Gewöhnlich finden 26 Behandlungseinheiten statt, die nach maximal zwölf Monaten abgeleistet sein müssen. Abseits dieses Sportprogramms sind keine weiteren Module vorgesehen. Eine Behandlung, Therapie oder Beratung, die durch andere Berufsgruppen – beispielsweise durch die Soziale Arbeit – durchgeführt werden könnte, ist weder vorgesehen noch wird sie vergütet (Deutsche Rentenversicherung, 2023a, S. 7–9).

Darüber hinaus ist es bei der GRV möglich, digitale Reha-Nachsorge in Anspruch zu nehmen. Insbesondere Personen, deren Fahrtweg mit dem ÖPNV länger als 45 Minuten dauert, sowie Personen mit Pflege- und/oder Erziehungsverantwortung oder mit stigmatisierten Krankheiten sollen hierdurch erreicht werden (Deutsche Rentenversicherung, 2023a, S. 13–15; Widera, Volke & Buschmann-Steinhage, 2017, S. 326). Das Angebot ähnelt hinsichtlich Frequenz, Dauer sowie Beginn und Ende der Maßnahme stark dem IRENA bzw. dem T-RENA Angeboten. Von der GRV sind zwei⁵³ digitale Anwendungen zugelassen: Caspar⁵⁴ und EvoCare. Die Rehabilitand*innen erhalten, falls kein eigenes Endgerät zur Verfügung steht, ein Leihgerät und können dann hierüber angeleitete Trainingseinheiten absolvieren. Der Kontakt zur Rehabilitationseinrichtung wird über Chat, Telefon, Mail und Sprechstunde aufrechterhalten (Deutsche

⁵³ Stand 12.2023

⁵⁴ Als Tele-Reha-Nachsorge wurde Caspar im Januar 2022 von der DRV als Regelversorgung zugelassen (GOREHA GmbH, ohne Jahr).

Rentenversicherung, 2023a, S. 13–15). Es gibt weder bei Caspar noch bei EvoCare Anhaltspunkte dafür, dass Fachpersonal für sozialdienstliche Beratungen existiert bzw. zur Verfügung gestellt wird. Trotz wiederholter Kontaktaufnahmeversuche⁵⁵ mit beiden Firmen blieben die hierauf abzielenden Fragen unbeantwortet.

Mit dem Rehabilitationssport sowie dem Funktionstraining, verankert in § 64 Abs. 1 Nr. 3-4 SGB IX, bestehen zwei weitere Sportangebote. Diese beiden Leistungen können auch ohne vorhergehende medizinische Rehabilitation verordnet werden. In Anbetracht der thematischen Nähe sowie der signifikanten Häufigkeit, mit der Rehabilitationssport und Funktionstraining erfahrungsgemäß als Beratungsinhalte im Sozialdienst auftreten, soll an dieser Stelle eine kurze Darstellung dieser Themen erfolgen. Die Soziale Arbeit versteht sich hierbei vielmehr als Hinweisgeber auf diese beiden Leistungen, sie ist jedoch kein Bestandteil derselben.

Rehabilitationssport⁵⁶ verfolgt das Ziel der Stärkung körperlicher Fähigkeiten und des Selbstbewusstseins bei Menschen mit (drohender) Behinderung. Hierbei wird vor allem funktionelle Gesundheit gefördert, Krankheitsbewältigung unterstützt und soziale Integration durch Aktivierung individueller Selbsthilfepotenziale in den Fokus gerückt. Die Übungen werden unter fachkundiger Anleitung in festen, ambulanten Gruppen von maximal 15 Teilnehmer*innen abgehalten und umfassen 50 Einheiten die in anderthalb Jahren erbracht werden sollten. Eine Einheit dauert 45 Minuten (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2022, S. 10–13). Im Unterschied zum Rehabilitationssport kann das Funktionstraining neben bewegungstherapeutischen Übungen ebenso Gelenkschutzmaßnahmen und die Handhabung technischer Assistenzsysteme sowie alltäglicher Objekte umfassen. Ein Hauptunterschied ist, dass beim Funktionstraining gezielt Körperfunktionen trainiert bzw. unterstützt werden sollen und eine Verordnung regelhaft zwölf Monate gültig ist. Eine Trainingseinheit dauert entweder 20 Minuten (im Wasser) oder 30 Minuten (im Trockenen) und wird in einer Gruppe von maximal 15 Teilnehmer*innen erbracht (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2022). Sowohl beim Rehabilitationssport als auch beim Funktionstraining können die Kosten grundsätzlich von allen Rehabilitationsträgern übernommen werden. Ausschlaggebend bei der Frage nach der Zuständigkeit sind hierbei unter anderem die Faktoren Erwerbstätigkeit, Art der Erkrankung sowie

⁵⁵ Anrufe bei beiden Firmen am 22.11.2023 sowie E-Mails am 22.11. und 22.12.2023.

⁵⁶ Ebenfalls hierunter fallen Herzsportgruppen. Die Rahmenbedingungen dieser weichen vereinzelt vom Rehabilitationssport ab.

die Frage, ob es durch einen Unfall zu der Erkrankung und/oder Behinderung kam. Am häufigsten tritt hierbei die GKV als Kostenträger auf.

Zusätzlich zu den standardisierten Angeboten, die im Rahmen der GRV oder der GKV finanziert werden, existieren weitere Maßnahmen, über die der Sozialdienst Kenntnisse vermitteln und auf die er verweisen kann. Die Beratungstätigkeit hinsichtlich der Reha-Nachsorge wird unter anderem in der Aufgabenbeschreibung der DVSG explizit benannt (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020b; Müller-Baron & Woiton, 2018, 310–311). Es ist hierbei essentiell zu berücksichtigen, dass nach der medizinischen Rehabilitation, in der Regel, keine fortgeführte Kommunikation mit den Rehabilitand*innen besteht. Die Zuständigkeit des Sozialdienstes ist lediglich auf die Dauer des Aufenthaltes begrenzt. Weitere Beratungskontakte, egal ob persönlich, telefonisch oder schriftlich können weder in der KTL aufgeführt noch gesondert abgerechnet/vergütet werden. Der Sozialdienst ist mitverantwortlich für die Sicherung der Nachsorge. Er informiert und berät zu den verschiedenen Möglichkeiten der ambulanten sowie stationären Betreuung. Beispielhaft zu nennen ist hierbei die Vermittlung an Integrationsfachdienste, Beratungsstellen sowie Selbsthilfegruppen. Im Hinblick auf Individuen, die eine fortgeschrittene und/oder gravierende Krankheitsbelastung erfahren haben und über einen Arbeitsplatz verfügen, kann, basierend auf den jeweiligen Empfehlungen⁵⁷, die Implementierung einer Stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 44 SGB IX erwogen werden. Dies kann entweder als integraler Bestandteil eines betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 167 SGB IX erfolgen oder als autonomer Prozess durchgeführt werden. Bisher wurde eine weitergehende Beratung des Sozialdienstes im Anschluss an die medizinische Rehabilitation lediglich innerhalb von Studienkontexten erprobt. Bei Untersuchungen lag der Schwerpunkt auf der Evaluierung der Effektivität eines sozialdienstlichen Nachsorgeprogramms hinsichtlich der Steigerung der Wiedereingliederungsrate in die Arbeitswelt. Vogel, Walther und Deck untersuchten orthopädische Rehabilitand*innen mit einer BBPL. Die Interventionsgruppe erhielt über zwölf Monate eine telefonische Nachsorge durch eine*n Sozialdienstmitarbeiter*in (Vogel, Walther & Deck, 2017). Becker bot eine begleitende Sozialberatung während der Stufenweisen Wiedereingliederung an und verglich diese Ergebnisse ebenfalls mit der Kontrollgruppe (Becker, 2015). Vogel et al. resümieren, dass über „eine sozialdienstliche Betreuung im Rahmen der Rehabilitationsnachsorge z. B. über freie Sprechstunden (..)“ nachgedacht werden

⁵⁷ Diese finden sich in: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V (Hrsg.). (2020). Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Arbeitshilfe, Ausgabe 2019, (aktualisiert 2020). Frankfurt/Main.

sollte (Vogel et al., 2017, S. 386). Becker gelangt zu einer ähnlichen Schlussfolgerung in der er die „(...) Option einer telefonischen Nachsorge während der stufenweisen Wiedereingliederung (...)“ für angemessen hält (Becker, 2015, S. 4). Trotz der geringen Anzahl an Studien und deren Begrenzung bezüglich der Zielgruppe sprechen erste Ergebnisse für eine stärkere Implementierung des Sozialdienstes in die Reha-Nachsorge. Es wird jedoch deutlich, dass der Schwerpunkt bei der Reha-Nachsorge eindeutig auf den bio-medizinischen Bereich liegt. Während die Fortführung von Sportangeboten nahezu alltäglich ist und in der Bevölkerung einen hohen Grad an Akzeptanz und Bekanntheit genießt, entfällt der soziale Anteil der Rehabilitation regelhaft bzw. muss von den Rehabilitand*innen selbst eingefordert und organisiert werden. Grundsätzlich kann hinsichtlich der Dokumentation der sozialdienstlichen Tätigkeit angemerkt werden, dass diese während der medizinischen Rehabilitation über die KTL erfolgt. Weitere Informationen, zum Beispiel zu nachbetreuenden Stellen, können vom Sozialdienst in der Falldokumentation hinterlegt werden. Es ergeben sich, weder aus der Fachliteratur noch aus Praxiskenntnissen weitere Dokumentationshinweise und/oder –vorgaben.

2.3 Sozialdienst: Strukturelle Merkmale und Aufgaben

Die medizinische Rehabilitation stellt einen zentralen Bereich innerhalb des Gesundheitssystems dar, deren Ziel es ist, Menschen mit Beeinträchtigungen eine weitestgehende Wiederherstellung ihrer Gesundheit und eine (Re-)Integration in das gesellschaftliche und berufliche Leben zu ermöglichen. Innerhalb dieses Prozesses spielt der Sozialdienst eine unverzichtbare Rolle. Im Jahr 2020 erhielten 95,0 Prozent aller Rehabilitand*innen mindestens eine Leistung, welche der Sozialarbeit zugerechnet werden kann (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022d, S. 56).

Die Durchführung Sozialer Arbeit im Kontext der medizinischen Rehabilitation wird mehrheitlich von Angehörigen der Profession, und nicht von anderen Berufsgruppen, realisiert (Adolph, 2014, S. 36–37). Diese Fachkräfte verfügen über einen Bachelor of Arts und/oder einen Master of Arts in Soziale Arbeit. Bei Personen, die vor 2010 ihr Studium abgeschlossen haben, ist das Diplom der regelhafte Abschluss. Zudem wird das Vorhandensein der staatlichen Anerkennung empfohlen. In der Einrichtung selbst obliegt die Dienstaufsicht gewöhnlich der leitenden ärztlichen Fachkraft oder der Verwaltungsleitung. Die Fachaufsicht sollte eine leitende Fachkraft

der Sozialen Arbeit im Sozialdienst innehaben. Bezüglich der Vergütung wird mit einem Bachelorabschluss mindestens die Eingruppierung in den Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVöD), Sozial- und Erziehungsdienst Stufe 13 befürwortet (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020c, S. 1–2). Es wird angemerkt, dass die tatsächliche Vergütung, insbesondere bei privaten und freigemeinnützigen Trägern eher an den TVöD angelehnt ist, das heißt häufig unterhalb diesem liegt (Baldauf & Vitols, 2019, S. 59–60).

Adolph und Seibert gehen 2016 in ihren Berechnungen⁵⁸ von 2 254 Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen aus, die in Vorsorge- und Rehabilitationskliniken arbeiten. Setzt man hierzu die Zahl von 56 000 Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen in Vergleich, die deutschlandweit im Gesundheitswesen arbeiten, wird das Größenverhältnis deutlich. Aufgrund unterschiedlicher Erhebungszeiträume sowie statistischer Klassifikationszuordnungen kann, trotz der Illusion einer exakten Anzahl, nur von einer Annäherung gesprochen werden (Adolph & Seibert, 2016). Blankenburg und Cosanne untermauern diese Schätzung, indem sie für das Jahr 2018 von etwa 3 000 Vollzeitäquivalenten in Vorsorge- und Rehabilitationskliniken ausgehen (Blankenburg & Cosanne, 2021, 142). Diese Angaben verdeutlichen, dass die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation ein vergleichsweise kleines Handlungsfeld ist. Das Geschlechterverhältnis im Handlungsfeld wird in mehreren Studien immer wieder mit mindestens 80,0 Prozent Frauen zu circa 20,0 Prozent Männern angegeben (Adolph, 2014, S. 36; Adolph, Kowalski & Nitzsche, 2016, S. 40; Cosanne & Huck, 2020, S. 13; Knoop, Scheiblich, Dettmers & Meyer-Feil, 2024, S. 38; Streibelt, Adolph, Gödecker-Geenen & Keßler, 2018, S. 33). Die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation ist somit fast deckungsgleich mit der gesamtdeutschen Geschlechterverteilung in der Sozialen Arbeit, bei der ein Frauenanteil von 74,0 Prozent vorliegt (Bundesagentur für Arbeit, 2023, o. S.).

Die DVSG hat jeweils eine Stellenbeschreibung, Aufgabenbeschreibung und Arbeitsplatzbeschreibung für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation formuliert. Darüber hinaus steht eine Produkt- und Leistungsbeschreibung für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen zur Verfügung. Hierbei handelt es sich um Rahmenempfehlungen, welche Orientierung bei der

⁵⁸ Diese berücksichtigen die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, dem Mikrozensus, die Krankenhausstatistik sowie die Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes (Adolph & Seibert, 2016, S. 29–33).

Definition und Ausgestaltung der Tätigkeiten in diesem Bereich bieten sollen. Diese Handreichungen bieten eine Orientierung, sind aber hinsichtlich ihrer Durchsetzungsfähigkeit begrenzt, da sie nicht über den Fachverband hinaus (rechtlich) verankert sind.

Hinsichtlich der Arbeitsplatzgestaltung empfiehlt die DVSG ein eigenes Büro innerhalb der Einrichtung sowie als technische Ausstattung „einen eigenen PC-Arbeitsplatz mit Intranet-/ Internet-Zugang sowie einen eigenen Telefonanschluss mit Anrufbeantworter“ (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020a, S. 1). Darüber hinaus werden eine eigene Mailadresse inklusive der Möglichkeit der digitalen Signatur/Verschlüsselung, ein Drucker sowie ein Fax-/Kopier-/Scangerät empfohlen. Im Kontakt mit den Rehabilitand*innen ist zudem die Überreichung von Informationsmaterial wichtig, so dass auch das Vorhandensein sowie eine geeignete Präsentationsform desselbigen hervorgehoben wird. Ferner wird darauf verwiesen, dass der Sozialdienst die Möglichkeit haben muss, auf das interne Qualitätshandbuch zuzugreifen und dass ihm Fort- und Weiterbildung sowie Supervision mit einem eigenen jährlichen Budget zustehen. Als Anhaltspunkt werden zwei Prozent der Brutto-Jahresarbeitszeit pro Kopf genannt (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020a, S. 1).

Die Aufgaben, die DVSG spricht hier auch von Leistungen und Produkten der Sozialen Arbeit, in der medizinischen Rehabilitation, können grob anhand der zwei Kategorien

- *fallbezogen* sowie
- *nicht-fallbezogen*

unterschieden werden. Die *fallbezogenen* Aufgaben beziehen sich hierbei direkt auf die zu rehabilitierende Person, müssen jedoch nicht zwangsläufig in unmittelbarer Interaktion zu dieser erbracht werden. Um diese Aufgaben erfüllen zu können, ist zunächst die Erstellung einer Sozialanamnese und bei Bedarf auch einer Sozialdiagnose erforderlich. Darüber hinaus soll der Unterstützungs- und Hilfebedarf anhand geeigneter Assessments festgestellt werden (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020b). Zu den fallbezogenen Aufgaben zählen

- psychosoziale (z. B. Hilfen bei Problemen im sozialen Umfeld sowie der Krankheitsbewältigung),
- soziale (z. B. Hilfen zur Organisation von Angelegenheiten des täglichen Lebens) und
- wirtschaftliche Interventionen (z. B. Aufklärung und Antragstellung von Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern XII, IX sowie XI) sowie die

- ambulante/stationäre Nachsorge (z. B. Organisation von häuslicher Pflege) sowie
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und/oder am Leben in der Gemeinschaft (z. B. die Einleitung einer Stufenweisen Wiedereingliederung) (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2019).

Inner- und außerhalb der Einrichtung obliegt es der Sozialen Arbeit, die jeweiligen in ihrem Arbeitsfeld angesiedelten Unterstützungsmaßnahmen zu koordinieren und im Reha-Team bei der Umsetzung des Entlassmanagements⁵⁹ nach §§ 40, 41 SGB V mitzuwirken. Darüber hinaus sind „sie verantwortlich für die zeitgerechte Führung einer geeigneten Dokumentation, Leistungserfassung und Evaluation“ (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020b, S. 2) sowie im Sinne eines Wissensmanagements dazu verpflichtet ihre Kenntnisse aktuell zu halten sowie innerhalb des Sozialdienstes weiterzugeben (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020b).

Die *nicht-fallbezogenen* Aufgaben beziehen sich auf Tätigkeiten inner- sowie außerhalb der Einrichtung. Hierzu gehört es, dass die Soziale Arbeit ihre Leistungen und Interessen nach außen vertritt. Dies kann sich auf Besprechungen und Zusammenkünfte innerhalb der Einrichtung beziehen, aber auch auf Arbeitsgruppen und ähnliches im Gemeinwesen oder sogar auf Landes- sowie Bundesebene, beispielhaft können hier die Landesverbände der DVSG genannt werden. Die Soziale Arbeit kann als Multiplikator auftreten und ihr Wissen innerhalb des Reha-Teams weitergeben und ist natürlich ebenfalls verantwortlich für die Anleitung sowie Beurteilung von Praktikant*innen für die staatliche Anerkennung (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020b).

Im Bereich der schriftlichen Aufzeichnungen werden die „Dokumentation der laufenden Arbeit“, die „Erstellung von Sozialberichten“, das „Erstellen und Führen von Statistiken, Leistungserfassung, Evaluation der Beratungsarbeit“ sowie die „Erhebung von Sozialanamnesen, Durchführung von Sozialer Diagnostik“ (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020c, S. 2–3) explizit benannt. Zudem gehört es zu den Befugnissen und Kompetenzen, dass die „Einsicht in Krankenakten und [die] Dokumentation im Rahmen der

⁵⁹ Einen Anspruch auf ein Entlassmanagement nach den §§ 40-41 SGB V haben lediglich gesetzlich Krankenversicherte, welche stationär in einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung aufgenommen werden. Auf die in dieser Studie im Fokus stehenden DRV-Rehabilitand*innen ist folglich kein Entlassmanagement anzuwenden.

Aufgabenerfüllung“ (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020c, S. 2–3) stattfindet.

Hervorzuheben ist, dass der Zeitanteil mit direktem Klient*innenkontakt in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation deutlich höher ist als im nah verwandten Handlungsfeld des Akutkrankenhauses. Im direkten Vergleich beträgt dieser Anteil 60,8 Prozent in der medizinischen Rehabilitation gegenüber 39,7 Prozent im Akutkrankenhaus. Die unterschiedlichen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise ein erhöhter Zeitdruck durch die DRG-Abrechnung in den Akutkrankenhäusern sowie die deutlich voneinander abweichenden Liegezeiten können als Erklärung herangezogen werden (Adolph et al., 2016, S. 43).

2.4 Vierfaches Mandat

In der Sozialen Arbeit wird regelhaft der Ausdruck des Mandats bemüht, um die verschiedenen Spannungsfelder in denen sie sich bewegt, deutlich werden zu lassen. In diesem Zusammenhang ist das Mandat mit einem Auftrag gleichzusetzen, welcher jedoch ohne spezifischere Handlungsanweisungen auskommt (Staub-Bernasconi, 2018, S. 111). Das Doppelmandat, welches das spannungsreiche Verhältnis von Hilfe und Kontrolle ausdrückt, wurde von Böhnisch und Lösch 1973 beschrieben. Es wurde später von Staub-Bernasconi um das Tripelmandat ergänzt. Dieses soll den Auftrag der Sozialen Arbeit als Handlungswissenschaft mit ihrem Ethikodex und den Anforderungen als Menschenrechtsprofession gerecht werden. Das vierte Mandat wurde von Röh hinzugefügt und bezieht das Spannungsfeld zwischen Sozialarbeiter*innen sowie den Organisationen wo diese angestellt sind, mit ein. Mit den Mandaten beziehungsweise deren Wahrnehmung sind „Loyalitäts-, Rollen-, Handlungs- und Identitätskonflikte (.) vorprogrammiert“, gehören jedoch „(...) unabweisbar zu den Merkmalen der Disziplin und Profession Sozialer Arbeit (Staub-Bernasconi, 2018, S. 114).

Im Folgenden werden diese Mandate spezifiziert, auf das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation übertragen und mit konkreten Beispielen belegt. Das *erste Mandat*⁶⁰ ist, dass der Hilfe und Kontrolle beziehungsweise der Gesellschaft. Nach Meinung von Böhnisch und Lösch sowie Staub-Bernasconi kann das erste Mandat auch als rechtlicher

⁶⁰ Je nach Literatur wird entweder das erste oder das zweite Mandat als ‘Mandat der Adressat*innen’ bzw. ‘Mandat der Gesellschaft’ bezeichnet, wobei das inhaltliche Verständnis hierzu gleichbleibt.

Auftrag der Gesellschaft an die Soziale Arbeit verstanden werden. Die Soziale Arbeit als weisungsgebundener Beruf, dessen Auftrag sich aus Gesetzen ableitet. Die Gefahr von 'Hilfe als Kontrolle' sei hierbei besonders präsent (Böhnisch & Lösch, 1973; Staub-Bernasconi, 2018, S. 113). Insbesondere in den Sozialgesetzbüchern V, VI sowie IX wird der staatliche Auftrag, den die Soziale Arbeit zu erfüllen hat, deutlich. Das staatliche Wächteramt (Art 6 GG, § 1 Abs. 2 SGB VIII), welches mit diesem Mandat untrennbar verbunden ist, greift in der Rehabilitation von Erwachsenen nicht, sondern bleibt der Kinder- und Jugendhilfe vorbehalten. Vielmehr bestimmt der Auftrag der Rehabilitationsträger die Arbeit des Reha-Teams. Das oberste Ziel ist regelhaft die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe (§ 1 SGB IX). Für die DRV als Rehabilitationsträger konkretisiert sich dieses Ziel in der (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt sowie die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (§ 49 Abs. 1 SGB IX). Der Grundsatz 'Reha vor Rente' verdeutlicht diesen Fokus.

Das *zweite Mandat* wird auch als Mandat der Klient*innen bezeichnet. Es hat seinen Ursprung im 20. Jahrhundert und gelangt durch den Diskurs Kritischer⁶¹ Sozialer Arbeit sowie der Lebensweltorientierung nach Thiersch zu einer größeren Bedeutung. Bei diesem Mandat steht die Orientierung am Individuum im Mittelpunkt des sozialarbeiterischen Handelns (Vlecken, 2021). „Menschen werden als Expert*innen ihrer Lebenswelt gesehen, die am besten wissen, was sie brauchen“ (Vlecken, 2021, S. 206). Die Kritik richtet sich weniger gegen das Mandat selbst, sondern vielmehr gegen dessen Alltagsrelevanz. Es wird angemerkt, dass die zunehmende Ökonomisierung der Sozialen Arbeit dazu führt, dass die individuelle Orientierung in den Hintergrund tritt. Der Zeitdruck werde höher, so dass für eine umfangreiche Analyse von Situationen und Bedarfen oftmals nicht genügend Ressourcen zur Verfügung stehen würden (Vlecken, 2021). Das zweite Mandat steht für die Verpflichtung der Sozialen Arbeit, die Wünsche und Bedarfe der Rehabilitand*innen wahrzunehmen und ihnen mit Empowerment zu begegnen. Dies kann bereits im Akutkrankenhaus damit beginnen, dass die Patient*innen bei der Wahrnehmung ihres Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX für eine Rehabilitationseinrichtung unterstützt werden. In der Einrichtung angekommen, kann der Sozialdienst eine Anamnese erstellen, eine Soziale Diagnostik durchführen und gemeinsam mit der zu rehabilitierenden Person die Reha-Ziele festlegen. Diese gelten als wichtiger Baustein der sich an-

⁶¹ Bezeichnung für Gruppierungen und Strömungen in und um die 'Arbeitskreise Kritische Soziale Arbeit'.

schließenden Behandlung. Je nach Indikation, in der Suchthilfe, der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation sowie der Psychosomatik natürlich verstärkt, spielt auch die Unterstützung und Hilfe von Angehörigen eine Rolle.

Was sich bei Betrachtung beider Mandate offenbart, ist die durchaus mitzudenkende Widersprüchlichkeit in der Auftragsvergabe. Je nach Gesetzeslage und den sich hierin widerspiegelnden gesellschaftlichen Verhältnissen können sich beide Mandate konträr zueinander verhalten. Beispielhaft zu nennen ist hierbei die medizinische Rehabilitation einer chronisch kranken Person. Zum einen sollten alle der Person dienenden Schritte und Therapien eingeleitet werden. Zum anderen gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V, welches den Rahmen per se begrenzt. Dieses Spannungsfeld gehöre zum 'Berufsschicksal' der Sozialen Arbeit (Böhnisch & Lösch, 1973, S. 27; Staub-Bernasconi, 2018, S. 114). So etabliert die Theorie der verschiedenen Mandate in der Sozialen Arbeit auch ist, stößt sie dennoch auf Kritik. Lutz betrachtet das Doppelte Mandat als Ausrede der Professionsangehörigen. Auf diese Weise könnten immer wieder Entschuldigungen gefunden werden, warum etwas nicht so laufe wie gewollt. Die gesellschaftlichen Bedingungen seien etwa genauso schuld wie die mangelhafte finanzielle Ausstattung (Lutz, 2011, S. 17). „Mit dieser Konstruktion hofft die Profession ihr angebliches 'Janusgesicht' zu definieren und zugleich sich als 'Kritische Instanz' zu legitimieren und zu bewahren (...)“ (Lutz, 2011, S. 18).

Dem ethischen Kodex, der Menschenwürde sowie dem Wissen von Profession und Disziplin verpflichtet ist das *dritte Mandat*. Dieses Konstrukt, bezeichnet als Tripelmandat, wurde von Staub-Bernasconi entwickelt und ist in die andauernde Debatte der Professionalisierung Sozialer Arbeit eingebettet. In der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sind die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte sowie die UN-Behindertenrechtskonvention von Bedeutung. Im Bereich des Wissens sind alle Methoden und Theorien relevant, welche die Themen Gesundheit und Krankheit sowie soziale Ungleichheit und die gesundheitlichen Folgen hiervon beinhalten. Für den Sozialdienst in der medizinischen Rehabilitation sind hier insbesondere auch Kenntnisse im Sozialrecht, der Beratung sowie der psychosozialen Unterstützung zu nennen. Staub-Bernasconi verweist darauf, dass die Soziale Arbeit kein direktes politisches Mandat habe, es gelte unabhängig von politischen Strömungen zu sein. Stattdessen betont sie ein autonomes, wissenschaftlich und menschenrechtsbasiertes Mandat, das soziale Gerechtigkeit einbezieht. Dieses Mandat wird von der globalen wissenschaftlichen und professionellen Gemeinschaft der

Sozialen Arbeit definiert (Staub-Bernasconi, 2018, S. 114–120). Prasad definiert die Menschenrechte ebenfalls als ein Fundament der Sozialen Arbeit. Gleichzeitig sieht sie diese aber auch als einen „Orientierungs- und Referenzrahmen in Mandatskonflikten“ (Prasad, 2018, S. 37) an. Die Menschenrechte können eine Instanz darstellen, an denen die eigene sozialarbeiterische Arbeit reflexiv ausgerichtet werden kann (Prasad, 2018).

Das Tripelmandat bringt erhebliche Herausforderungen mit sich, so die Kritik. Die Profession erlegt es sich selbst auf, es ist nicht zwangsläufig staatlich anerkannt und kann folglich zu Legitimierungsproblemen führen, wenn die daraus abgeleitete Praxis nicht mit der geltenden Sozialgesetzgebung und staatlichen Prinzipien übereinstimmt. Die daraus entstehenden Spannungen können die Berufspraxis erheblich belasten und die Handlungsfähigkeit einschränken. Zudem wird der Sozialen Arbeit mit der Wahrung der Menschenrechte eine Aufgabe übertragen, die sie nur schwer erfüllen kann, da diese zu umfassend und überwältigend ist (Müller-Hermann & Becker-Lenz, 2013).⁶²

Die Einbeziehung der Perspektive der Institutionen Sozialer Arbeit wird im *vierten Mandat* deutlich. Röh sieht die Notwendigkeit, ein weiteres Mandat hinzuzufügen, insbesondere im Hinblick auf die zunehmende Ökonomisierung. Die sich in einem Transformationsprozess verändernden Bedingungen der Gesellschaft an die Soziale Arbeit beinhalten auch neoliberale Hegemoniebestrebungen (Röh, 2013, S. 68–69). Röh konkretisiert dies, indem er angibt, dass sich die Soziale Arbeit „mit institutionellen Vorgaben, Rahmensetzungen und Grundlagen auseinanderzusetzen hat“ (Röh, 2006, S. 446). Dies beinhaltet die konsequente Marktanpassung und Kostenreduktion durch optimale Ressourcennutzung, wobei die Produktivität trotz gleichbleibender oder verringerter finanzieller Mittel gesteigert werden soll (Röh, 2013, S. 70).

In der medizinischen Rehabilitation gelten eine Vielzahl unterschiedlicher Empfehlungen, gesetzlicher Vorgaben sowie in- und externer Regelungen. Hierbei gibt es Verflechtungen, insbesondere auf rechtlicher Seite, mit dem zweiten Mandat. Beispielsweise sieht § 15 Abs. 9–10 SGB VI bis zum 1. Januar 2026 eine Überprüfung der Wirksamkeit der Qualitätsstandards von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation vor, verbunden mit der Einführung einer davon abhängigen Vergütung. Die Auswahl und Anwendung von Qualitätsmanagementsystemen spielt hierbei eine wichtige Rolle und betrifft den Sozialdienst direkt. Die Soziale Arbeit

⁶² Der fachliche Diskurs über das dritte Mandat ist umfangreich und wird kontrovers geführt. Die Stellung, Einordnung und Bewertung der Menschenrechte kann hier nicht in ihrer Gänze dargestellt werden.

kann beispielsweise dann in einen Handlungskonflikt geraten, wenn die Wünsche und Bedürfnisse der zu rehabilitierenden Person konträr zu den Interessen der Gesellschaft (erstes Mandat) oder auch der Institution (viertes Mandat) stehen. Nach § 51 SGB V müssen Versicherte innerhalb einer zehnwöchigen Frist einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe stellen, wenn ihre Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet ist. Kommen sie dieser Aufforderung nicht nach, kann der Anspruch auf Krankengeld auslaufen. Der hiervon betroffene Personenkreis tritt eine medizinische Rehabilitation eventuell nicht alleine mit dem Wunsch nach Genesung bzw. einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit an, sondern handelt (auch) aus Angst vor großen finanziellen Einbußen. Das Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle wird hierbei deutlich. Es tritt auch dann hervor, wenn der/die Rehabilitand*in gar nicht das Ziel hat, in die Arbeitswelt zurückzukehren. Grundsätzlich ist es das Interesse der Institution möglichst viele Personen wieder arbeitsfähig zu entlassen beziehungsweise hierauf vorzubereiten, zum Beispiel durch eine Stufenweise Wiedereingliederung⁶³. Der Sozialdienst befindet sich in einem Handlungskonflikt. Kommt dieser dem Wunsch des Individuums nach und berät, unterstützt hinsichtlich einer vollen Erwerbsminderungsrente und passt hierauf zudem noch die eigene Dokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht an, steht dies konträr zu den Wünschen der Gesellschaft insbesondere der Solidargemeinschaft in der Sozialversicherung sowie den Zielen der eigenen Institution. Hierbei ist es bedeutsam, sich diesen teilweise widersprüchlichen Mandaten bewusst zu sein. Eine umfassende Auflösung ist nicht möglich, die extremen Pole können jedoch abgemildert werden. Interdisziplinäre Fallbesprechungen bieten hierbei die Möglichkeit des Austauschs an. Ferner sollte die Offenlegung und Transparenz der Vor- und Nachteile verschiedener sozialmedizinischer Leistungsbeurteilungen mit in die Beratung einfließen. Zudem gilt es, dem häufig auftretenden Vorwurf von Willkürlichkeit in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung durch Transparenz zu begegnen. Hinsichtlich der klient*innenbezogenen Dokumentation ist es denkbar, dass sich die benannten Spannungsfelder hierin widerspiegeln und somit zur Reflexion und Transparenz der Beratungs- und Entscheidungsprozessen beitragen.

2.5 Dokumentation im theoretischen Kontext

Es besteht ein Konsens darüber, dass die Sprache das mit Abstand wichtigste Werkzeug der Sozialen Arbeit ist (Gehlmann, Nieslony & Petrov, 2017, S. 11). Im Regelfall ist hiermit das

⁶³ Diese tritt die Person arbeitsunfähig an und wird regelmäßig nach erfolgreicher Absolvierung nicht länger krankgeschrieben.

gesprochene Wort gemeint. Beispielhaft können das große Feld der Beratung, der Beziehungsaufbau zwischen Sozialarbeiter*in und Klient*in sowie zahlreiche Interventionen in der Regel durch die mündliche Kommunikation stattfinden. Die Schriftsprache hingegen nimmt in der fachlichen Wahrnehmung und Diskussion einen deutlich geringeren Stellenwert ein. Dieser Umstand ist hervorzuheben, da davon ausgegangen werden kann, dass die Zeit, welche zur Dokumentation benötigt wird, im beruflichen Alltag eher zugenommen hat (Reichmann, 2022, S. 8). „Das Gesundheitswesen zeichnet sich durch eine immer stärker zunehmende Regelungsichte und Verschriftlichung aus“ (Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V., 2007, S. 5). Im Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation sind diesbezüglich vor allem Qualitätsmanagementmaßnahmen sowie die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung anzuführen. In der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere im Bereich der gutachtlichen Stellungnahmen, wird davon ausgegangen, dass sich der quantitative Umfang nicht mehr reduzieren wird (Borg-Laufs, Seidenstücker & Röchling, 2022, S. 12).

Angesichts der signifikanten Bedeutung schriftlicher Kommunikation im Gesundheitswesen und des mindestens stabil bleibenden, wenn nicht zunehmenden, quantitativen Umfangs derselben, konzentriert sich dieser Abschnitt auf die Untersuchung der Dokumentation im theoretischen Kontext. Um das Feld der Dokumentation möglichst vollständig abzubilden, ist es unerlässlich auch den Erwerb und die Verarbeitung von Rehabilitand*innendaten in den Blick zu nehmen. Im Fachdiskurs gibt es hierzu zwei eher gegensätzlich verstandene Ansätze: den klassifikatorischen sowie den rekonstruktiven.

Der klassifikatorische Ansatz kennzeichnet eine geplante, oft auch standardisierte Vorgehensweise mittels diagnostischer Instrumente. Dies kann bedeuten, dass bereits zu Beginn des Klient*innenkontakts, dieser muss nicht zwangsläufig in physischer Anwesenheit stattfinden, Tests durchgeführt werden oder auch Anamnesebogen ihre Anwendung finden (Heiner, 2013, 18–19). Die Befürwörter*innen des rekonstruktiven Ansatzes plädieren für eine Informationsbeschaffung wie sie innerhalb eines flexiblen, zwar zeitlich geplanten aber inhaltlich offenen, Gesprächs stattfindet. „Zentral ist für sie die Meinungsbildung im Dialog mit den Klientinnen und Klienten, um vor diesem subjektiven Hintergrund die aktuellen, oft biografisch verankerten Einstellungen und Verhaltensmuster verstehen zu können“ (Heiner, 2013, 19). Die Informationsbeschaffung, im gesundheitlichen Bereich spricht man auch von Erhebung bzw. Anamnese, findet also während des Dialogs statt.

In der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit wird die Diskussion darüber, welcher Ansatz primär verfolgt werden sollte, überall dort geführt, wo der Kontakt zu Klient*innen regelhaft einen längeren Zeitraum andauert. Zu nennen sind hier beispielhaft das Case Management sowie einzelne Handlungsfelder in der Kinder- und Jugendhilfe. Grundsätzlich kann in der Diskursführung eher von einer Annäherung beider Positionsverfechter*innen ausgegangen werden. Eine vollständig offene Herangehensweise erscheint in einigen Handlungsfeldern zudem eher illusorisch, da es üblich ist, auf bereits vorhandene Informationen zurückzugreifen, beispielsweise vor dem Hintergrund von Personal- und Zeitmangel sowie eines hohen Kostendrucks.

In der somatischen Rehabilitation spielt dieser Diskurs eher keine, wenn überhaupt eine abstrakte, theoretische und zeitgleich untergeordnete Rolle. Es ist verbreitete und seit Jahren übliche Berufspraxis, dass bereits vor der Anreise oder während des Erstkontakts mit der zu rehabilitierenden Person Informationen zu dieser in der Einrichtung vorliegen. Dies hängt mit der Arbeitsweise der DRV zusammen, welche regelhaft bereits von den Antragsteller*innen einer medizinischen Rehabilitation erwartet, dass Angaben zur Person, dem Beruf etc. ausgefüllt werden sollen. Mit Hilfe dieser Screening-Verfahren soll eine passgenauere Zuordnung zu Einrichtungen sowie Programmen, beispielsweise den verschiedenen MBOR-Phasen, erfolgen. Einmal in der Einrichtung angekommen, stehen diese Informationen, digital oder in Papierform abgelegt, in der Krankenakte zumindest theoretisch allen Mitgliedern des Reha-Teams zur Verfügung.

Resümierend lässt sich sagen, dass der klassifikatorische Ansatz in der medizinischen Rehabilitation die Regel darstellt. Dies hängt mit der Arbeitsweise der DRV, mit der eher kurzen Rehabilitationsdauer und vermutlich auch mit der Verortung im Gesundheitssystem zusammen. In der Medizin spielen traditionell Klassifikationssysteme wie beispielsweise die 'Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme' (ICD) eine große und bedeutende Rolle und sind systemimmanent. Dies bedeutet jedoch nicht, dass eine klassifikatorische Einordnung automatisch von Sozialarbeitenden ausgehen muss. Vielmehr kann die Soziale Arbeit auch Nutznießerin, von den Erkenntnissen anderer Professionen des Reha-Teams, sein. An dieser Stelle streift der Diskurs die Debatte um die Chancen und Herausforderungen von professionsfremd erstellten Anamnesen und/oder Diagnosen sowie der Frage, inwieweit diese übernommen werden dürfen und welche Fragestellungen sowie welches Beratungshandeln sich hieraus ableiten lassen. Generell ist die Gesprächsführungskompetenz als ausschlaggebende Determinante einzuschätzen. Unabhängig von der Qualität und Quantität

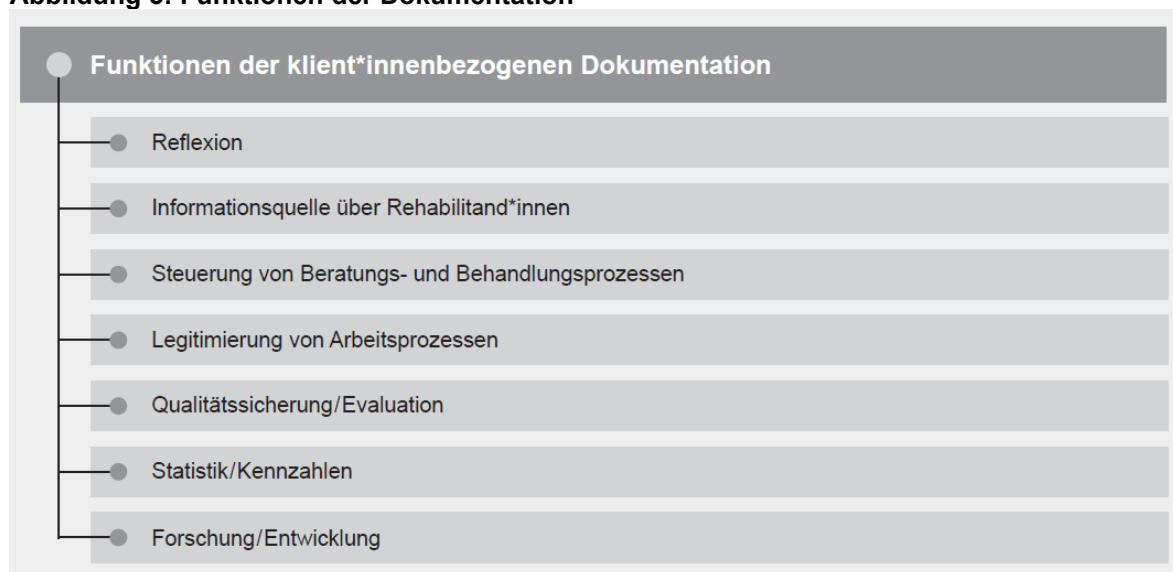
des bereits vorhandenen Dokumentationsmaterials gehört es zur sozialarbeiterischen Sorgfaltpflicht dieses, ob für die zu rehabilitierende Person erkennbar oder nicht, im Dialog zu verifizieren oder zu falsifizieren.

Das folgende Kapitel widmet sich einer eingehenden Untersuchung der zentralen Bestandteile und Herausforderungen, die die Dokumentation aus verschiedenen Perspektiven beleuchten.

2.5.1 Funktion

Der Terminus ‘Dokumentation’ kann in der Sozialen Arbeit sowohl einen Vorgang als auch ein Endprodukt bezeichnen (Koch, 2020). Das Zusammenfassen eines Beratungsgesprächs oder auch die Zuordnung desselben zu einer KTL ist als Vorgang zu betrachten, während die Rehabilitand*innenakte als Ergebnis gesehen werden kann. Die Dokumentation, sowohl in ihrer prozessualen als auch in ihrer resultativen Dimension, erfüllt innerhalb der Sozialen Arbeit mannigfaltige Funktionen.

Abbildung 3: Funktionen der Dokumentation



Die Dokumentation fördert die *Reflexion*, indem sie sowohl vor als auch während ihrer Erstellung Anregungen bietet. Außerdem unterstützt sie die direkte Bearbeitung von Reflexionsaufgaben, sowohl für Einzelpersonen als auch im Rahmen von Sozialdiensten (Reichmann, 2022, S. 17–21). Taylor und White weisen zudem darauf hin, dass über die Prozesse des Schreibens und der hierdurch entstehenden Produkte auch die Herangehensweise bzw. die Durchführung

von Kommunikation beeinflusst wird. Dies gilt sowohl für den Kontakt zur eigenen Profession, zu anderen Berufsgruppen als auch zur Klient*innengruppe (Taylor & White, 2000, 141ff).

Ein weiterer Aspekt betrifft die kritische Untersuchung der potenziellen Rückkopplungseffekte, die durch eine klient*innenbezogene Dokumentation induziert werden könnten. Es gilt zu hinterfragen, inwiefern die Dokumentationspraxis das Potential besitzt, unterstützend für nachfolgende Beratungsgespräche zu wirken. Bevor zusätzliche Überlegungen formuliert werden, ist es erforderlich, auf eine spezifische Limitation hinzuweisen. Ähnlich wie in diversen anderen Beratungskontexten, wird auch in der medizinischen somatischen Rehabilitation zumeist lediglich eine einzige Beratungssitzung pro Rehabilitand*in durchgeführt. Dies lässt sich einerseits auf die im Durchschnitt kurze Aufenthaltsdauer von etwas über drei Wochen und andererseits auf den häufig dominierenden sozialrechtlichen Fokus zurückführen. Sobald aus der Perspektive der Rehabilitand*innen die wesentlichen Fragen, die oftmals die weitere finanzielle Absicherung betreffen, wie beispielsweise Lohnfortzahlung im Krankheitsfall oder Übergangsgeld von der DRV, geklärt sind, besteht kein Bedarf mehr an zusätzlichen Beratungsgesprächen. Bei der Personengruppe bei der Folgetermine stattfinden, besteht die Möglichkeit einer Rückkopplung durch Dokumentation. Dies kann bereits im Beratungsgespräch selbst stattfinden. Im Beisein der zu rehabilitierenden Person können Informationen direkt notiert und gegebenenfalls, in Wechselwirkung, korrigiert werden. Auf diese Weise kann eine höhere Güte der erhobenen Daten erzeugt werden. Insbesondere bei Personen mit komplexen Beratungsbedarfen, wie sie beispielsweise bei BBPL vorzufinden sind, kann es zu Rückkopplungen kommen. Bei einem Folgegespräch liegen bereits erhobene Daten vor und es kann weiter hiermit gearbeitet werden. Im für Rehabilitand*innen oft undurchsichtigen Sozialrecht können Klarheit und Struktur entstehen. Eine weitere Möglichkeit eine Wechselwirkung zu erzeugen ist die gemeinsame Erarbeitung und Dokumentation von Reha-Zielen. Zu Beginn, gegebenenfalls in der Mitte des Aufenthalts sowie am Ende kann eine Verschriftlichung der Ziele für die/den Rehabilitand*in sehr hilfreich sein. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Rückkopplung durch Dokumentation möglich ist, sich jedoch aufgrund der Limitationen eher auf eine kleine Gruppe von Rehabilitand*innen bezieht.

Eine Fallakte fungiert als zentrale *Informationsquelle über Klient*innen* und versorgt – selbstverständlich abhängig von internen Zugriffsregelungen – das gesamte Reha-Team mit Daten, Befunden und Mitteilungen zur betreffenden Person. Explizit im Handlungsfeld der medizini-

schen Rehabilitation können, unter Berücksichtigung des Datenschutzes, auch externe Nachbether*innen Informationen im Rahmen der Reha-Nachsorge erhalten. Mit Augenmerk auf die Dokumentation des Sozialdienstes kann kritisch gesehen werden, dass in der regelhaft stattfindenden 1:1 Beratung ein Vertrauensverhältnis entsteht, welches auf zwei ungleichen Wissensgrundlagen besteht. Während die/der Berater*in weiß, welche Aussagen von Interesse für das Reha-Team sein könnten und Eingang in die Fallakte finden, verfügt die/der Klient*in häufig über kein spezifisches Wissen diesbezüglich. Die sich hieran anschließende oder auch bereits parallel stattfindende Dokumentation des Gesprächs kann letztlich also Inhalte aufweisen die, eventuell aus Nutzer*innensicht aus dem Kontext gerissen erscheinen. Eine Aushandlung zwischen den Gesprächspartner*innen, so wie sie regelhaft mündlich stattfindet, ist im schriftlichen Kontext „aufgrund der zeitlichen bzw. räumlichen Distanz zwischen Produktion und Rezeption“ (Reichmann, 2022, S. 15) nicht möglich. Darüber hinaus existieren keine verbindlichen Rahmenvorgaben dazu, dass die klient*innenbezogene Dokumentation mit der zu rehabilitierenden Person besprochen wird. Ob also eine Besprechung und/oder ein partizipatorischer Aushandlungsprozess zwischen den Beteiligten in Ausnahmefällen, regelhaft oder gar nicht stattfindet, liegt im Ermessen der/des Sozialarbeiter*in. Die empfundene Notwendigkeit dieses Schrittes variiert natürlich von der Art der Dokumentation, z. B. ob es sich um die Ergebnisse sozialarbeiterischer Diagnostik handelt oder eher um standardisierte Satzbausteine, bleibt aber letztlich dem professionellen Urteilsvermögen und der Einschätzung der/des Sozialarbeiter*in überlassen, welche basierend auf Erfahrung, Fachwissen und dem individuellen Fall entscheidet, welche Vorgehensweise am besten den Bedürfnissen der Klient*innen dient.

In der Steuerung von *Beratungs- und Behandlungsprozessen* innerhalb des Sozialdienstes sowie durch interne, übergeordnete Funktionsträger, besteht die Möglichkeit, spezifische Rehabilitationsgruppen zu identifizieren. Durch das Lesen und Auswerten der Dokumentation sowie der KTL-Zahlen kann dieses Ziel erreicht werden. In einem nächsten Schritt können dann, ähnlich wie beim Case Management, auf Institutionsebene Rehabilitand*innenpfade optimiert werden. Diese Differenzierung ermöglicht eine gezieltere Gestaltung der Zugänge zum Sozialdienst. Die Frage, ob die Teilnahme an einem Vortrag oder einer Kleingruppe effektiver ist als eine individuelle Beratung oder umgekehrt, lässt sich nicht pauschal beantworten. Sie hängt vielmehr von den Bedürfnissen und Merkmalen der jeweiligen Rehabilitand*innen ab. Für bestimmte Individuen oder Gruppen kann die Teilnahme an einem Vortrag, der allgemeine Infor-

mationen vermittelt, ausreichen, um notwendige Veränderungen im Verhalten oder in der Einstellung anzustoßen. Andere Rehabilitand*innen hingegen profitieren vielleicht mehr von einer intensiveren Auseinandersetzung mit ihren spezifischen Problemlagen in einem Kleingruppenformat. Hier wird mehr Raum für einen persönlichen Austausch und die Entwicklung individueller Lösungsansätze geschaffen. Darüber hinaus kann die Steuerung des Beratungs- und Behandlungsprozesses durch Dokumentation für die/den Rehabilitand*in bedeuten, dass doppelte Untersuchungen, Anamnesen und ähnliches vermieden werden, da in der Dokumentation bereits diese Informationen verzeichnet sind.

Die Akte kann *Arbeitsprozesse legitimieren*. Sie wird in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation als Medium angesehen, welches eine Kontrolle über die geleistete Arbeit der Beschäftigten ermöglicht. Zudem kann sie bei Hinweisen auf Verfahrensverstößen auch als Beweismittel eingesetzt werden (Reichmann, 2022, 7ff; Taylor & White, 2000, 141ff). Der Legitimierungsaspekt trifft sowohl gegenüber den Kolleg*innen, den Vorgesetzten, dem Träger als auch im Einzelfall auf Gerichte zu (Geiser, 2000, S. 110). Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und einer immer stärker werdenden Arbeitsbelastung (Fischer & Graßhoff, 2021, S. 8) muss die Dokumentation ebenfalls als Mittel der Darstellung gesehen werden. Die Leistungen der Sozialen Arbeit sollen transparent und nachvollziehbar sein. Dies ist sowohl innerhalb als auch außerhalb des Sozialdienstteams von Nutzen. Innerhalb des Teams kommt dieser Aspekt beispielsweise dann zum Tragen, wenn Vertretungen notwendig sind oder auch bei der Einarbeitung neuer Kolleg*innen bzw. Sozialarbeiter*innen während der staatlichen Anerkennung. Außerhalb des Teams, also in der Einrichtung bzw. beim Kostenträger wird Transparenz immer wichtiger, insbesondere wenn es um die Sicherung und Erklärung, im schlimmsten Fall der Rechtfertigung, der eigenen beruflichen Existenz geht. Der Legitimationsgedanke gegenüber dem Kostenträger DRV trifft auch auf den Sozialdienst in der medizinischen Rehabilitation zu, obwohl dessen Arbeit nicht direkt erlösrelevant ist. Insbesondere vor dem Hintergrund eines fehlenden Nachweises einer positiven Effektivität Sozialer Arbeit in Rehabilitationseinrichtungen (Knoop, Dettmers & Meyer, 2019) erscheint die Bedeutung einer Legitimierung hoch. Einem vermutlich eher subtil wahrgenommenem Legitimationsdruck folgt ein Legitimationsbedürfnis, um einer Hinterfragung Sozialer Arbeit (pro-) aktiv begegnen zu können (Merschel, 2019, S. 15). Die Dokumentation kann als Visitenkarte, in der sich im besten Fall die hochwertige Güte der Profession widerspiegelt, angesehen werden (Brack, 2002, S. 10; Gehlmann et al., 2017, S. 124).

Als Kritikpunkt merkt Tornow an, dass im Zuge der Diskussion um Zwecke der Dokumentation häufig ein Misstrauen mitschwingt, welches „zu einem Exzess an Kontrolle führen kann (...)“ (Tornow, 2021, S. 412). Die Soziale Arbeit, möchte bzw. soll, ihre Tätigkeit legitimieren, vor (fachfremden) Vorgesetzten, vor Trägern sowie der Öffentlichkeit. Es geht ums Sichtbarmachen. Um eine Selbstdarstellung, um potenziellen Kritiker*innen bereits vorab den Wind aus den Segeln zu nehmen und um sich nicht negativ vom allgegenwärtigen Trend der Selbstoptimierung abzuheben. Anstatt darauf zu vertrauen, dass die Soziale Arbeit professionell, ethisch und zukunftsorientiert arbeite, werde ihr Misstrauen entgegengesetzt, welches durch eine Kontrolle der geleisteten Arbeit zum Ausdruck komme. Die Dokumentation sei ein Medium, durch welches diese Kontrolle stattfinden kann und bei dessen Anfertigung zugleich Zeit verloren gehe, die ansonsten in Interaktion mit Klient*innen hätte verbracht werden können (Tornow, 2021). In der Diskussion um die Ziele, die mit Dokumentation erreicht werden können, ist von einem Spannungsfeld zwischen Professionalisierung und einer auf Managementprinzipien basierenden steuernden Herangehensweise auszugehen (Ley & Seelmeyer, 2014, S. 51). Auf Organisationsebene geht es außerdem darum, die Lernfähigkeit derselben zu erhöhen sowie vorhandenes Wissen zu speichern, im besten Fall möglichst unabhängig vom arbeitenden Individuum (Ley, 2021, S. 70).

Die im Handlungsfeld stattfindende Dokumentation kann für die Erzeugung sowie Auswertung von *Statistik und Kennzahlen* genutzt werden. Schmon befragte 2016 verschiedene Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Akutkrankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Fachkliniken sowie Mischformen) unter anderem danach, welche Verfahren sie hinsichtlich der Leistungsdokumentation anwenden. Genannt wurden der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), die KTL, die DVSG-Fallgruppen sowie die Fallgruppen der Sozialarbeit FdS©. Alle Verfahren werden bzw. wurden zum Befragungszeitraum eingesetzt. Schmon zieht hieraus die Erkenntnis, dass der Bedarf nach einem Standardverfahren groß sei, da sich die erbrachten Leistungen aufgrund unterschiedlicher Verfahren nicht miteinander vergleichen ließen (Schmon, 2016). „(...) Eine einzelleistungsbezogene Abrechnung der Leistungen der sozialen Arbeit kann es nur geben, wenn Leistungen der einzelnen Häuser vergleichbar und transparent sind“ (Schmon, 2016, S. 18). Hierbei schwingt der Wunsch mit, die Soziale Arbeit, ähnlich wie bislang medizinische Leistungen im DRG-System, sichtbar und in einem zweiten Schritt auch abrechenbar zu machen. Die möglichen Hürden hierfür sind jedoch groß und stützen sich zu großen Teilen auf unterschiedliche Rechtsgrundlagen. Eine rechtlich reglementierte Zuordnung

der Sozialen Arbeit zu festgelegten Zuständigkeiten im Gesundheitswesen ist nicht existent. Zudem bleibt festzuhalten, dass es keine Sozialleistungsansprüche gibt „(...) die explizit ein Recht auf (gesundheits-)sozialarbeiterische Intervention einräumen“ (Igl, 2014, S. 1). Der punktuell auftretende Wunsch nach einer einzelfallbezogenen Abrechnung ist somit nachvollziehbar, aber gegenwärtig außerhalb der Umsetzungsmöglichkeiten. Zudem würde dies die Initiierung eines Positionspapiers oder vergleichbaren Instruments innerhalb von Profession und Disziplin erfordern. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind indes keine Anstrengungen oder methodischen Ansätze in dieser Hinsicht zu identifizieren. Trotz dieses Wissens, müssen die Beiträge der Sozialen Arbeit zum Behandlungserfolg sichtbar sein bzw. werden (Kramer, 2016, S. 6), da nur „sichtbare Leistungen (.) bei der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme berücksichtigt [werden]. Leistungen der Sozialen Arbeit, die nicht ausreichend dokumentiert werden, erscheinen so, als ob die Berufsgruppe keinen relevanten Beitrag in der Gesundheitsversorgung erbringt“ (Kramer, 2016, S. 6).

Die von Taylor und White genannte und auch in Deutschland im medizinischen und pflegerischen Bereich häufig anzutreffende Behauptung, dass nur das stattgefunden hat, was tatsächlich dokumentiert wurde (Taylor & White, 2000, S. 141–142), kann jedoch zumindest teilweise entkräftet werden. Seit 2015 bundesweit das sogenannte Strukturmodell⁶⁴ eingeführt wurde, ist die Dokumentationslast im Pflegebereich zurückgegangen. Diese Entwicklung gilt jedoch nicht für den sozialen Sektor. Hier wird empfohlen die klient*innenbezogene Dokumentation und darüber hinaus eine Statistik, als ein Teil der Dokumentation, über die durchgeführten Leistungen zu führen. Diese können dann als Basis für das jeweilige Qualitätsmanagementsystem dienen und entsprechende Kennzahlen generieren. Der Sozialdienst könnte somit Auskunft darüber geben, wie viele Fälle insgesamt bzw. anteilig er in einem vorher bestimmten Zeitraum betreut hat und welche Themen hierbei bearbeitet wurden. Ebenso würden sich thematische Schwerpunktverlagerungen sowie Änderungen bei der Inanspruchnahme bzw. der Auslastung über einen längeren Zeitraum darstellen lassen. Der Versuch einer Abbildung der Leistungen des Sozialdienstes kann sich unter anderem bei der Personalplanung und/oder bei Zertifizierungspro-

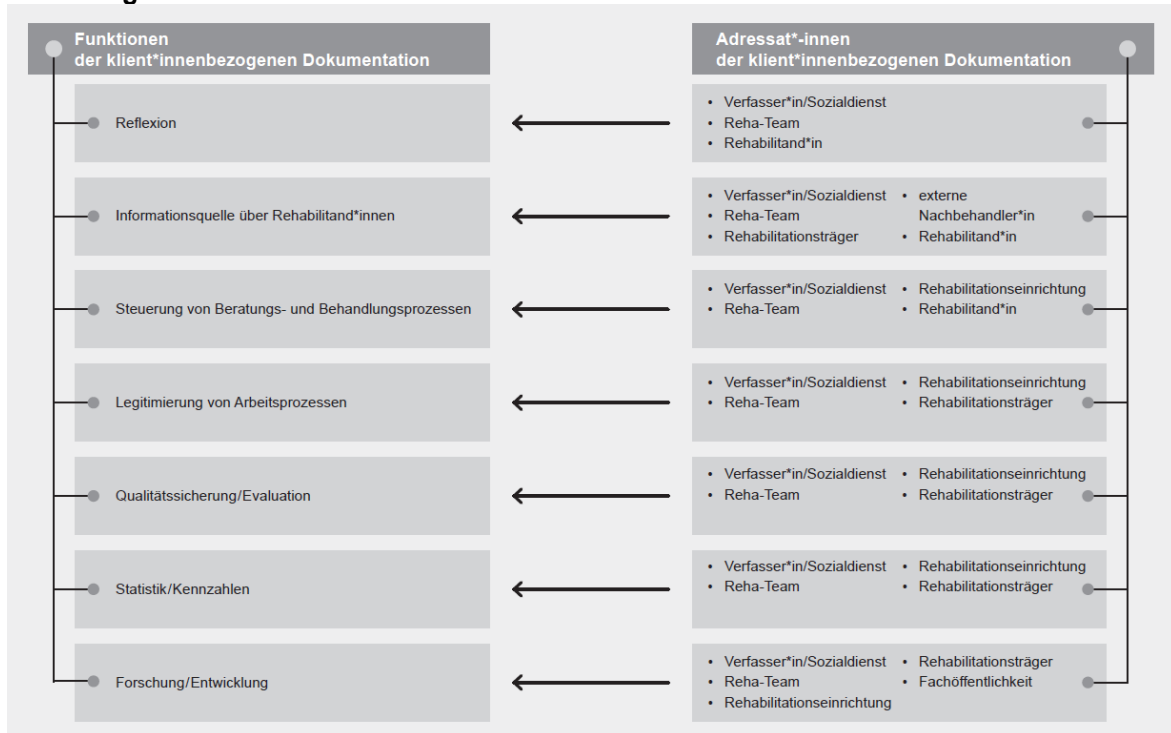
⁶⁴ Das Strukturmodell ist ein Instrument welches den Pflegeprozess steuern und den Nachweis durchgeführter Maßnahmen erleichtern soll. „In den Vereinbarungen sind insbesondere auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. Die Anforderungen dürfen über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen und sollen den Aufwand für Pflegedokumentation in ein angemessenes Verhältnis zu den Aufgaben der pflegerischen Versorgung setzen.“ § 113 Abs. 1 Satz 2-3 SGB XI

zessen bemerkbar machen. In Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation kann, in Unterschied zu Akuthäusern, jedoch grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass als Standardverfahren die KTL dient. Dies trifft auf alle Einrichtungen zu, welche unter anderem von der DRV belegt werden. Hinsichtlich der Leistungsdokumentation ist somit von einer Standardisierung innerhalb der Rehabilitationslandschaft auszugehen. Von Interesse wäre es zu erfahren, ob die dabei produzierten Daten einrichtungsintern, hinsichtlich sozialarbeiterischer Fragestellungen, ausgewertet werden und wenn ja, von welcher Stelle. Kann also der Sozialdienst auf die KTL-Dokumentation zugreifen, diese deskriptiv auswerten und vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse die eigene Arbeit evaluieren, transparenter gestalten sowie weiterentwickeln? In der Literatur finden sich bislang keine Hinweise auf eine solche Vorgehensweise in der Praxis. Darüber hinaus sind ebenfalls keine Schilderungen von Einzel- oder auch Best-Practice Beispielen dokumentiert. Es kann vermutet werden, dass bereits vorhandene Dokumentationsdaten bislang kaum von den Sozialdiensten für eigene Auswertungsprozesse genutzt werden bzw. diese Analysen zumindest nicht für die Fachöffentlichkeit zugänglich sind. Bislang sind keine qualitativen Auswertungen der klient*innenbezogenen Dokumentation des Sozialdienstes bekannt, weder auf Einrichtungsebene noch im Bereich *Forschung und Entwicklung*. Eine Auswertung der Routinedaten der DRV, zu denen auch die KTL gehört, findet jedoch statt, beispielsweise bei Knoop et al. (2022).

2.5.2 Adressat*innen

Die Identifikation von Adressat*innen ist für die Gestaltung, inhaltliche Ausrichtung sowie die Verbreitung der klient*innenbezogenen Dokumentation von großer Bedeutung. Die Dokumentation richtet sich an eine Vielzahl von Personen, sowohl inner- als auch außerhalb der eigenen Institution. Die folgende Abbildung setzt die bereits erläuterten Funktionen von Dokumentation mit den Adressat*innen derselben in Verbindung.

Abbildung 4: Funktionen und Adressat*innen der Dokumentation



In der Einrichtung selbst ist zunächst die/der *Verfasser*in*, dem *Sozialdienst* zugehörig, zu sehen, welche die Aufzeichnungen anfertigt. Wie bereits oben benannt, können die eigenen Aufzeichnungen schlichtweg eine Gedankenstütze sein, aber auch der Planung, Steuerung sowie Auswertung von Beratungskontakten dienen. Sollte der Sozialdienst mit mehreren Personen besetzt sein, richtet sich die Dokumentation ebenso an diese Zielgruppe. Eine besondere Stellung nimmt hierbei die Verlaufsdokumentation ein. In dieser können Zwischenergebnisse, offene Rückfragen z. B. zu Anbietern im Bereich der Reha-Nachsorge aber auch Ansprechpartner*innen und persönliche Eindrücke festgehalten werden. Diese prozessbegleitende Dokumentation ist nicht dafür bestimmt wort- und inhaltsgleich in den abschließenden ärztlichen Entlassungsbericht aufgenommen zu werden. Sollte, aus welchen Gründen auch immer, ein Wechsel der Zuständigkeit bzw. eine Arbeitsvertretung notwendig sein, ist es von großem Vorteil, wenn Teamkolleg*innen auf diese Verlaufsdokumentation zugreifen können.

In einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation üben Angehörige verschiedener Professionen ihre Tätigkeit aus und arbeiten mit den Rehabilitand*innen. In der Literatur werden sie gewöhnlich als *Reha-Team* zusammengefasst. Im Regelfall sind die Arbeitsfelder Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit, Pflege, Sport, Ergotherapie sowie Ernährungsberatung vertreten.

Je nach Indikationen variieren hierbei natürlich die spezifischen Stellenanteile in den Einrichtungen. Vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells lässt sich annehmen, dass die Dokumentation des Sozialdienstes potenziell für alle Angehörigen des Reha-Teams von Interesse sein könnte. Die thematischen Querverbindungen können dabei je nach Klient*in unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Aus theoretischer Perspektive lässt sich annehmen, dass die Dokumentation des Sozialdienstes sich an alle Angehörigen des Reha-Teams richtet. Die Behandlung wird jedoch in der Regel durch (fach-)ärztliches Personal gesteuert, das auch die Verantwortung für den am Ende der Maßnahme erstellten ärztlichen Entlassungsbericht trägt. Im Zuge dieser interdisziplinären Zusammenarbeit zeigen sich unterschiedliche Denk- und Handlungsmuster zwischen Professionsangehörigen der Sozialen Arbeit und der Medizin. Es kann von einem Spannungsfeld zwischen beiden ausgegangen werden. Die Sprache der Medizin ist geprägt von Fachterminologie, welche sich regelhaft aus dem Lateinischen oder Griechischen ableitet und die Physiologie, Anatomie, medizinische Verfahren sowie Krankheiten beschreibt. Überdies herrscht ein hoher Grad an Präzision vor, der Missverständnissen oder Verwechslungen vorbeugen soll. Zudem werden in einem ausgeprägten Maß Klassifikationen genutzt und erfahren teilweise eine weltweite Verbreitung (z. B. ICD). Die schriftliche sowie verbale Kommunikation innerhalb der medizinischen Profession erreicht einen hohen Standardisierungsgrad. Ferner ist die Orientierung an Forschungsergebnissen und wissenschaftlichen Standards stark ausgeprägt. Die Soziale Arbeit muss, zumindest bis zu einem gewissen Grad, die medizinische Fachterminologie beherrschen und (fach-)ärztliche Berichte auf einem grundständigen Level lesen und verstehen können. Nur so kann sie die derzeitigen und prognostizierten Auswirkungen und Entwicklungen einer Krankheit sowie die der Behandlung auf das Individuum einschätzen. Mit diesem Hintergrundwissen fällt die Kommunikation im medizinsprachlich dominierten Reha-Team leichter, gleichzeitig steigt aber auch die Wahrscheinlichkeit (un-)bewusst den Sprachduktus einer Bezugswissenschaft zu übernehmen. Die Sprache der Sozialen Arbeit weist hingegen eine geringere Dichte an Fachterminologie auf (Reichmann, 2022, S. 16). Insbesondere die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit bezieht Fachbegriffe der Nachbardisziplinen ein und agiert stark interdisziplinär (Dettmers & Bischkopf, 2021, 15). Zudem orientieren sich Sozialarbeiter*innen weniger an starren Klassifikationssystemen sondern bewegen sich sowohl verbal als auch schriftsprachlich eher innerhalb eines Kontinuums (Borg-Laufs et al., 2022, S. 78). Der Fachdiskurs innerhalb der Sozialen Arbeit bezüglich der Erstellung, Nutzung und Verbreitung sozialarbeiterischer Diagnostikinstrumente zeugt von den Chancen und Risiken einer Zuweisung von Diagnosen. Die in der Medizin verlangte, gelebte

und die Profession durchdrungene Eindeutigkeit hinsichtlich der Nutzung von Klassifikationssystemen/Diagnosen fehlt innerhalb der Sozialen Arbeit fast vollständig. Die Sprache der Sozialen Arbeit ist zudem normativ geprägt und unterliegt einem stärkeren Wandel, häufig abhängig vom jeweiligen Fachdiskurs. Als Beispiel kann hier die Diskussion⁶⁵ um die Bezeichnung der Zielgruppe als Klient*innen, Kund*innen, Nutzer*innen oder auch Adressatin*innen genannt werden. Darüber hinaus zeichnet sich die Soziale Arbeit durch eine Beziehungs- und Beteiligungsorientierung aus und setzt als Grundgedanke auf eine Ermächtigung und Beteiligung von Klient*innen. Vor diesem Hintergrund werden allzu offensichtliche berufliche Statussignale tendenziell eher vermieden, da sie diesem Grundgedanken und einer egalitären Haltung widersprechen (Reichmann, 2022, S. 16). Im Gegensatz hierzu dominieren weiße Kittel und Stethoskope, welche durchaus als Statussymbole der Medizin interpretiert werden können, auch heute oftmals noch Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation.

In Bezug auf die Dokumentation kommt ein weiterer Faktor zum Tragen, nämlich dass es in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation durchaus verbreitet ist, dass ärztliches Personal die Vorgesetztenfunktion⁶⁶ erfüllt. Während in der Sozialen Arbeit Erfahrungswissen eine große Rolle spielt, aber noch viel zu selten selbstbewusst nach außen hin vertreten wird, halten sich Mediziner*innen mit ihrem oftmals zugesprochenem Expert*innenstatus seltener zurück (Gerull, 2009, 35). Die stark ausgeprägte Hierarchisierung innerhalb der Medizin prägt die Organisation und überträgt sich auf andere Professionen im Reha-Team. Dieses Verhältnis wiederum kann sich in der klient*innenbezogenen Dokumentation (un-)bewusst widerspiegeln und diese beeinflussen.

Das Schriftstück welches außerhalb der Einrichtung von großer Bedeutung ist, ist der ärztliche Entlassungsbericht. In diesem können die Dokumentation des Sozialdienstes, aber auch Teile hiervon enthalten sein. Welche *externen Nachbehandler*innen* letztlich Zugang zum ärztlichen

⁶⁵ Beispielsweise: Wagner, L. (2018). Vom Klienten zur Nutzer_in. In K. Böllert (Hrsg.), Kompendium Kinder- und Jugendhilfe (S. 337–363). Wiesbaden: Springer VS.

⁶⁶ Traditionell wird der Sozialdiener entweder der Verwaltung oder der Medizin unterstellt. Andere organisatorische Modelle sind zwar möglich, in der Praxis tendenziell aber seltener zu beobachten. Geißler-Piltz und Gerull ermitteln in ihrer 2009 veröffentlichten Studie, dass drei Viertel aller teilnehmenden Sozialarbeiter*innen im Gesundheitswesen keine Sozialarbeiter*innen als Vorgesetzte haben (Gerull, 2009, 43).

Entlassungsbericht haben, entscheidet immer die/der Rehabilitand*in⁶⁷. Häufig sind dies Allgemeinmediziner*innen sowie Fachärzt*innen, manchmal auch Betriebsärzt*innen und/oder der Ärztliche Dienst der GKV/PKV (Private Krankenversicherung). Zudem können Sozialleistungsträger bzw. öffentliche Stellen ein Interesse haben. Die DRV als *Rehabilitationsträger* erhält hingegen immer ein Exemplar des ärztlichen Entlassungsberichts. Ein Widerspruch der rehabilitierten Person ist aus rechtlicher Sicht nicht möglich. Folglich richtet sich die Sozialdienstokumentation regelhaft an Mitarbeitende der DRV, an ärztliches Personal sowie weitere in die Reha-Nachsorge eingebundene Personen.

Wie bereits erwähnt, ist in der Praxis die Wahrscheinlichkeit, dass *Rehabilitand*innen* ihre Akte und/oder den ärztlichen Entlassungsbericht einsehen bzw. sogar hierauf Einfluss nehmen, relativ gering. Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten⁶⁸ regelt die Einsichtnahme in die Patientenakte. Hiernach ist dem „Patienten (...) auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren (...)“ (§ 630g Abs. 1 Satz 1 und 2 BGB). Angesichts dieser Gesetzeslage ist auch immer die zu rehabilitierende Person als Adressat*in der Dokumentation anzusehen. Es ist jedoch ein Forschungsdesiderat, ob die Zielgruppe der Rehabilitand*innen in der gegenwärtigen Berufspraxis tatsächlich erreicht wird.

2.5.3 Schreibkompetenz

Um sich thematisch dem Begriff der Schreibkompetenz zu nähern, wird zunächst der Terminus im Allgemeinen betrachtet, um erst die *Soziale Arbeit*, dann die *gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* ins Blickfeld zu nehmen und letztlich den Fokus auf das *Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation* zu richten.

Der Begriff der Kompetenz leitet sich vom lateinischen Wort *competentia*, was Eignung, Zuständigkeit, Befähigung bedeutet, ab. Es gibt zahlreiche Definitionen, wenn man sich die Literatur zum Thema Kompetenz (Bartosch, 2019; S. J. Schmidt, 2012) genauer anschaut. An dieser

⁶⁷ Hierzu ist immer das DRV Formular G0821 'Einwilligungserklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht' zu nutzen.

⁶⁸ Im Volksmund auch als Patientenrechtegesetz bekannt.

Stelle findet eine Orientierung am Europäischen Referenzrahmen für lebensbegleitendes Lernen statt, in dem Kompetenzen definiert werden „(...) als eine Kombination aus Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen, die an den jeweiligen Kontext angepasst sind“ (Europäische Kommission, 2007, S. 3). Der Europäische Referenzrahmen gilt als Vorläufer des im Jahre 2019 weiterentwickelten und veröffentlichten Qualifikationsrahmens. Dieser „soll die Transparenz, Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit von Qualifikationen verbessern“ (Europäische Kommission, 2019, S. 5). Wenn man bei der Erstveröffentlichung von 2008 bleibt, wird die muttersprachliche Kompetenz als eine von insgesamt acht Schlüsselkompetenzen beschrieben, die wiederum in Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen differenziert wird. Eine strikte Trennung zwischen Schreib- und (Mutter-) sprachlicher Kompetenz wird hierbei nicht vollzogen. Die Kenntnisse umfassen „Wortschatz, Grammatik und (.) Funktionen der Sprache“ (Europäische Kommission, 2007, S. 4) sowie verschiedene Sprachstile. Ferner sollte das Individuum „die Fähigkeit besitzen, mündlich und schriftlich eine Vielzahl von Kommunikationssituationen zu bewältigen, sein Kommunikationsverhalten zu beobachten und an die Erfordernisse der jeweiligen Situation anzupassen. Diese Kompetenz umfasst auch die Fähigkeit, verschiedene Arten von Texten zu unterscheiden und zu verwenden, Informationen zu recherchieren, zu sammeln und zu verarbeiten, Hilfsmittel zu benutzen und die eigenen mündlichen und schriftlichen Argumente kontextadäquat auf überzeugende Weise zu formulieren und auszudrücken“ (Europäische Kommission, 2007, S. 4). Dies sollte mit einer positiven Einstellung und der Bereitschaft „zum kritischen und konstruktiven Dialog (...) sowie dem Interesse an der Interaktion mit anderen verbunden“ sein (Europäische Kommission, 2007, S. 4). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine strikte definitorische Trennung zwischen verbalen und schriftlichen Kompetenzen nur schwer gelingt, da diese häufig reziprok agieren.

Sowohl in der weiterentwickelten Version des Europäischen Qualifikationsrahmens als auch im 2017 veröffentlichten Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse werden Kenntnisse und Fähigkeiten, der Begriff der Kompetenz wird nicht mehr so prominent genutzt, auf insgesamt acht Niveaustufen unterschieden. Der Bachelorabschluss ist die formale Voraussetzung⁶⁹ zur Ausübung der sozialdienstlichen Tätigkeit in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation und wird dem 'Niveau 6' zugeordnet. Es werden „fortgeschrittene Fertigkeiten, die die Beherrschung des Faches sowie Innovationsfähigkeit erkennen lassen und zur Lösung

⁶⁹ Zudem ist im Regelfall noch die Staatliche Anerkennung notwendig (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2021, S. 24).

komplexer und unvorhersehbarer Probleme in einem spezialisierten Arbeits- oder Lernbereich nötig sind“ erwartet (Europäische Kommission, 2019, S. 18). Die Fähigkeit zum Transfer und zur selbstständigen Gestaltung weiterführender Lernprozesse wird ebenfalls im Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse genannt (Kultusministerkonferenz, 2017, S. 6). Diese beschriebenen Fertigkeiten lassen darauf schließen, dass Absolvent*innen der Sozialen Arbeit, den beiden Rahmen zur Folge, dazu in der Lage sind komplexe Dokumentationsaufgaben wahrzunehmen. Auch wenn diese, wie im zu erforschendem Handlungsfeld sehr wahrscheinlich, zuvor nicht näher im Studium bearbeitet wurden.

Das besondere Augenmerk dieser Arbeit liegt auf der fachlich-professionellen Schreibkompetenz innerhalb der (gesundheitsbezogenen) Sozialen Arbeit, deren Bestimmung sich weiter annähert werden soll. In einem nächsten Schritt werden die Referenzrahmen der Sozialen Arbeit betrachtet und untersucht, ob hier spezifische Aussagen bezüglich einer fachlich-professionellen Schreibkompetenz vorzufinden sind.

Der Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SozArb) wurde 2016 novelliert und vom Fachbereichstag⁷⁰ Soziale Arbeit verabschiedet. Er soll fachspezifische Orientierung bieten, insbesondere bei der (Um-)gestaltung von Studiengängen und Curricula. Zudem soll er dabei unterstützen das Qualifikationsniveau angemessen zu gestalten, die Ziele festzulegen sowie Kenntnisse und Fähigkeiten zu verankern. Der QR SozArb wurde in einem Findungsprozess bewusst als Kompromiss konzipiert und kann durchaus als abstrakt bezeichnet werden (Schäfer et al., 2016, S. 7). Vor diesem Hintergrund erscheint es wenig verwunderlich, dass sich keine konkreten Hinweise oder auch Begrifflichkeiten finden lassen, die dabei helfen könnten die Schreibkompetenz für die Soziale Arbeit näher zu definieren. Es entsteht der Eindruck, dass das Vorhandensein einer fachlich-professionellen Schreibkompetenz als immanent angesehen wird, beispielsweise bei der Gestaltung von Kommunikation auf verschiedenen Ebenen und unter Kenntnis möglicher Machtsymmetrien. Genannt wird darüber hinaus die Gestaltung situationsangemessener Kommunikation und das Anbieten von Informations- sowie Partizipationsmöglichkeiten (Schäfer et al., 2016, S. 46–47). Der Gedanke der Immanenz ist auch bei Brack zu finden, für die es unbestreitbar ist, dass die „Fertigkeit zur qualitativ und quantitativ sachge-

⁷⁰ „Der Fachbereichstag Soziale Arbeit e. V. (FBTS) ist als übergeordnetes, kollegiales Organ der akademischen Selbstverwaltung die nationale Repräsentanz von Lehre und Forschung der Sozialen Arbeit an den deutschen Hochschulen“ (Fachbereichstag Soziale Arbeit [FBTS], 2023).

müssen Verschriftlichung eines Beratungsprozesses (.) zur professionellen Kompetenz der Sozialarbeiter/innen“ (Brack, 2002, S. 10) gehört. Brack betrachtet die Aktenführung sogar als Spiegel der Sozialen Arbeit (Brack, 2002, S. 4) in dem sich das fachliche Verständnis der/des Verfasser*in zeigt (Brack, 2002, S. 10). Es kann hervorgehoben werden, dass Dokumentationsaufgaben „in allen Tätigkeitsfeldern und arbeitsform- und methodenübergreifend anfallen“ (Reichmann, 2022, S. 7) und der zeitliche Aufwand den diese Aufgaben einnehmen im Arbeitsalltag von Sozialarbeiter*innen zugenommen hat (Reichmann, 2022, S. 8). Sowohl die Sprache als auch die Verschriftlichung dieser sind die Werkzeuge der Sozialen Arbeit.

In den 2016 von der DGSA (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V.) veröffentlichten Kerncurriculum Soziale Arbeit werden die zentralen Lehrinhalte auf einem Allgemeinheitsniveau festgehalten. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass zwar verbindliche Mindeststandards benannt werden, jedoch auf die konkrete Gestaltung von spezialisierten Studiengängen oder präferierten Ansätzen kein Einfluss genommen wird (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V., 2016). Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass die Begriffe Dokumentation/Aktenführung nicht erwähnt werden. Eine Positionierung oder Empfehlung bezüglich des Erwerbs von Schreibkompetenzen für die Profession Sozialer Arbeit findet nicht statt. Bei der Beschreibung des Studienbereichs Forschung werden selbstverständlich Kompetenzen hinsichtlich der Erstellung von Forschungsdesigns und im Umgang mit Methoden wie der Dokumenten- und Aktenanalyse gefordert. Es kann jedoch resümiert werden, dass der Fokus auf der Entwicklung von forschungsrelevanten Schreibkompetenzen in der Disziplin liegt.

Innerhalb der Publikationen der *gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit* wird der Begriff der Schreibkompetenz und dessen Bedeutung für das Handlungsfeld weder explizit diskutiert noch definiert. Im Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (QGSA) finden sich jedoch Tätigkeiten, die das Vorhandensein von Schreibkompetenzen implizit voraussetzen. Grundsätzlich wird bei der Kompetenzbeschreibung zwischen Bachelor-, Master, sowie PhD/Dr.-Level unterschieden. Eine Differenzierung innerhalb der Handlungsfelder der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit wird nicht vorgenommen. Die Erstellung sozialer Diagnosen, der Hilfeplan sowie die Evaluation und Forschung werden explizit genannt (Dettmers, 2015, S. 6). Der Dokumentationsbegriff fällt bei der folgenden Beschreibung von Fähigkeiten von Absolventinnen/Absolventen auf M.A-Level „Fähigkeit zur Einrichtung, Betreuung und Wei-

terentwicklung umfassender Qualitätsmanagement- und Dokumentationssysteme für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit“ (Dettmers, 2015, S. 21). Wird der Terminus der Schreibkompetenz weiter gefasst und schließt im QGSA auch die, nicht näher differenzierte, Kommunikation mit ein, finden sich weitere Hinweise welche, wenn auch implizit, die Thematisierung von Schreibkompetenzen, vermuten lassen. So besitzen Absolvent*innen auf B.A.-Level mit Befähigung zur gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit „die Fähigkeit, die interne und externe Kommunikation konzeptionell zu planen und zu gestalten“ (Dettmers, 2015, S. 16) sowie „die Fähigkeit zur aktiven Kommunikation mit den relevanten Akteuren in der jeweiligen Öffentlichkeit sowie in politischen Gremien“ (Dettmers, 2015, S. 21). Darüber hinaus verfügen sie „über akademische Kompetenzen, die durch das Formulieren und Verwenden von Argumenten und das Entwickeln problemlösender Maßnahmen demonstriert werden“ (Dettmers, 2015, S. 21). Resümierend lässt sich zusammenfassen, dass wenn auch der Begriff einer disziplin- und professionsadäquaten Schreibkompetenz nicht ausdrücklich im QGSA benannt wird, es jedoch mehrere beschriebene Fähigkeiten gibt die darauf hinweisen, dass diese Schreibkompetenz in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit benötigt wird. Eine Auseinandersetzung mit der Herstellung und Förderung dieser Kompetenz findet auf handlungsfeldspezifischer Ebene (bislang) nicht statt. Der Annahme, dass die Schreibkompetenzen in der (gesundheitsbezogenen) Sozialen Arbeit zwar nicht explizit genannt, aber doch immanent im Studium enthalten sind, folgen einige Vertreter*innen nicht. Nach Gehlmann et al. fehlt es in den Studiengängen der Sozialen Arbeit, sowohl auf Bachelor- als auch auf Masterniveau, an systematisch vermitteltem Fachwissen bezüglich „förderlich[n] Formen des schriftlichen Ausdrucks“ (Gehlmann et al., 2017, S. 11). Hinzu komme die sich rasant entwickelnde Informatisierung/Digitalität sozialarbeiterischer Dokumentation, auf die im „Studium nicht immer optimal“ vorbereitet werde (Reichmann, 2022, S. 9). Ferner wird angegeben, dass die Erstellung von klient*innenbezogener Dokumentation zwar zum beruflichen Alltag von Sozialarbeiter*innen gehöre, allerdings wenig Vergnügen bereite und häufig nachlässig angegangen werde (Gehlmann et al., 2017, S. 20–21). Borg-Laufs, Seidenstücker und Röchling gehen davon aus, dass in der Kinder- und Jugendhilfe Berufsanfänger*innen oftmals, als einzige Unterstützung im Bereich der Dokumentation, auf Vorlagen von Kolleg*innen/Vorgesetzten zurückgreifen können. Der Mangel an Fortbildungen sowie spezifischen Lehrwerken bzw. Lernhilfen wird versucht zu kompensieren. Wobei angemerkt werden muss, dass Vorlagen vermutlich selten so umfassend und tiefgreifend von einer Thematik berichten können. Bei dieser Art der Kompensationsstrategie ist das Risiko groß, dass veraltete, methodisch nicht bzw. nicht ausreichend fundierte sowie nicht

an der Praxis orientierte Mustervorschläge genutzt werden und deren Mängel immer wieder reproduziert werden. Das Bedürfnis nach einer Standardlösung scheint groß, kann aufgrund der notwendigen Orientierung am Einzelfall, jedoch nicht angeboten werden (Borg-Laufs et al., 2022, 13-14, 90).

Zusammengefasst zeigt sich, dass der Erwerb von Schreibkompetenzen im Bachelorstudium der Sozialen Arbeit zwar implizit verankert ist, dieser sich aber regelhaft auf einen wissenschaftlich-forschenden Ansatz erstreckt. Laut dem Europäischen Qualifikationsrahmen und dem für deutsche Hochschulabschlüsse sind mit einem Bachelorabschluss jedoch die Innovations- und Transferkraft gegeben, um dieses Wissen auf einen bislang weniger bekannten Bereich zu übertragen.

2.5.4 Digitalität

Mit dem Begriff der Digitalisierung wird ein Prozess der Umwandlung beschrieben. Analoge Informationen werden ins Digitale übersetzt (Noller, 2021, S. 42). Im allgemeinen Verständnis handelt es sich demnach um einen technologischen Vorgang. Die hiermit einhergehenden Auswirkungen des Prozesses auf das Lernen, die Kommunikation und nicht zuletzt auf die Rekonstruktion von Wahrheiten werden regelmäßig ausgeblendet (Hauck-Thum & Noller, 2021, V). Die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen wird in Studien (Haas, 2017; Klauber, Geraedts, Friedrich & Wasem, 2019; Leyck Dieken, 2021) erforscht, der Stand mit dem anderer Länder verglichen und es werden Handlungsempfehlungen für eine weitere Optimierung ausgesprochen. Insbesondere die digitale Patient*innenakte nimmt in den Diskussionen einen hohen Stellenwert ein. Regelhaft wird der Fokus jedoch auf die Auswahl der Technologie, die Kompatibilität der Schnittstellen zwischen den verschiedenen beteiligten Gruppen bzw. Organisationen, den Datenschutz sowie die Sicherheit gelegt. Inwieweit sich Prozesse der Verschriftlichung durch einen Wechsel von analogen in digitale Handlungen verändern, wird in diesem Kontext eher randständig betrachtet. Dabei kann von einer durchgreifenden Veränderungsdynamik gesprochen werden (Ley & Reichmann, 2020, S. 241; Reichmann, 2022, S. 10–11). Um diese, abseits des technologischen Verständnisses, auftretenden mehrperspektivischen Auswirkungen mit zu berücksichtigen, wird der Begriff der Digitalität eingeführt. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass auch sich verändernde Kommunikations- und Aushandlungsprozesse, insbesondere auf schriftlicher Ebene einbezogen werden.

Wenn papierbasierte und digital geführte Akten miteinander verglichen werden, zeigen sich diverse Unterschiede. Eine Abkehr von der digitalen Dokumentation und hiermit impliziert eine Rückkehr zur ausschließlichen Verwendung von Papier und Stift ist im deutschen Gesundheitssystem und folglich auch im Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation nicht denkbar. Im Erhebungszeitraum dieser Studie dominiert allerdings die parallele Verwendung papierbasierter sowie elektronischer Rehabilitand*innenakten. Vor diesem Hintergrund werden die Vor- und Nachteile beider Systeme erläutert und diskutiert.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Hardwareausstattung von Sozialdiensten in der medizinischen Rehabilitation eher auf Grundständigkeit, als auf Exzellenz ausgerichtet ist. Hinzu kommt, dass den Professionsangehörigen selbst nachgesagt wird, hinsichtlich der Nutzung digitaler Angebote eher kritisch und distanziert zu agieren und über ein geringes Innovationspotential zu verfügen (Ermel & Stüwe, 2019, S. 175). Die Soziale Arbeit kann demnach nicht zu den führenden Professionen hinsichtlich der Einführung und Nutzbarmachung digitaler Dokumentationssysteme gezählt werden. Wobei an dieser Stelle natürlich beachtet werden sollte, dass regelhaft Sozialdienste nicht selbstständig über die Digitalisierung ihrer Angebote entscheiden können. Die Implementierung digitaler Aktenführung obliegt beständig den Leitungsorganen (Einrichtungs-/Gebietsleitungen). Hiermit einher geht die, teilweise langwierige Partizipation verschiedener Professionsgruppen innerhalb des Reha-Teams. Angesichts des komplexen Prozesses den eine Einführung digitaler Aktenführung mit sich bringt, ist eine Umsetzung, welche sich nur auf einzelne Teams innerhalb der Institution bezieht, wenig zielführend. Bei solch einem Vorgehen würden vermehrt analoge und digitale Schnittstellen geschaffen werden, welche das Aktenführungssystem noch diffiziler machen würden. Trotz dieser Einschränkung werden sowohl papierbasierte als auch digitale Aktenführungssysteme parallel verwendet. Dabei bietet die elektronische Variante zahlreiche Vorteile. Hierzu zählt die im Regelfall sichere⁷¹ und verschlüsselte Möglichkeit der Datenspeicherung. Zudem kann der Zugriff auf die Dokumentation über Berechtigungen gezielt gesteuert werden⁷². Ley spricht in seinen Forschungsergebnissen, zu Dokumentationssystemen in Jugendämtern, von einem existierenden Wunschbild. Dieses bestehe darin, dass von der Fachkraft Eingaben gemacht werden und

⁷¹ Obschon die Datenspeicherung gemeinhin als sicher gilt, zeigen mittlerweile zahlreiche Vorfälle, dass Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen vermehrt das Ziel von Cyberkriminalität sind, bei denen die Angreifer vorhandene Schwachstellen ausnutzen.

⁷² Wird in der EDV als Benutzerrollenkonzept bezeichnet.

diese von allen mit dem Fall befassten Personen problemlos eingesehen werden könnten. In der Praxis käme es dagegen zu Unterbrechungen, zu Mehrfacheingaben und zu einer Intransparenz hinsichtlich von Lese- und Schreibrechten (Ley, 2021, S. 38). Es scheint vorstellbar, dass die von Ley beschriebene Differenz zwischen Wunschvorstellung und Realität, hinsichtlich einer digitalen Aktenführung in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, ebenso vorherrscht. Trotz dieser in der (Jugendamts-)praxis beobachteten Limitierung ist, der Vorteil im Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation, zumindest bei einer halbwegs stimmigen Umsetzung von Lese- und Zugangsberechtigungen offensichtlich. Häufig sind Rehabilitationseinrichtungen, hinsichtlich Gebäudeanzahl sowie –struktur schlichtweg größer und verfügen über zahlreiche professionsspezifische Arbeitsplätze, wie z. B. die Therapieräume der Physiotherapeut*innen. Das (Auf-) Suchen einer Papierakte ist für viele Angehörige des Reha-Teams nicht möglich, sei es aus Arbeitszeitgründen oder weil sie schlichtweg nicht wissen, wo sich die Papierakte gerade befindet. Darüber hinaus ist es nicht (mehr) notwendig sich Informationen händisch zu kopieren und diese Papiere wiederum datenschutzkonform abzuheften. Der Zugriff auf Informationen kann, zumindest im Optimalfall, von verschiedenen Standorten im Haus erfolgen. Dies ist ein Vorteil, wenn Rehabilitand*innen abseits vom Sozialdienstbüro beraten werden müssen oder auch, um während der interdisziplinären sowie sozialdienstinternen Besprechungen bei Rückfragen auf die jeweilige Akte zurückgreifen zu können. Eine Such-/Filterfunktion kann zudem dabei unterstützen, schnell die gesuchte Information zu finden (Tornow, 2021, S. 416–417). Darüber hinaus sollte das Problem und nicht zuletzt eine hieraus entstehende potenzielle Gefährdung für Patient*innen durch schwer- bzw. unleserliche Handschriften nicht verharmlost werden. Studienergebnisse hierzu im schweizerischen Gesundheitssystem zeigen dies deutlich (Hartel, Staub, Röder & Eggli, 2011). Eine grundsätzliche Übertragung der Erkenntnisse, beispielsweise waren nur zwei Prozent aller Verschreibungen gut lesbar, erscheint möglich. Mittlerweile gibt es sogar auf KI (Künstliche Intelligenz) basierende Programme, die zur Entschlüsselung von Handschriften eingesetzt werden können. Als Zielgruppe wurde der Gesundheitssektor bereits ausgemacht. Ein digitaler Rahmen kann zu einer Illusion der Exaktheit führen. Vorgegebene Datenabfragen, bereits eingefügte Blankodokumente und Programmeinstellungen die ein Weiterklicken versagen, sollten nicht alle systemrelevanten Felder ausgefüllt worden sein, suggerieren eine Informationspräzision die unter Umständen nicht gegeben ist. Zudem kann Einfluss auf die Informationsdichte genommen werden, wenn beispielsweise Freitextfelder nur eine begrenzte Anzahl an Zeichen zulassen oder auch nach bestimmten Inhalten gefragt bzw. nicht explizit gefragt wird, so dass vor diesem Hintergrund

bereits Raster in den Köpfen der Beratenden entstehen können. Eine Zweckgerichtetheit könnte an dieser Stelle entstehen, die sich am restringierenden Rahmen der digitalen Akte orientiert, mit dem (unbewussten) Wunsch einer möglichst effizienten Dokumentation (Blandow, 2019, 43; Ley & Seelmeyer, 2014, S. 52–53; Reichmann, 2022, S. 9). Auf einer Metaebene betrachtet kann gefragt werden, ob der Beratungsprozess die digitalisierte Dokumentation bestimmt, ob es umgekehrt ist oder ob von einer Wechselwirkung gesprochen werden kann. Eine Herausforderung ist mit Sicherheit, einmal entwickelte Prozesse, Vordrucke sowie Abfolgen immer wieder zu hinterfragen und gegebenenfalls anzupassen (Geiser, 2000, S. 111). Vereinfacht ausgedrückt kann von zwei Polen ausgegangen werden, an denen eine Dokumentation, zumindest theoretisch ausgerichtet werden kann: einer möglichst individuellen Darstellungsweise in Freitextfeldern sowie vordefinierten Auswahlfeldern. Bei der ersteren Variante wird sich höchstmöglich am Einzelfall orientiert und bietet den Sozialarbeiter*innen ein sehr hohes Maß an Freiheit, welche natürlich gleichermaßen mit viel Verantwortung einhergeht. Welche Inhalte sollten wo und wie ausführlich festgehalten werden? Bei vordefinierten Auswahlfeldern ist hingegen eine automatisierte statistische Auswertung möglich. Zudem können Fälle zeitsparender dokumentiert werden. Es wird davon ausgegangen, dass in der Praxis unterschiedliche Abstufungen von Offenheit und Konzentration existieren, welche sich jeweils an Kontext und Zielsetzung orientieren (Ley, 2021, S. 41). Im Gegensatz dazu bietet die papierbasierte Dokumentation die Möglichkeit, sich jenseits des vorher festgelegten Rahmens zu bewegen. Beispielsweise können Kreuze zwischen zwei Kästchen gemacht werden und Freitextfelder können problemlos auch über den Rand hinaus gefüllt werden. Zudem sind Papier und Stift kostengünstig, immer verfügbar und können, ohne Hemmschwelle, von allen Angestellten genutzt werden.

Es kann davon ausgegangen werden, dass in einer Mehrzahl von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Softwareprogramme zur Führung der elektronischen Patientenakte (ePA) bzw. zur sozialdienstlichen Dokumentation verwendet werden. Nicht zu beobachten ist hingegen, dass sich einzelne Anbieter im Sinne einer Monopolstellung auf dem Markt durchgesetzt hätten. Es gibt sowohl eigens entwickelte Software⁷³, welche speziell auf das spezifische Hand-

⁷³ Beispielhaft zu nennen ist der Anbieter nubedian mit den Produkten CareSD (Software für das Entlassmanagement und den Sozialdienst im Krankenhaus sowie CareBV (Software für die Reha-Beratung und das Reha-Management).

lungsfeld ausgerichtet ist, als auch eher allgemein gehaltene Komplettlösungen, welche die Bedürfnisse verschiedener Professionen und Bereiche im Gesundheitswesen gleichzeitig bedienen. Diese werden oft ganz allgemein als Klinikinformationssystem/Klinikinformationssystem (KIS) bezeichnet, übrigens auch dann, wenn diese im Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation genutzt werden. Die verwendete Software kann regelhaft dazu verwendet werden, Prozesse und/oder Entscheidungen zu automatisieren. Denkbar ist eine automatisierte Zuweisung von Rehabilitand*innengruppen zum Sozialdienst. Diese Zuweisung von Personen mit bestimmten Merkmalen, wie beispielsweise Kostenträgerschaft durch die DRV, das Vorhandensein von BBPL oder auch das Erreichen einer vorher definierten Punktzahl bei einer Diagnostik wird in einer großen Mehrzahl von Einrichtungen praktiziert (Streibelt et al., 2018, S. 34). Das auf eine Wenn-Dann-Logik programmierte System kann somit eigenständig Handlungsfolgen innerhalb von Rehabilitationseinrichtungen anstoßen und folglich auch Einfluss auf die Arbeit des Sozialdienstes nehmen. Angesichts des in allen Bereichen der Sozialen Arbeit existierenden Fachkräftemangels kann dies als Vorteil gesehen werden. Die Automatisierung solcher Vorgänge lässt mehr Zeit für andere Tätigkeiten, welche im besten Fall natürlich, im direkten Rehabilitand*innenkontakt stehen. Gleichzeitig kann ein solcher automatisierter Vorgang zu einer Entfremdung von Tätigkeiten führen, beispielsweise wenn eine Bewusstwerdung solcher Abläufe nicht mehr stattfindet und diese somit nicht mehr hinterfragt werden. Selbstverständlich kann eine Standardisierung von computerbasierten Vorlagen die Diskussion um weiterführende fachspezifische Aspekte nicht ersetzen (Gehlmann et al., 2017, S. 123–124). Die Ansprüche die an eine Software gestellt werden sind, eine einfache und intuitive Bedienung (usability), sie soll strukturierende Elemente beinhalten und gleichzeitig ausreichend Freiraum für eigene Gestaltungsideen lassen sowie auf die Bedürfnisse von Sozialarbeiter*innen angepasst sein (Tornow, 2021, S. 417). Die in Jugendämtern eingesetzte Software beschränke sich derzeit auf die Deskription von Fällen (Ley, 2021, S. 40). Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass dies bei verwendeter Software im Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation anders wäre und dass hier Visualisierungen, komplexe Berechnungen sowie einzelfallbasierte Handlungsoptionen prospektiv angeboten werden würden.

2.6 Rahmenvorgaben für die klient*innenbezogene Dokumentation

Die Intention, die diesem Kapitel zugrunde liegt, ist, orientiert an der Hauptfragestellung, aufzuzeigen, welche Informationen bezüglich der Anfertigung der klient*innenbezogenen Dokumentation existieren. Hierzu werden Vorgaben, Richtlinien sowie Empfehlungen der DRV, der WHO, der DVSG sowie der BAR gesichtet, analysiert und ausgewertet. Hierbei liegt das Hauptaugenmerk auf den Inhalten, die einen direkten oder indirekten Bezug zur sozialdienstlichen Tätigkeit aufweisen. Um die Unterschiede im Abstraktionsniveau der verschriftlichten Informationen abzubilden, erfolgt darüber hinaus am Ende des Kapitels eine Zuordnung der Rahmenvorgaben auf Makro-, Meso- und Mikroebene sowie eine Einordnung ihrer Position zwischen Abstraktion und Konkretion. Um eine übersichtlichere Gliederung zu gewährleisten und die Zugänglichkeit der Informationen zu optimieren, werden die folgenden Unterkapitel so angeordnet, dass ihnen jeweils die direkt empfehlende Institution voransteht. Eine ausschließlich thematische Gliederung wird lediglich bei dem Unterkapitel ‘Datenschutz’ gewählt.

2.6.1 Deutsche Rentenversicherung

Die DRV als größter Kostenträger⁷⁴ von Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation beeinflusst erheblich die klient*innenbezogene Dokumentation des Sozialdienstes.

Die Qualitätssicherung nimmt hierbei einen hohen Stellenwert ein und besteht aus zahlreichen Elementen, welche im Folgenden überblicksartig dargestellt werden. Insbesondere die Empfehlungen zum ärztlichen Entlassungsbericht, die KTL, die RTS als auch die Praxisempfehlungen werden nachfolgend genauer analysiert, um einschätzen zu können, wie verbindlich und dienlich ihre Vorgaben in Bezug auf die Dokumentation für den Sozialdienst angesehen werden können. In einem nächsten Schritt wird dargestellt, welche Konsequenzen eine Nichtberücksichtigung nach sich ziehen könnte, aber auch, welche Vorteile eine Einhaltung bieten kann.

Im Jahr 1994 initiierte die DRV die Entwicklung eines Qualitätssicherungssystems für die stationäre medizinische Rehabilitation mit dem Ziel, bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftlich effiziente Leistungen zu gewährleisten. Der Übergang des Qualitätssicherungs-

⁷⁴ Bei den eigenen Rehabilitationseinrichtungen ist die DRV sowohl Kosten- als auch Leistungsträger.

programms zur regulären Anwendung erfolgte 1997, nach vorangehenden Jahren wissenschaftlich geleiteter Implementierung und Evaluierung. Kontinuierlich wird das System seitdem adaptiert und ausgeweitet, einschließlich der Einbeziehung von beruflicher und ambulanter Rehabilitation. Die gesetzliche Verankerung fand im Jahr 2001 im SGB IX statt. Trotz Weiterentwicklungen müssen Limitationen berücksichtigt werden. So zeigen beispielsweise die Forschungsergebnisse von Simon et al., dass die von der DRV genutzten Instrumente zur Qualitätssicherung durchaus zu einer Verbesserung von Strukturen und Prozessen führen, aber aufgrund ihrer Limitationen ungeeignet sind, wenn es um die Ergebnisqualität aufseiten der zu rehabilitierenden Personen geht (Simon, Golenia, Kräutter & Preuß, 2020). Die Qualitätssicherung hat seit dem 1. Juli 2023 nochmals an Relevanz gewonnen, da seither die Ergebnisse direkt die Auswahl geeigneter medizinischer Rehabilitationseinrichtungen für Versicherte beeinflussen (§ 15 SGB VI). Die durch die DRV definierte und festgestellte Qualität hat somit einen direkten Einfluss auf die Belegungssituation der Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Machtverhältnis wird von Brosius-Gersdorf und Brosius scharf kritisiert. Ihrer Einschätzung zufolge verstößt dieses Belegungsregime gegen die wettbewerbsrechtlichen Vorgaben der EU und ist daher rechtlich unwirksam. Angesichts der dualen Rolle der Rentenversicherungsträger – sowohl als Leistungsträger als auch als Leistungserbringer – besteht eine erhebliche Gefahr der Ausbeutung und Diskriminierung gegenüber anderen, konkurrierenden Rehabilitationsanbietern. Es mangelt an einer klaren Trennung zwischen den hoheitlichen und unternehmerischen Funktionen bei der Erbringung medizinischer Rehabilitationsleistungen. Das Fehlen eines vertraglichen Gleichgewichts wird besonders in den Fällen offensichtlich, in denen Rentenversicherungsträger eigene Rehabilitationseinrichtungen betreiben. Dies erhöht das Risiko der Diskriminierung, also der Benachteiligung Dritter und der Begünstigung eigener Einrichtungen, bei der Ausübung hoheitlicher Befugnisse gemäß § 15 SGB VI erheblich. Infolgedessen lässt sich eine Gefahr der Ausbeutung und Diskriminierung zulasten privater und gemeinnütziger Einrichtungen feststellen (Brosius-Gersdorf & Gersdorf, 2024, S. 139–155).

In der Analyse der Qualität untersucht die DRV unterschiedliche Kriterien, hierzu gehören Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, welche jeweils mittels spezifischer Methoden abgebildet werden (Deutsche Rentenversicherung, 2023b). Grundsätzlich gehört hierzu auch der

Vergleich der einzelnen Fachabteilungen⁷⁵ untereinander. Hierbei gilt, dass nicht die durchschnittlich erzielten Werte als Referenz dienen, sondern vielmehr die jeweils besten Leistungen innerhalb der Vergleichsgruppe den Benchmark definieren (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2017b, S. 7). Die Rentenversicherungsträger nutzen für die Bewertung der Fachabteilungen Kennzahlen, die aggregierte Ergebnisse aus der Qualitätssicherung darstellen. Zur Vergleichbarkeit der Resultate verschiedener Qualitätsindikatoren, werden diese in Qualitätspunkte konvertiert und dienen als einheitliches Messinstrument (Deutsche Rentenversicherung, 2022). Die Punkte der einzelnen Einrichtungen sowie der Vergleichsgruppe sind im Webportal meine-rehabilitation.de öffentlich einsehbar. Einige dieser, unten aufgeführten, Methoden erfassen Facetten aus mehreren Qualitätsbereichen.

Das *Peer Review-Verfahren* der DRV fokussiert sich auf den Rehabilitationsprozess, welcher anhand ärztlicher Entlassungsberichte sowie der jeweiligen Therapiepläne geprüft wird. Die Begutachtung der anonymisierten Dokumente erfolgte durch Ärzt*innen, welche als Peers⁷⁶ agieren und die Leistungserbringung durch andere Rehabilitationseinrichtungen beurteilen. Zur besseren Orientierung und Vergleichbarkeit hat die DRV hierzu ein Manual mit Checkliste erarbeitet, welches sich eng an der Struktur des ärztlichen Entlassungsberichts orientiert und verbindlich angewandt werden muss. Alle in der Checkliste verzeichneten Bereiche müssen zunächst anhand von Einzelmerkmalen bewertet werden. Daraufhin erfolgt eine Beurteilung des Gesamtbereichs. Es ist wichtig zu wissen, dass der ärztliche Entlassungsbericht immer vom zuständigen ärztlichen Personal unterschrieben wird. Die Anteile, welche andere Berufsgruppen zur Erstellung beigetragen haben, sind regelhaft nicht (mehr) zu identifizieren (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2017a). Die Begutachtung der klient*innenbezogenen Dokumentation von Sozialarbeitenden stellt folglich keinen expliziten Bestandteil des Verfahrens dar.

Die *Rehabilitand*innenbefragung* der DRV misst die Ergebnisqualität der medizinischen Rehabilitation in einem Zeitraum zwischen acht und zwölf Wochen nach Beendigung der Maßnahme. Der anhand einer Stichprobe⁷⁷ ermittelte Personenkreis wird postalisch angeschrieben

⁷⁵ Oft entspricht eine Fachabteilung genau der Indikation, die eine Rehabilitationseinrichtung anbietet. Gelegentlich fasst die DRV kleinere Fachabteilungen, wie beispielsweise in der Augenheilkunde, zusammen, um adäquate Vergleichsgruppen bilden zu können.

⁷⁶ Als Peer kann agieren, wer ein Medizinstudium abgeschlossen hat, eine ärztliche Leitungsfunktion innehat, mindestens drei Jahre bereits praktisch in der Rehabilitation tätig war und an diesbezüglichen Schulungen teilgenommen hat.

⁷⁷ Monatlich werden jeweils 20 Rehabilitand*innen einer Fachabteilung zufällig ausgewählt.

und mithilfe eines Fragebogens befragt. Für die stationäre sowie ambulante somatische Rehabilitation umfassen die Fragebogen⁷⁸ jeweils 18 Seiten mit insgesamt 25 bis 28 Fragen (je nach Filterung). Nach eigener Aussage wertet die DRV jährlich circa 120 000 dieser Bogen aus (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024b). Sowohl die Fragebogen als auch die Übersichten zu den Items sowie der Skalenbildung sind frei zugänglich. Bei genauerer Betrachtung finden sich insgesamt 13 Items, welche eine Verbindung zu Tätigkeiten des Sozialdienstes aufweisen. Während die Zufriedenheit mit der ärztlichen, psychologischen sowie pflegerischen Betreuung⁷⁹ direkt abgefragt wird, wird der Sozialdienst bzw. die Soziale Arbeit nicht namentlich genannt. Die Skalen ‘Zufriedenheit mit den Beratungen’, ‘Zufriedenheit mit Planung und Abstimmung der Reha’, ‘Zufriedenheit mit Vorbereitung auf die Zeit nach Reha’, ‘Zufriedenheit mit den Verhaltensempfehlungen (Alltag, Beruf)’ sowie ‘Zufriedenheit mit der Reha insgesamt’ können jedoch auch dem Sozialdienst zugeordnet werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023a, 2023b). Wichtig hierbei ist der Zusatz *auch*, da je nach Zuständigkeitsverteilung in der Einrichtung, diese Aufgaben zumindest teilweise auch von anderen Berufsgruppen komplett übernommen bzw. sie parallel zum Rehabilitationsverlauf von mehreren Professionen im Reha-Team ausgeübt werden können. Dies betrifft insbesondere alle Items, die sich mit der Planung und Abstimmung der Reha(ziele) befassen, die Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation sowie der Aussprache von Verhaltensempfehlungen für die Zeit nach der Maßnahme. Ob die jeweiligen Sozialdienste von den Ergebnissen dieser Befragung profitieren können, hängt stark vom internen Kommunikations- und Qualitätsmanagement der Einrichtungen ab. Die DRV gibt die Ergebnisse, aufbereitet im Rahmen von Berichten⁸⁰, an die Einrichtung weiter, so dass diese dort zur Verfügung stehen. Wie der weitere Umgang hiermit ist, ob dieser von Offenheit für mögliche Verbesserungen geprägt ist, oder ob eher eine destruktive Fehlerkultur herrscht, kann ein wichtiger Faktor für die weitere Entwicklung der Einrichtung bzw. des Sozialdienstes sein. Es kann jedoch festgehalten werden, dass die Rückmeldungen der Rehabilitand*innen Stärken und Schwächen der Einrichtung aufzeigen. In einem nächsten Schritt kann diese dann analysieren, wo angesetzt werden sollte um positive Veränderungen hervorzurufen.

⁷⁸ Weitere Fragebogen existieren für die Zielgruppen: stationäre Rehabilitation mit psychosomatischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungsschwerpunkt sowie bei Abhängigkeitserkrankungen, berufsbegleitenden ambulanten Behandlungen bei Abhängigkeitserkrankungen sowie für die stationäre Kinder- und Jugend-Rehabilitation.

⁷⁹ Siehe Items S014 bis S023 sowie S112.

⁸⁰ Diese erreichen die Einrichtung regelhaft ein bis zwei Jahre nach Ende des Erfassungszeitraums (Funcke, 2023, S. 4).

Der *Bericht zum sozialmedizinischen Verlauf im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation* ist ein weiteres Instrument zur Messung der Ergebnisqualität. Im Mittelpunkt steht hierbei die Messung der beruflichen Integration auf Basis der Zielgröße von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstagen. Auf Grundlage der statistischen Routinedaten der DRV finden Berechnungen statt, welche die signifikanten Merkmale mit einem Einfluss auf die Erwerbstätigkeit berücksichtigen und im Verhältnis zu Vergleichsgruppen gleicher Indikationen setzen (Deutsche Rentenversicherung Bund, n. d.b; *Informationsveranstaltung zum Sozialmedizinischen Verlauf*, 2023). Der Bericht geht der Rehabilitationseinrichtung zu und kann von großem Nutzen für die jeweilige Fachabteilung bzw. Indikation sein. Im Mittelpunkt dieses Instruments steht die Frage, ob die Maßnahmen der Fachabteilung, als Ganzes betrachtet, im Vergleich zu anderen Fachabteilungen der gleichen Indikation, erfolgreicher oder weniger erfolgreich waren, das Ziel einer (Wieder-)Eingliederung ins Berufsleben zu erreichen. Auch hier gilt, dass das Reha-Team die Schlüsse und eventuelle Handlungsempfehlungen selbst aus dem Bericht zu ziehen hat. Einzelne Professionen werden nicht benannt. Für die Arbeit des Sozialdienstes der jeweiligen Einrichtung oder gar für deren klient*innenbezogene Dokumentation ergeben sich somit von der DRV keine direkten Handlungsempfehlungen.

Das Ziel bei der Festlegung der *Strukturqualität in Rehabilitationseinrichtungen* besteht darin, eine gleichbleibende Qualität in allen Reha-Fachabteilungen, die von der DRV belegt und/oder betrieben werden, sicherzustellen. Die Strukturqualität umfasst Aspekte wie Personalressourcen, räumliche Gegebenheiten und medizinisch-technische Rahmenbedingungen. Die hierzu erfassten Daten können durch Fragebogen und Visitationen, erhoben und analytisch kontrolliert werden. In diesem Prozess wird eine Übereinstimmungsprüfung zwischen den existierenden Strukturen der Fachabteilungen und den vorgeschriebenen Strukturanforderungen durchgeführt. Die geprüften Merkmale werden in die drei Kategorien ‘belegungsrelevant’, ‘strukturelevant’ sowie ‘zuweisungsrelevant’ eingeordnet.

Die Klassifizierung als ‘belegungsrelevant’ impliziert, dass die Existenz des spezifizierten Merkmals in der jeweiligen Indikation eine unverzichtbare Voraussetzung für die Belegung einer Fachabteilung darstellt. Merkmale, die als ‘strukturelevant’ definiert werden, sind solche, deren Bereitstellung im Rahmen einer Indikation prinzipiell erwartet wird. Es ist jedoch möglich, dass die temporäre oder, in spezifischen Konstellationen, dauerhafte Abwesenheit dieser Merkmale akzeptiert wird. Bei der Kategorie ‘zuweisungsrelevant’ übersteigen die Merkmale

die jeweiligen Voraussetzungen der Reha-Fachabteilungen innerhalb der betroffenen Indikationen in positivem Maße. Diese Kategorie dient im Rahmen des Zuweisungsverfahrens als entscheidendes Kriterium bei der Identifizierung geeigneter Reha-Fachabteilungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023e, S. 3–7).

Als belegungsrelevant gilt unter anderem die Notwendigkeit einer Mindestpersonalstärke in Bezug auf eine bestimmte Anzahl von Rehabilitand*innen. Im Kontext von stationären somatischen Fachabteilungen bezieht sich diese Mindestpersonalstärke auf eine Patientenbasis von 100. Dies bedeutet, dass eine volle Sozialdienststelle für 100 Klient*innen zuständig ist⁸¹. In der ambulanten somatischen Rehabilitation ist eine 0,5 Stelle bei 40 Rehabilitand*innen vorgeschrieben. Bei Fachabteilungen, welche die MBOR-Stufe B anbieten, sollen pro 50 Rehabilitand*innen zusätzlich 0,25 Stellen im Sozialdienst zur Verfügung gestellt werden. Eine zeitlich befristete Diskrepanz von 20,0 Prozent bezüglich der Personalausstattung ist für einen kurzen Zeitraum gestattet. Alles, was hierunter fällt, ist umgehend abzustellen. Sollte dies vonseiten der Einrichtung nicht geschehen, könnte als letzte Konsequenz die Zulassung entzogen sowie der Belegungsvertrag gekündigt werden. Die DRV benennt in ihren Strukturanforderungen auch die von ihr zugelassenen Abschlüsse. Für die Soziale Arbeit sind dies Bachelor-/Master- sowie Diplomabschlüsse in Sozialarbeit sowie Sozialpädagogik (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023e, S. 7–34).

Der *Strukturierte Qualitätsdialog* wird vom federführenden Rentenversicherungsträger angestoßen und kommt dann zum Tragen, wenn von der DRV definierte Qualitätskriterien nicht oder nicht ausreichend erfüllt worden sind. Die Ergebnisse der bereits erläuterten Qualitätssicherungsmaßnahmen finden hier ihre Anwendung. Der eingeleitete Dialog ist also als Folge einer Qualitätsunterschreitung zu verstehen. Tritt dieser Fall ein, nimmt die DRV Kontakt zur Einrichtung auf und gibt dieser Gelegenheit zu den Ergebnissen ausführlich Stellung zu beziehen. Sollte die Stellungnahme den definierten Ansprüchen des Rentenversicherungsträgers genügen und nachvollziehbar sein, kann ein Strukturierter Qualitätsdialog noch abgewendet werden. Ist dies nicht der Fall, wird der Dialog eingeleitet. Wie dann weiter verfahren wird, hängt von den weiteren Resultaten des Verfahrens ab. Das Ziel ist immer eine Klärung der Gründe für eine Qualitätsunterschreitung sowie deren Beseitigung. Am Ende des Strukturierten Qualitätsdialogs steht eine ausführliche Dokumentation zur Sicherstellung von Transparenz und

⁸¹ In der Psychosomatik beträgt das Verhältnis 1,2 Stellen zu 100 Rehabilitand*innen.

Nachvollziehbarkeit. Diese Qualitätssicherungsmaßnahme ist ein ‘scharfes Schwert’ der Rentenversicherungsträger und betrifft die Einrichtung in Gänze. Sollten keine Maßnahmen zu einer befriedigenden Qualitätsanhebung führen, kann der Belegungsvertrag von Seiten des Rentenversicherungsträgers gekündigt werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2017b). In Bezug auf den Sozialdienst der jeweiligen Einrichtung bleibt festzuhalten, dass einzelne Professionen des Reha-Teams nicht gesondert erwähnt oder thematisch behandelt werden. Dieser Fall tritt erst dann ein, wenn dort der bzw. ein Grund für die Qualitätsunterschreitung identifiziert werden konnte.

Sowohl die Richtlinien für den ärztlichen Entlassungsbericht als auch die KTL und RTS sind Bausteine in der Reha-Qualitätssicherung der DRV. Diese ist nach § 37 SGB IX dazu verpflichtet Qualität sicherzustellen bzw. weiterzuentwickeln.

2.6.1.1 Ärztlicher Entlassungsbericht

Der ärztliche Entlassungsbericht kann in seiner Relevanz kaum überschätzt werden. Für jede Person dessen medizinische Rehabilitation von der DRV getragen wird, muss diese Dokumentation angefertigt werden. Hiermit geht auch immer eine Beurteilung des sozialmedizinischen Leistungsvermögens⁸² einher. Für das Jahr 2020 waren dies circa 865 600 Berichte (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2021d, S. 80). Lediglich bei drei Personengruppen kann dieser wichtige Baustein entfallen. Dies sind Altersrentenempfänger*innen, Empfänger*innen von Hinterbliebenenrenten sowie nichtversicherte Angehörige⁸³.

Im ärztlichen Entlassungsbericht sind der klinische Verlauf, inklusive erbrachter Leistungen⁸⁴ der Einrichtung, das Behandlungsergebnis aus sozialmedizinischer Sicht, die Auswirkungen der funktionalen Einschränkungen auf die Erwerbstätigkeit sowie die Nachsorgeempfehlungen zu finden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022a, S. 3–11). Für das Individuum hat „der Reha-Entlassungsbericht den Charakter eines sozialmedizinischen Gutachtens und gilt damit im sozialrechtlichen Feststellungsverfahren als Beweismittel“ (Deutsche Rentenversicherung

⁸² „Es wird individuell eingeschätzt welche körperliche und geistige Belastbarkeit besteht und in welchem zeitlichen Umfang Tätigkeiten ausgeübt werden können und welche krankheitsbedingten Gefährdungs- und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen sind. Es handelt sich bei dieser Leistungsbeurteilung um eine abstrakte Beurteilung des Leistungsvermögens ohne Bezug zu einem konkreten Arbeitsplatz, den der Versicherte tatsächlich ausübt oder ausgeübt hat und unabhängig von freien Stellen und Verdienstmöglichkeiten“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016-2024).

⁸³ Eine Ausnahme existiert für nichtversicherte Jugendliche ab 14 Jahren (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022d, S. 28).

⁸⁴ Dargestellt per KTL

Bund, 2022a, S. 2). Beispielhaft bedeutet dies, wenn eine Person nach einer absolvierten medizinischen Rehabilitation einen Antrag auf eine volle oder teilweise Erwerbsminderungsrente stellt oder auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten möchte, so gilt der ärztliche Entlassungsbericht als sehr wichtiger Baustein für die Entscheidung der DRV. Über die Einzelperson hinausgehend dient der Entlassungsbericht als Qualitätsindikator. Er kann die Arbeitsweise widerspiegeln und wird umgangssprachlich als 'Visitenkarte' der Einrichtung betrachtet. Zudem werden über dieses Dokument statistische Daten erhoben, mit denen sowohl deutschlandweit als auch einrichtungsbezogen Vergleiche gezogen werden können (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022a, S. 8–11). Der Leitfaden zum ärztlichen Entlassungsbericht ist eine Publikation der DRV, die die Handhabung dieser klient*innenbezogenen Dokumentation erläutert. Sie richtet sich vorwiegend an die Ärzteschaft. Das Reha-Team wird nur wenige Male namentlich erwähnt. Es findet dort keine Spezifizierung der einzelnen Professionen statt, sodass die Soziale Arbeit an sich ungenannt bleibt. Gleiches gilt natürlich auch für den Sozialdienst, die Sozialberatung oder andere umgangssprachliche namentliche Zuordnungen. Grundsätzlich kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die dort aufgestellten Richtlinien für alle Personen gelten die an bzw. mit der zu rehabilitierenden Person arbeiten. Hierfür sprechen unter anderem Publikationen und Fortbildungsangebote der DRV, in denen immer wieder explizit die Relevanz des interdisziplinären Reha-Teams hervorgehoben wird⁸⁵.

Im Leitfaden heißt es „Gute Berichte sind klar, schlüssig, prägnant und werden zeitnah (das heißt innerhalb von zwei Wochen) nach Entlassung des Rehabilitanden aus der Einrichtung fertiggestellt. Sie zeichnen sich durch fachliche Korrektheit aus und lassen die Individualität der Rehabilitanden in ihrer jeweiligen alltäglichen Umgebung erkennen“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022a, S. 9). Hinsichtlich der Individualität wird die DRV konkreter in dem sie erklärt „Die jeweilige Persönlichkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie die Problematik bestehender Funktionsstörungen vor dem Hintergrund von Alltags- und Arbeitswelt müssen den Lesern in einer kurzen Übersicht deutlich werden. Somit müssen elektronische Vorgaben zur Erstellung eines Reha-Entlassungsberichtes die Individualität ausreichend widerspiegeln. Textbausteine mit stereotypem Inhalt und die Beschreibung des Konzeptes sind zu

⁸⁵ Beispielhaft zu nennen sind: Worringen, U. & Niehues, C. (2022, August). *Modul 3 Sozialmedizin im Reha-Team. Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ - Version 2022 (3.)* (Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg.) (Sozialmedizin in der medizinischen Rehabilitation). Berlin. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/fort_und_weiterbildung/Curriculum_Sozialmedizin/Manual_Team_Modul_3.html

vermeiden“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022a, S. 9). Ferner heißt es die Schilderungen sollen sachlich und fachbezogen sein. Im ärztlichen Entlassungsbericht sind mindestens vier Formblätter der DRV verpflichtend auszufüllen. Für alle hierüber hinausgehenden notwendigen Angaben stellt die DRV weitere Formulare zur Verfügung. Eine Verwendung einrichtungsbezogener Dokumente, beispielsweise mit Kopfbogen, ist unzulässig. Hierbei stellt sich die Frage, an welcher Stelle des ärztlichen Entlassungsberichts der Sozialdienst seine fallbezogenen Erkenntnisse einfließen lassen kann. Die folgende Vorgehensweise orientiert sich am sogenannten Formularsatz der DRV, der zur Nutzung vorgeschrieben ist. Dieser setzt sich aus insgesamt vier grundlegenden Formblättern zusammen. Diese umfassen:

- „Blatt 1: (...) Basisinformation
- Blatt 1a: Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise (...)
- Blatt 1a-2: Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise – Fortsetzung optional
- Blatt 1b: Dokumentation therapeutischer Leistungen (...)
- Blatt 2 ff.: Textteil in freier Form nach vorgegebener Gliederung (...)“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022a, S. 12).

Die DRV legt zwar größtenteils dar, welche Informationen in den ärztlichen Entlassungsbericht gehören, aber nicht, von welcher Berufsgruppe diese erhoben werden. Nachfolgend werden mögliche Themenbereiche für die Soziale Arbeit identifiziert und diskutiert.

Die berufliche Anamnese, genuin im Abschnitt C des Blatts 1a zu finden, kann komplementär zur ärztlichen Erhebung, auch vom Sozialdienst erfragt werden. Insbesondere Aspekte psychischer und sozialer Natur sollen hierbei Berücksichtigung finden. Der vermutlich größte Abschnitt in dem sich Sozialdienstmitarbeitende einbringen können ist auf Blatt 2 des Reha-Entlassungsberichts zu finden. Im Freitext, welcher sich an dieser Stelle einzig durch die Abwesenheit von Kästchen und Codes auszeichnet, soll eine einheitliche Gliederung, inklusive Unterpunkten, befolgt werden.

Die folgende Strukturierung ist für alle Indikationen verbindlich, muss jedoch nicht vollständig abgearbeitet werden. Es ist eher eine Orientierung am konkreten Einzelfall gewünscht (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022a, S. 38).

Abbildung 5: Gliederung von Blatt 2 des Reha-Entlassungsberichts

1. Anamnese
1.1 Jetzige Beschwerden
1.2 Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigung(en)
1.3 Weitere reha-relevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle
1.4 Biographische Anamnese (bei psychischen Störungen)
1.5 Vegetative Anamnese
2. Sozialmedizinische Anamnese
2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren
2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren
2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe
3. Aufnahmebefund, Diagnostik während Rehabilitation
3.1 Allgemeiner körperlicher Befund
3.2 Allgemeiner psychischer Befund
3.3 Fachspezifischer Befund
3.4 Diagnostik
4. Reha-Prozess und -Ergebnis
4.1 Individuelle Reha-Ziele

Quelle: (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022a, S. 38); („H.d.V“)

Die biografische Anamnese (1.4) findet regelhaft in der psychosomatischen- sowie der Sucht-rehabilitation Anwendung. Sie ist unter anderem ein Bestandteil der Psychotherapie (Hoff, 2018). Angesichts der somatischen Schwerpunktsetzung dieser Arbeit wird die Rolle der Sozialen Arbeit hierbei nicht näher ausgeführt.

Die Soziale Arbeit kann ihre Erkenntnisse insbesondere im gesamten zweiten Abschnitt ‘Sozialmedizinische Anamnese’ einfließen lassen. Hierzu zählt die Darstellung des sozialen Umfelds der zu rehabilitierenden Person, da dieses vermutlich Einfluss auf das erwerbsbezogene Leistungsvermögen ausübt. An dieser Stelle kann die familiäre bzw. partnerschaftliche Situation ebenso genannt werden wie die Anzahl, das Alter und die Angabe, ob eventuell vorhandene Kinder im selben Haushalt wohnen. Darüber hinaus können chronische Konflikte, die gesicherte oder auch ungesicherte finanzielle Situation, das Freizeitverhalten sowie die Stressbelastung thematisiert werden. Weiterhin spielt der sozialversicherungsrechtliche Status eine

wichtige Rolle. Handelt es sich um eine arbeitende Person, eine haushaltsführende Person oder befindet sie sich im Bezug von ALG I (Arbeitslosengeld) oder Bürgergeld? Zudem sind laufende Sozialleistungsanträge, beispielsweise auf eine Erwerbsminderungsrente oder auf Erteilung eines Schwerbehindertenausweises, von Interesse. Hierzu ist es notwendig, unter Mitarbeit der zu rehabilitierenden Person, eine vollständige Sozialanamnese inklusive der Kontextfaktoren zu erheben (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022a, S. 40–41). Um in der konkreten Gesprächssituation alle denkbaren Dimensionen und Wechselwirkungen zu berücksichtigen, ist es empfehlenswert, sich an einem Anamnesebogen, beispielsweise von Dhom-Zimmermann⁸⁶, zu orientieren.

Erfahrungsgemäß kann die Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren (2.2), je nach klinikinterner Aufteilung von Zuständigkeiten, teilweise auch von Angehörigen anderer Berufsgruppen, beispielsweise der Ergotherapie erbracht werden. Der berufliche Werdegang, die jetzige berufliche Stellung sowie Arbeitsunfähigkeitszeiten müssen hierbei erfasst werden. Von Interesse ist auch die Frage, ob schon einmal ein Berufswechsel stattgefunden hat und wenn ja, aus welchen Gründen dieser erfolgt sei (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022a, S. 41–42).

In dem letzten Unterpunkt ‘Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe’ wird erhoben, welche Förderfaktoren und Ressourcen die zu rehabilitierende Person für sich identifiziert und wahrnimmt. Hierzu kann es beispielsweise gehören, zu erfragen, wie die Arbeitsbedingungen von dem/der Rehabilitand*in wahrgenommen werden und ob belastende Faktoren, wie beispielsweise die Care-Arbeit vorliegen. Ebenso kann eruiert werden, inwieweit die Person sich dazu in der Lage wähnt, den eigenen Haushalt zu führen, soziale Interaktionen adäquat zu gestalten und wie ausgeprägt das Risikoverhalten (z. B. Bewegungsmangel, Ernährungsverhalten) hinsichtlich der eigenen Gesundheit ist (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022a, S. 42–43).

Unter der vierten Kategorie ‘Reha-Prozess und -Ergebnis’ können die individuellen, eindeutigen und überprüfbaren Reha-Ziele, welche mit bzw. von der zu rehabilitierenden Person formuliert wurden, eingebracht werden. Diese sollten sich an den Möglichkeiten von Aktivität und Teilhabe orientieren. Die gegebenenfalls während des Rehabilitationsverlaufs aufgetretenen

⁸⁶ Dhom-Zimmermann, S. (2014). Für eine strukturierte Anamnese. Leitfaden für Soziale Diagnose in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 11(1), 21–23.

Probleme sollten ebenso benannt werden wie Veränderungen bei der Motivation sowie des Lebensstils (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022a, S. 44–46).

Die Vorgaben der DRV für die Dokumentation im bio-medizinischen Bereich können als äußerst detailliert bezeichnet werden, was darauf zurückzuführen ist, dass Entlassungsberichte aus der medizinischen Rehabilitation deutschlandweit vergleichbar sein sollen. Im psychosozialen Teil des Entlassungsberichts hingegen sind die Vorgaben deutlich weniger strikt. Dies ist ein Beleg dafür, dass eine Einzelfallorientierung gewünscht ist, aber zeitgleich eine rasche, sachbezogene Datenerhebung nicht ohne weiteres möglich ist. Vor diesem Hintergrund kann resümiert werden, dass dem Sozialdienst bzw. dem Reha-Team ein, wenn auch kleiner, Gestaltungsspielraum zur Verfügung steht. Es ist zu hinterfragen, ob die Rahmung dieses Spielraums tatsächlich alleinig in den Händen der Sozialdienstmitarbeitenden liegt oder vielmehr auch von internen Kommunikationsstrukturen sowie Organisations- und Arbeitsteilungsprozessen innerhalb des Reha-Teams abhängig ist. Völlig unabhängig davon, in welcher Art und Weise die klient*innenbezogene Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht angefertigt wird, ist die Wahrscheinlichkeit, diesbezüglich eine Rückmeldung zu erhalten, gering. Der Empfängerkreis des Entlassungsberichts kann sehr klein sein und ist fast vollständig abhängig davon, welchen Personen und/oder Institutionen der/die Rehabilitand*in ihn zugänglich macht. Es gab lange Zeit keine gesetzliche Vorgabe, Richtlinie oder Stellungnahme dazu, ob der bzw. die Rehabilitand*in standardisiert ein eigenes Exemplar erhält. Dies ändert sich Mitte 2023, als die DRV in ihren Empfehlungen zum Datenschutz darauf hinweist, dass der Entlassungsbericht üblicherweise auszuhändigen bzw. nach der Abreise zu übersenden ist (Deutsche Rentenversicherung, 2023c, S. 15). Der Anspruch auf Einsicht in die Patient*innenakte nach § 630g BGB bleibt hiervon unberührt. Sollte keine gesonderte Einwilligung der Person für die Weitergabe des Berichts vorliegen, so erhält alleinig die DRV als Kostenträger ein Exemplar.

Es kann ferner angenommen werden, dass vom Sozialdienst eingepflegte Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht in der Regel nicht als solche zu identifizieren sind. Somit wird etwaige Kritik des Kostenträgers nicht an die Sozialdienstmitarbeitenden adressiert, sondern eher an hierarchisch höherstehende Personen aus dem Verwaltungs- oder ärztlichen Bereich. Dieses, im wirtschaftlichen Sektor, durchaus übliche Vorgehen sorgt für eine weitere Unsichtbarkeit sowie Anonymisierung der Beiträge des Sozialdienstes (und natürlich anderer Professionen im Reha-Team) nach außen.

Letztlich bleibt festzuhalten, dass von der DRV im Leitfaden zum ärztlichen Entlassungsbericht nicht konkret vorgegeben wird, welche Berufsgruppe die Daten des nicht-standardisierten Textteils (Blatt 2) im Klient*innenkontakt erheben sollte. Dadurch, dass Chef-, Ober- und Assistenzärzt*innen den Entlassungsbericht final unterschreiben, können diese auch als verantwortlich für den gesamten Rehabilitationsprozess gesehen werden. Das ärztliche Personal ist folglich mit einer großen Steuerungs- und Entscheidungsverantwortung ausgestattet. Dies verdeutlicht, dass der Einfluss der Medizin auf die Soziale Arbeit strukturell bedingt erheblich ist. Die Ärzteschaft trägt die formale Verantwortung und dominiert durch die finale Unterschrift den ärztlichen Entlassungsbericht.

2.6.1.2 Klassifikation therapeutischer Leistungen

Mit Hilfe einer Klassifikation sollen seit 1997 die therapeutischen Leistungen innerhalb der medizinischen Rehabilitation dokumentiert werden⁸⁷. Die KTL gilt sowohl für ambulant als auch für stationär durchgeführte Rehabilitationen. Zudem deckt sie die verschiedenen Altersgruppen in der medizinischen Rehabilitation, Erwachsene, Jugendliche und Kinder, gleichermaßen ab. Seit Beginn der Implementierung fließen, mehr oder weniger kontinuierlich, Verbesserungsvorschläge der Anwender*innen und/oder Berufsgruppen sowie neue Erkenntnisse in den Weiterentwicklungsprozess mit ein, so dass derzeit mit der sechsten Auflage der KTL gearbeitet wird (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 3–9). Die KTL kann als umfangreich und relativ detailliert bezeichnet werden. Sie soll das therapeutische Leistungsgeschehen, bezogen auf die einzelne zu rehabilitierende Person, im ärztlichen Entlassungsbericht widerspiegeln. Dies geschieht mit einem KTL-Code (auch Dokumentationscode genannt), der aus maximal sieben Zeichen besteht. An diesem kann abgelesen werden, welche Art der Leistung erbracht wurde, wie lange diese dauerte und wie häufig diese während der Rehabilitation erbracht wurde (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 11–15). Eine Beratung (01) zu einer Stufenweisen Wiedereingliederung (D562) mit einer Dauer von 30 Minuten (F) würde wie folgt kodiert werden.

D	5	6	2	F	0	1
---	---	---	---	---	---	---

⁸⁷ Zuvor gab es kein einheitliches, standardisiertes System zur Dokumentation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation.

Laut der DRV sollen unnötige Dokumentationsprozesse vermieden werden, so dass Routineabläufe nicht im ärztlichen Entlassungsbericht abgebildet werden müssen. Hierunter zählt beispielsweise die Blutdruckmessung aber auch die Essensausgabe. Diese Handlungsmaxime hat für die Sozialdienstmitarbeitenden eine besondere Relevanz, da „Kurzgespräche mit dem Rehabilitanden mit einer Dauer von weniger als 15 Minuten (z.B. kurze Informations- und Motivationsgespräche, Austausch und individuelle Unterstützung des Rehabilitanden“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 14) ebenfalls nicht kodiert werden sollen. Im Klinikalltag bedeutet dies, dass eine Vielzahl von Gesprächen deren Länge 15 Minuten nicht überschreitet, sich nicht im ärztlichen Entlassungsbericht wiederfinden. Folglich können kleinere sozialrechtliche Nachfragen, Gespräche zur Motivationssteigerung oder auch die häufig gewünschte Kontrolle von Seiten der Rehabilitand*innen, ob der jeweilige Antrag⁸⁸ korrekt ausgefüllt worden sei, nicht im ärztlichen Entlassungsbericht abgebildet werden. Unter die Leistungen bei denen eine Kodierung nicht vorgesehen ist, fallen zudem Anamnesegespräche sowie Dokumentationen in der Rehabilitand*innenakte. Grundsätzlich sollen nur Leistungen verschlüsselt werden, bei denen ein direkter Kontakt zur rehabilitierenden Person besteht. Geringfügige Vor- und Nachbereitungszeiten die individuell für den kommenden bzw. stattgefundenen Kontakt erforderlich sind bzw. waren, können in der Kodierung berücksichtigt werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 14–15). In der sozialdienstlichen Praxis könnte dies beispielsweise ein Blick in die Rehabilitand*innenakte sein, um besser auf das kommende Beratungsgespräch vorbereitet zu sein. Über die KTL formuliert zudem die DRV Anforderungen an die Qualifikation der jeweiligen Berufsgruppe. Für die Arbeit des Sozialdienstes bedeutet dies, dass therapeutische Arbeiten nur von Personen vorgenommen werden dürfen, die über ein abgeschlossenes Diplom- oder Bachelorstudium verfügen. Die DRV benennt in diesem Zusammenhang explizit Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagoge*innen. Darüber hinaus soll die staatliche Anerkennung vorhanden sein (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 16–17).

Die Systematik der KTL gliedert sich in insgesamt elf Leistungsbereiche, denen jeweils ein Buchstabe sowie eine Überschrift voranstehen. Die Arbeiten, die von Angehörigen der Sozialen Arbeit erfüllt werden können, sind in den Kapiteln

C „Information, Motivation, Schulung“,

D „Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie“,

⁸⁸ Beispielfhaft zu nennen sind die Anträge auf Übergangsgeld oder auch Schwerbehinderung.

E „Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie,
F „Klinische Psychologie, Neuropsychologie“,
G „Psychotherapie“,
H „Reha-Pflege und Pädagogik“ sowie
M „Ernährungsmedizinische Leistungen“ zu finden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 355–358).

Im Abschnitt C sind beispielsweise Vorträge⁸⁹ zu den Themen Alltagsdrogen sowie Sozialrecht aufgeführt, aber auch Seminare⁹⁰ zur Gesundheitsinformation und –förderung. Das Kapitel D umfasst Tätigkeiten, welche in einer Einzelberatung erbracht werden und/oder sozialtherapeutische Leistungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 29–42). In den anderen, oben genannten Kapiteln werden größtenteils Leistungen aufgeführt, die der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation, dem Suchtbereich oder auch der Psychosomatik zugeordnet werden können. Vor dem Hintergrund der thematischen Eingrenzung der vorliegenden Arbeit werden diese Bereiche nicht gesondert erläutert.

Zu Beginn des Abschnitts D formuliert die DRV ihre Anforderungen an die Soziale Arbeit. „Die klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie informiert, motiviert, begleitet, leitet an und unterstützt den Rehabilitanden. Leistungen der Sozialarbeit und Sozialtherapie zeichnen sich insbesondere durch eine enge Kooperation mit verschiedenen Akteuren außerhalb der Rehabilitationseinrichtung aus. Dadurch wird bereits während der Rehabilitationsmaßnahme die Grundlage für weitergehende Maßnahmen und angemessene Nachsorge geschaffen“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 101).

Für alle Leistungen, die kodiert werden können, legt die DRV insgesamt acht Qualitätsmerkmale fest. Diese müssen jedoch nicht für jede einzelne Leistung separat formuliert werden, sondern können auch in zusammengefassten Einheiten dargestellt werden. Am Beispiel von D553 ‘Orientierende Sozialberatung einzeln’ wird dies nachfolgend erläutert. Zunächst wird die Berufsgruppe genannt, die diese Leistung erbringen kann. In diesem Fall sind dies Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen (Bachelor, Master, Diplom) sowie andere qualifizierte

⁸⁹ Laut DRV dient ein Vortrag vorwiegend der Informationsvermittlung. Die Anzahl der Teilnehmer*innen ist nicht begrenzt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 25).

⁹⁰ Ein Seminar umfasst maximal zwölf bis 15 Rehabilitand*innen und zeichnet sich durch eine aktive Beteiligung der Zielgruppe aus. Zudem sollten verschiedene Methoden genutzt werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, 22, 24).

Berufsgruppen (welche dies sein könnten, wird nicht näher spezifiziert). Anschließend wird dargestellt, ob eine Zusatzqualifikation erforderlich ist. Bei diesem Beispiel ist eine solche nicht notwendig. An anderer Stelle wird beispielsweise eine Zusatzqualifikation für die Anleitung und Führung von Gruppen benötigt. Das nächste Qualitätsmerkmal ‘Fachgebiet’ bezieht sich häufiger auf den ärztlichen und/oder psychologischen Bereich, wenn z. B. eine Facharztqualifikation gefordert wird. Für die Soziale Arbeit gibt es hier nur wenige Vorgaben und, wenn vorhanden, beziehen sich diese ausschließlich auf Einrichtungen mit den Indikationen Sucht, Psychosomatik sowie Pädiatrie⁹¹. Die Indikation, in der Sozialen Arbeit würde man in diesem Zusammenhang eher von einem Anlass oder auch Beweggrund sprechen, für die Inanspruchnahme einer Orientierenden Sozialberatung wird als „Bedarf an individueller Beratung zu sozialen und sozialrechtlichen Fragen, (psycho)soziale Problemkonstellation“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 103) definiert. Als weiteres Qualitätsmerkmal werden Therapieziele stichpunktartig benannt, welche mit der Orientierenden Sozialberatung verfolgt werden sollen. Diese sind „Informationsvermittlung, Selbstbefähigung, (psycho)soziale Stabilisierung, Entscheidungshilfe bei sozialen und sozialrechtlichen Fragen in Zusammenhang mit Krankheit und Behinderung“ sowie „persönliche Hilfe bei Antragstellungen“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 103). Grundsätzlich sollte eine D553er Beratung einzeln (Anzahl Rehabilitand*innen) erfolgen und mindestens 15 Minuten (Mindestdauer) währen. Die Frequenz, also wie häufig eine Einzelperson diese in Anspruch nimmt, kann individuell gehandhabt werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 103).

Wie zu Beginn aufgezeigt, existiert die KTL seit 1997 und wird derzeit in der sechsten, überarbeiteten Version angewandt. Bei jeder geplanten Anpassung bzw. Korrektur wird von der DRV sowie der den Prozess begleitenden Forschungseinrichtung zuvor ein mehrstufiger Partizipationsprozess initiiert, der sich an Anwender*innen, Klinikverantwortliche, Forscher*innen sowie Vertreter*innen der verschiedenen Berufsverbände/Fachverbände richtet (L. Schmidt, Kaluscha, Mitschele & Lindow, B, Klosterhuis, Here, Krischak, G., 2015, S. 346–350). Die Belange der Sozialen Arbeit werden insbesondere von Mitgliedern der DVSG vertreten. Je nach Indikationsschwerpunkt können zudem andere Verbände, wie z. B. die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention (DG-SAS) ihre Interessen wahrnehmen.

⁹¹ Im Kapitel D wird beispielsweise die Durchführung einer Bereichsversammlung/Vollversammlung (D640) genannt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 112).

Durch die regelmäßige Anpassung bzw. Weiterentwicklung der KTL verfolgt die DRV verschiedene Ziele. Eine evidenzbasierte Herangehensweise, welche die Aufnahme ausschließlich jener Leistungen in den Kriterienkatalog fordert, deren positiver Nutzen für die Zielgruppe wissenschaftlich nachgewiesen wurde, wird zwar als Ziel deklariert; jedoch findet eine solche Umsetzung für die Soziale Arbeit bislang nicht statt. Im Kern geht es um eine möglichst realitätsnahe Abbildung therapeutischer Leistungen. Die weitere, häufig unter Anwender*innen verbreitete Annahme, dass die Codes zu Abrechnungszwecken oder zur Personalbemessung von der DRV genutzt werden, trifft nicht zu (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 7–8). Vielmehr gilt die KTL als ein wichtiger Baustein in der Qualitätssicherung der DRV. In jährlich circa 900 000 ärztlichen Entlassungsberichten wird die KTL genutzt und erlaubt der DRV deutschlandweit Vergleiche zwischen Einrichtungen mit derselben Indikation. Diese Auswertungsergebnisse werden den Einrichtungen in dem individualisierten Bericht zur Qualitätssicherung⁹² zur Verfügung gestellt. In diesem werden die gemeldeten KTL-Daten der jeweiligen Institution, einer gebildeten Vergleichsgruppe gegenübergestellt. Die Auswertung ist sehr detailliert und listet auf, wie viele Rehabilitand*innen welche Leistungen für welche Dauer erhalten haben. Zudem werden ausgewählte Rehabilitand*innenmerkmale gelistet und ebenfalls verglichen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023c).

Schmidt et al. gehen davon aus, dass die Anwender*innen der KTL dieser eine noch höhere Bedeutung beimessen, als sie von Natur aus bereits besitzt. Demnach könnte bei deren regelmäßiger Überarbeitung das Bestreben vorhanden sein, eine möglichst genaue und lückenlose Abbildung des eigenen Arbeitsaufwands zu erstellen oder auch die Relevanz des eigenen Berufsfeldes zu manifestieren (L. Schmidt et al., 2015, S. 350).

2.6.1.3 Reha-Therapiestandards

Die DRV verfolgt mit ihren Bestrebungen im Bereich der Qualitätssicherung primär das Ziel, die Behandlungsqualität zu erfassen sowie deren allgemeine Steigerung zu bewirken. Ein Verfahren, um evidenzbasierte Therapien verstärkt in der medizinischen Rehabilitation zu implementieren, stellen die Reha-Therapiestandards dar. Die Absicht die dahinter steht ist, ähnlich wie bei der Entwicklung von Leitlinien in der Medizin, systematische Handlungsvorgaben für einzelne Erkrankungen zu schaffen. Ein wesentlicher Unterschied ist jedoch, dass sich die RTS

⁹² Dieser Bericht wird auch als „Therapeutische Versorgung (KTL)“ bezeichnet.

nicht an einzelnen Personen und ihrem Krankheitsverlauf orientieren, sondern die Summe aller Personen einer Indikation in einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung im Fokus steht (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2020b, S. 2–3). Seit 1998 fördert die DRV Forschungsprojekte mit dem Ziel, evidenzbasierte RTS zu entwickeln. Mittlerweile gelten die folgenden neun RTS in der Rehabilitationslandschaft als fest etabliert:

- Alkoholabhängigkeit,
- Brustkrebs,
- Chronischer Rückenschmerz,
- Depressive Störungen,
- Diabetes mellitus Typ 2,
- Hüft- und Knie-Totalendoprothesen (TEP),
- Kinder- und Jugendliche,
- Koronare Herzkrankheit sowie
- Schlaganfall-Phase D.

Die RTS und die ETM (Evidenzbasierte Therapiemodule) stehen in einer komplementären Beziehung zueinander. Die RTS dienen als Rahmen und geben die allgemeinen Qualitäts- und Behandlungsstandards vor, während die ETM spezifische, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Interventionen für bestimmte Krankheitsbilder bieten. Trotz der unterschiedlichen Indikationen sind alle RTS vom Grundsatz her einheitlich aufgebaut und umfassen eine Struktur von insgesamt fünf Bereichen. Die Anzahl der ETM variiert, je nach RTS, zwischen zehn und 13. Bevor eine detaillierte Beschreibung der ETM folgt, wird zunächst der Geltungsbereich der RTS definiert. Dieser bestimmt sich über die jeweils genannten ICD-10-GM⁹³ Diagnosen, welche als Erstdiagnose im ärztlichen Entlassungsbericht aufgeführt sein müssen. Ob die Rehabilitation ambulant oder stationär durchgeführt wird, ist hierbei irrelevant (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2020a, S. 11–12).

Im ersten Bereich ‘Therapeutische Inhalte’ erfolgt eine Aufzählung, welche sich je nach ETM, unterscheidet. Beispielhaft sei hier der RTS Chronischer Rückenschmerz genannt. In dem dazugehörigen ETM 10 ‘Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration’ werden folgende Inhalte formuliert: „Information und Beratung zu sozialen, beruflichen und sozialrechtlichen

⁹³ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, German Modification

Themen. Möglichkeiten der Unterstützung bei sozialen oder beruflichen Problemlagen, Abgleich von beruflichen und arbeitsbezogenen Anforderungen und aktuellem Fähigkeitsprofil, Förderung der Eingliederung ins Erwerbsleben“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2020a, S. 22). Der zweite Bereich ‘Formale Ausgestaltung’ weist auf die Mindestdauer pro Rehabilitation in Minuten hin und definiert somit den unteren Normbereich für eine adäquate Rehabilitation. In dem oben genannten Beispiel beträgt die Mindestdauer 60 Minuten. Eine Überschreitung der Zeitangabe ist im Regelfall möglich und durchaus erwünscht.

Unter der Bereichsüberschrift ‘KTL-Leistungseinheiten’ werden alle KTL Codes aufgeführt, die zur Erfüllung zugelassen sind. In einem weiteren Bereich kann der ‘Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden’ abgelesen werden. Für das ETM 10 im RTS Chronischer Rückenschmerz beträgt der Mindestanteil 80,0 Prozent. Die Darstellung eines ETM im Leitfaden RTS schließt mit ‘Weitere Hinweise’ ab. Hierunter können weitergehende bzw. ergänzende Information aufgeführt werden. Konkretisiert auf das obige Beispiel ist hier die folgende Information zu finden: „z. B. Fragen zu wirtschaftlicher Sicherung, Rentenfragen, Klärung sozialrechtlicher Fragen, Wohnungsfragen“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2020a, S. 22).

Trotz des primären Fokus dieser Studie auf der somatischen Rehabilitation von Erwachsenen mit einer durchschnittlichen Verweildauer von drei Wochen ist es unabdingbar zu betonen, dass die Soziale Arbeit in allen neun RTS mit KTL-Codes repräsentiert ist (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019b, S. 47–48, 2023f, S. 53–56, 2024d, S. 62–66).

2.6.1.4 Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit

Im Jahr 2022 werden die *Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit* veröffentlicht. Vorausgegangen ist ein von der DRV Bund gefördertes, mehrjähriges Forschungsprojekt zwischen der Universität Würzburg und der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Würzburg. Laut DRV sind die Praxisempfehlungen darauf ausgerichtet, sowohl etablierten Berufstätigen als auch Berufsanfänger*innen in der Sozialen Arbeit, Orientierung für ihre Tätigkeit in der medizinischen Rehabilitation zu bieten. Zusätzlich streben die vorliegenden Praxishinweise danach, anderen Mitgliedern des Reha-Teams einen umfassenden Einblick in die Zuständigkeits- und Kompetenzbereiche des Sozialdienstes zu ermöglichen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022b, S. 5). In Bezug auf die klient*innenbezogene Dokumentation sind folgende Informationen zu berücksichtigen. Die durch die Soziale Arbeit erbrachten Leistungen müssen detailliert

und in schriftlicher Form festgehalten werden, wobei stets die Anforderungen des jeweiligen Qualitätsmanagementsystems beachtet werden müssen. Es ist von zentraler Bedeutung, dass jedes Mitglied des Reha-Teams ungehinderten Zugang zu diesen dokumentierten Informationen erhält. Zudem ist es wichtig, dass die Soziale Arbeit regelmäßig spezifische Fachbeiträge zum Entlassungsbericht der Rehabilitand*innen sowie zu sozialmedizinischen Stellungnahmen einbringt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022b, S. 9). Ferner sollen für die Identifizierung eines potenziellen Bedarfs an Beratung und Interventionen, beispielsweise in Bezug auf berufliche oder psychosoziale Aspekte, Screening-Instrumente zum Einsatz kommen. Diese umfassen kurze, ökonomisch gestaltete Fragebogen, die dazu konzipiert sind, potenzielle Anforderungen an Beratung und Behandlung eher unspezifisch zu erfassen. Screenings zur Identifizierung BBPL können beispielsweise durch folgende Instrumente erfolgen: Würzburger Screening, SIMBO, SIBAR, WAI sowie SPE. Die Sozialanamnese, realisiert vor dem Kontext der ICF, umfasst sozialmedizinisch relevante Aspekte wie das soziale und berufliche Umfeld, die Darstellung der sozialen Kontextfaktoren sowie der fördernden und hemmenden Faktoren. Es wird empfohlen für die Erhebung Anamnesebogen oder Leitfäden zu nutzen. Beispielführend werden der Anamneseleitfaden von Dhom-Zimmermann, das leitfadenbasierte Interview nach Blanke und Kropp oder auch das CASE-Modell nach Fugl-Meyer. Bei der Sozialen Diagnostik ist die Ermittlung von Bedürfnissen in beruflicher, sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht essentiell. Hier wird unter anderem auf die Netzwerkkarte, das Inklusions-Chart und andere Instrumente aus der Klinischen Sozialarbeit verwiesen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022b, S. 13–15).

Im Vergleich zum ärztlichen Entlassungsbericht, der KTL sowie den RTS ist bei den Praxisempfehlungen der DRV ein deutlich höherer Grad an Konkretion festzustellen. Es handelt sich hierbei um die einzige Publikation, welche direkt an die Soziale Arbeit adressiert ist und sich zudem durch einen hohen Praxisbezug auszeichnet. Darüber hinaus wird, bislang einzigartig in der Literatur, darauf hingewiesen, dass "Zum Reha-Entlassungsbericht sowie zur sozialmedizinischen Stellungnahme (...) die Soziale Arbeit regelhaft fachspezifische Beiträge liefern (...)" soll (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022b, S. 9). Die Bedeutung des Reha-Teams wird in den Empfehlungen ebenso hervorgehoben wie die Notwendigkeit, Soziale Diagnostik einzusetzen. Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement wird als Orientierungsrahmen etabliert. Die bisherige Praxis der DRV besteht darin, die Soziale Arbeit innerhalb des Reha-Teams le-

diglich implizit zu berücksichtigen und ihr dadurch eine nachgeordnete Bedeutung zuzuschreiben. Vor diesem Hintergrund ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Soziale Arbeit als eigenständige Profession explizit adressiert und in den Fokus der Betrachtung gerückt wird. In Bezug auf die klient*innenbezogene Dokumentation lässt sich festhalten, dass klare Orientierungspunkte gesetzt werden. Dass diese Orientierungspunkte von der Deutschen Rentenversicherung, dem führenden Akteur in der medizinischen Rehabilitation, ausgehen, unterstreicht deren besondere Bedeutung. Die weitgehende Abwesenheit theoretischer Bezüge ist ein Fakt. Es ist jedoch nicht das Ziel der Autor*innen, eine umfassende theoretische Grundlage zu schaffen, sondern praxisorientierte Richtlinien und Handlungsempfehlungen bereitzustellen. Knoop et al. merken hierzu kritisch an, dass es sich bei den Praxisempfehlungen um eine Auflistung von Best-Practice-Beispielen handle, welche die häufigsten Bedarfslagen von Rehabilitand*innen abdecken. Eine tiefergehende und kritische Auseinandersetzung mit der sozialdienstlichen Praxis habe jedoch nicht stattgefunden (Knoop, Scheiblich et al., 2024, S. 16).

Am Ende der Betrachtung der Rahmenvorgaben der DRV lassen sich zwei grundlegende Erkenntnisse festhalten. Zum einen wird deutlich, dass die DRV als Akteurin eine sehr große Macht und Deutungshoheit innehat und die Rahmenbedingungen, unter denen deutschlandweit Sozialdienste die klient*innenbezogene Dokumentation anfertigen, maßgeblich gestaltet. Diese betrifft nahezu alle Bereiche. Beispielsweise sind hierbei die Definition und Bewertung von Qualität, die Bestimmung und Anerkennung von Vergütungsvereinbarungen, das Recht, bei der Besetzung leitender medizinischer Positionen mitzureden, sowie das Recht zu unangekündigten Kontrollen und Visitationen zu nennen. Es kann ein ausgeprägtes Machtgefälle ausgemacht werden, sowohl zwischen der DRV und den Rehabilitationseinrichtungen als auch zwischen den Einrichtungen und dem Sozialdienst. Diese Dynamik unterstreicht die Bedeutung der Einbeziehung des vierten Mandats nach Röh. Die Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung sind vielfältig und haben einen direkten Einfluss auf die Vergütungs- und Belegungssituation der Einrichtungen. Dies führt wiederum zu erheblichen Konsequenzen für die Arbeitsplatzsicherheit des Sozialdienstes.

Zum anderen lässt sich feststellen, dass die Qualitätssicherungsmaßnahmen eine starke Orientierung an der Medizin aufweisen. Die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation befindet sich aus struktureller Sicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zur Medizin. Die DRV setzt die Medizin ins Zentrum, überträgt die Verantwortung primär an die Ärzteschaft und adressiert

diese in ihren Qualitätsmanagementmaßnahmen sowie Richtlinien. Alle anderen Professionen werden regelmäßig nur unter dem Reha-Team subsumiert. Die Soziale Arbeit bleibt in dieser Struktur weitgehend anonym und ist in der Dokumentation oft nur als nachgeordnete Position erkennbar. Eine Ausnahme bilden die KTL, RTS sowie die Praxisempfehlungen, in denen die Soziale Arbeit trotz fehlender Evidenzbasierung hinsichtlich der Wirksamkeit ihrer Arbeit explizit berücksichtigt wird. Ein möglicher Grund hierfür könnten die vorangestellten Partizipationsprozesse sein, in denen Vertreter*innen der Sozialen Arbeit involviert waren. Die Einbindung in diese Instrumente hebt zwar die Bedeutung der Sozialen Arbeit etwas hervor, verändert jedoch wenig an ihrer strukturell bedingt untergeordneten Stellung.

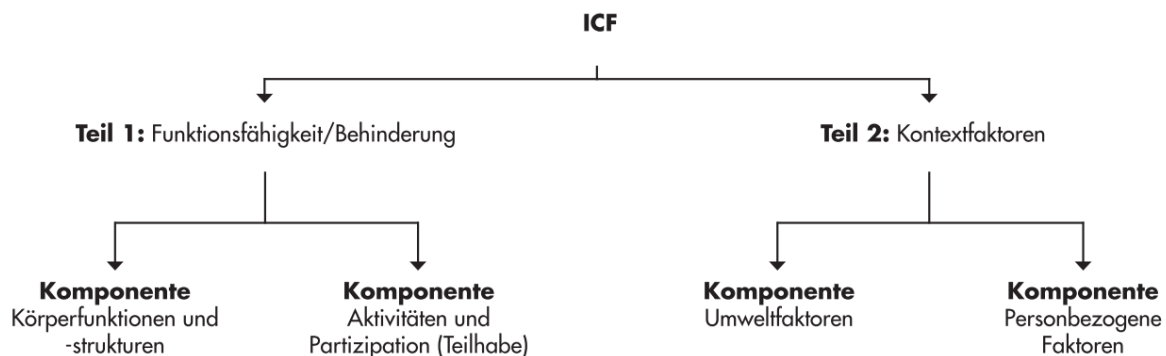
2.6.2 World Health Organization

In diesem Kapitel erfolgt eine kurze, konzise Darstellung und Erläuterung der von der WHO entwickelten ICF. Im Weiteren werden Vorzüge sowie Limitationen diskutiert, was eine kritische Reflexion ihrer Anwendbarkeit und Bedeutung für die Soziale Arbeit im Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation erlaubt.

Die ICF wurde 2001 von der Vollversammlung der WHO verabschiedet und liegt seit 2002 in der deutschsprachigen Fassung vor (World Health Organization, 2005, S. 4). Durch die entwickelte Klassifikation kann bei einem Individuum die systematische Erfassung von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Kontextfaktoren stattfinden. Der ICF liegt eine eigens geschaffene Philosophie mit eigenen Begrifflichkeiten zugrunde, welche auf dem bio-psycho-sozialen Modell beruhen. Dieses vereint den biologischen, medizinischen Ansatz, welcher Behinderung als individuelles Problem ansieht und auch dort ansetzt, mit dem sozialen Modell. Bei letzterem wird davon ausgegangen, dass Behinderung viel mehr durch Wechselwirkungen mit der Umwelt bzw. der Gesellschaft entsteht. Das bio-psycho-soziale Modell vereint diese beide Denkansätze und nimmt zudem die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Faktoren auf. Hierzu zählen die Körperfunktionen und -strukturen, die Aktivitäten, die Teilhabe sowie Umwelt- und personenbezogene Faktoren (Grampp, 2019, S. 35–39). Die von der WHO entwickelte Klassifikation hat zum Ziel, einen universellen Bezugsrahmen zu schaffen. Dieser soll die Erfassung und Analyse von Gesundheitsparametern und deren verwandten Dimensionen ermöglichen. Die Struktur der ICF gliedert sich in zwei Teile, der Funktionsfähigkeit/Behinderung sowie den Kontextfaktoren. Der Teil der Funktionsfähigkeit/Behinderung gliedert sich wiederum auf in Körperfunktionen (z. B. Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und

Atmungssystemen) und den Körperstrukturen (z. B. Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems). Eine weitere Komponente trägt die Bezeichnung „Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation)“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2016b, S. 11–14). Unter ihr werden „verschiedene Lebensbereiche definiert, die [bei] der Betrachtung der Durchführung von Aktivitäten bzw. des Einbezogenenseins zu Grunde gelegt werden“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2016b, S. 14). Im Rahmen des zweiten Teils der ICF, der sich auf Kontextfaktoren konzentriert, stellen Umweltfaktoren (z. B. individuelle und gesellschaftliche Einstellungen) neben personenbezogenen (z. B. Geschlecht, Alter, ethnische Zugehörigkeit) Faktoren eine wesentliche Dimension dar (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2016b, S. 15–16).

Abbildung 6: Struktur der ICF



Quelle: (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2016b, S. 12)

Die ICF reihen sich hiermit in mehrere Klassifikationen ein, die bereits von der WHO entwickelt und veröffentlicht wurden. Von besonderer Bedeutung in der medizinischen Rehabilitation ist hierbei die ICD. Sie spiegelt das krankheitsbezogene bio-medizinische Modell wider und ist laut der §§ 295, 301 SGB V verbindlich für Dokumentations- und Abrechnungsvorgänge zu nutzen und kann, trotz vorhandenen Kritikpunkten an ihr, als vollständig implementiert und etabliert gelten. Diese Tatsache beruht vermutlich auch auf der langen Anwendungshistorie in Deutschland. Seit den 1950er Jahren wird die ICD in unterschiedlichen Versionen und mit divergenten Zielen in Deutschland genutzt. Die ICD ist international⁹⁴ gebräuchlich und auf ihrer Basis fußt ein Großteil der Abrechnungs- und Verwaltungsvorgänge im deutschen Gesundheitssystem.

⁹⁴ In vielen Ländern existieren Übersetzungen die sich, je nach Version, teilweise unterscheiden.

Im Gegensatz hierzu ist die ICF vergleichsweise jung und spricht eine größere Zielgruppe von potenziell Nutzenden an. Während die ICD fast ausschließlich von Mediziner*innen sowie verwaltenden Berufsgruppen verwandt wird, kann (und soll) die ICF zusätzlich von Personen im psychosozialen Arbeitsbereich genutzt werden. Die ICF stützt sich auf das bio-psycho-soziale Modell, welches sowohl die Auswirkungen (einer Gesundheitsstörung oder Krankheit) auf die Körperfunktionen und Körperstrukturen berücksichtigt als auch die Aktivitäten und die Partizipation des Individuums. Es wird davon ausgegangen, dass in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation beide Klassifikationen, wenn auch in einem unterschiedlichen Ausmaß, Anwendung finden und sich ergänzen (Grampp, 2019, S. 17; Sievers, 2023, S. 61–62). Bei genauerer Betrachtung der Rehabilitationspraxis wird deutlich, dass der Schwerpunkt bislang – noch – auf dem biologisch, medizinischen Ansatz liegt. Dies zeigt sich beispielsweise bei den einrichtungsbezogenen Hierarchien. Das ärztliche Personal kann Therapien verordnen, wieder absetzen und ist die verantwortliche Kraft in der Behandlungsführung. Auch wenn von Seiten der DRV die Bedeutung des Reha-Teams immer wieder hervorgehoben wird, die Rechenschaftspflicht für die Gestaltung des Rehabilitationsverlaufs, die sozialmedizinische Beurteilung sowie den ärztlichen Entlassungsbericht liegt letztlich immer beim ärztlichen Personal.

Es sei darauf hingewiesen, dass im Kontext der Implementierung und Anwendung der ICF im Bereich der medizinischen Rehabilitation, die WHO keine überwachende Funktion einnimmt. Stattdessen ist die gesetzliche Verankerung im SGB IX zu finden. Die Steuerung und Kontrolle obliegt primär den Rehabilitationsträgern sowie den Rehabilitationseinrichtungen auf nationaler Ebene, welche die spezifischen sowie allgemeinen Kriterien und Anforderungen für dieses Handlungsfeld definieren. Das bio-psycho-soziale Modell und damit auch die ICF als konzeptionelles Bezugssystem stellen eine Grundlage der medizinischen Rehabilitation der DRV dar (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2021a, S. 4–5). Die Bedeutung hiervon wird im Leitfaden zum ärztlichen Entlassungsbericht explizit hervorgehoben (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022a, S. 5).

Anknüpfend an die vorangehenden Ausführungen über die Rolle der WHO, die gesetzliche Verankerung im SGB IX sowie die Zuständigkeiten auf nationaler Ebene, sollen nachfolgend die spezifischen Vorzüge und die mit ihrer Anwendung einhergehenden Limitationen der ICF beleuchtet werden. Die ICF soll „in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung stellen“ (World Health Organization, 2005, S. 9). Dass dieser Aspekt

für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit von Bedeutung ist, wird bereits 2004 von Weis aufgezeigt. Das Behandlungsteam und auch Kostenträger könnten mit Hilfe der ICF eine gemeinsame Sprache etablieren (Weis, 2004, S. 14). In Bezug auf zukünftige Entwicklungen hat sie bereits die Implementierung von „ (...) ICF-basierte[n] Diagnose-, Assessment- und Dokumentationsinstrumente[n] für die Sozialarbeit“ vorgeschlagen (Weis, 2004, S. 17).

Die ICF ist mit ihren Standarddefinitionen, ihren Verzweigungsebenen, Codes und den zur Einordnung verfügbaren Schweregraden ein umfangreiches Werk. Um die Handhabbarkeit zu vereinfachen, werden sogenannte Core-Sets entwickelt. Hierbei handelt es sich um ausgesuchte Kategorien und Codes, die essentielle Funktionsaspekte bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder auch Indikationen präzise erfassen. In der medizinischen Rehabilitation existieren sowohl ausführlichere als auch eher für statistische Zwecke gedachte Core-Sets für zahlreiche Indikationen. In der Auseinandersetzung mit diesen Core-Sets offenbart sich, dass deren abstrakter Charakter in einem konzeptionellen Widerspruch zu den ethischen Leitlinien der WHO und zu deren essenzieller Notwendigkeit steht, die Einzigartigkeit jeder beurteilten Person umfassend zu berücksichtigen (Sievers, 2023, S. 59).

Im Zuge der Anwendung der ICF im Kontext der medizinischen Rehabilitation sind die ethischen Richtlinien für den Einsatz der ICF zu beachten. Diese unterstreichen unter anderem die Bedeutung der Partizipation der betroffenen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters im Klassifizierungsprozess. Diese Prämisse impliziert, dass sowohl die Relevanz als auch die Anwendung einer bestimmten Kategorie zu verifizieren oder kritisch zu reflektieren ist. Ferner muss der holistische Ansatz der ICF gewahrt bleiben. Zusätzlich obliegt es der verantwortlichen Fachkraft, sofern realisierbar, den Zweck des Einsatzes der ICF gegenüber der betroffenen Person zu erörtern und zur Stellungnahme hinsichtlich der Adäquatheit der Nutzung der ICF für die Erfassung der Funktionsfähigkeit anzuregen (Wenzel & Morfeld, 2017, S. 387; World Health Organization, 2005, S. 173).

Der häufig hervorgehobene Vorzug der ICF besteht in der Bereitstellung einer gemeinsamen Terminologie. Diese kann eine verbesserte interdisziplinäre Kommunikation innerhalb des Reha-Teams sowie eine träger- und organisationsübergreifende Koordination, exemplarisch genannt sei die Reha-Nachsorge, ermöglichen. Damit einher geht aber zugleich die Notwendigkeit der kontinuierlichen Fortbildung aller am Rehabilitationsprozess beteiligten Personen (Wenzel

& Morfeld, 2017). Ein weiterer Nutzen der ICF wird von Lohmann et al. festgestellt. Sie resümieren, dass die ICF durchaus für die Identifizierung und Strukturierung von Reha-Zielen in der frühen post-akuten Rehabilitation geeignet ist (Lohmann, Decker, Müller, Strobl & Grill, 2011, S. 155; Stucki, Zampolini, Juocevicius, Negrini & Christodoulou, 2017, S. 302). Buchholz verweist auf die vorherrschenden Vorbehalte gegenüber der ICF, die in erster Linie mit der Sorge verbunden sind, dass die Einführung und Umsetzung der ICF zu einem Anstieg administrativer Aufgaben führen könnte. Ein solcher Anstieg könnte wiederum die verfügbaren zeitlichen Ressourcen für die Sozialdienste verringern.

Die komplexe Struktur der ICF werde als Hürde angesehen und erschwere die praktische Anwendung (A. Buchholz, 2015, S. 4–5).

Innerhalb des Reha-Teams spielt die klient*innenbezogene Dokumentation eine zentrale Rolle. Sie ist nicht nur unerlässlich für die effektive Steuerung interner Abläufe, sondern dient auch als Grundlage für das Rehabilitationsmanagement. Die Einführung der ICF-basierten Dokumentation in Gesundheitseinrichtungen ist ein prozessintensives Vorhaben, vor allem während der Startphase. Diese Herausforderung resultiert daraus, dass initial häufig mehrere Dokumentationssysteme parallel betrieben werden müssen (Beck et al., 2014, S. 19–21). Der Personal- und Zeiteinsatz ist enorm, da zusätzlich zur IT- oder Papierimplementierung auch Schulungsveranstaltungen für alle Personen, die mit der zu rehabilitierenden Person arbeiten, durchgeführt werden müssen. Trotz der immer wieder hervorgehobenen Bedeutung der ICF resümieren Beck et al., dass für die Rehabilitationspraxis entwickelte Dokumentationssysteme häufig fehlen oder die existierenden Systeme nicht mit der Nutzung der ICF kompatibel sind bzw. die ICF in diesen oft gar nicht berücksichtigt wird. Dies führt zur Notwendigkeit von Doppelarbeiten und unterstreicht die Diskrepanz zwischen theoretischer Bedeutung und praktischer Umsetzung der ICF (Beck et al., 2014, S. 4).

Die Frage danach, wie flächendeckend die ICF mittlerweile in der somatischen Rehabilitation etabliert ist, kann nicht ohne Weiteres beantwortet werden. Hierzu unterscheiden sich die möglichen Anwendungsgebiete (z. B. Reha-Ziele, MBOR, Anamnesebogen), die potenziell anwendenden Berufsgruppen sowie die Indikationen zu stark. Es kann jedoch eine vorsichtige Einschätzung, mit dem Hinweis auf die Existenz von blinden Flecken, gegeben werden. Die Rehabilitationsträger haben mit dem seit Mitte 2023 geltenden neuen Belegungsverfahren ein effek-

tives Instrument erhalten. Sie sind in der Lage, medizinische Rehabilitationseinrichtungen, welche die ICF aus ihrer Perspektive bislang nicht ausreichend implementiert haben, durchaus durch ausbleibende Belegungen zu sanktionieren. Im Gegenzug können selbstverständlich auch Einrichtungen, die aus ihrer Sicht die Aufgaben erfüllt haben, stärker berücksichtigt werden. Über den Grad der Implementierung innerhalb der unterschiedlichen hierarchischen Strukturen – also Leitungsebene, administratives Personal und operative Mitarbeitende – kann jedoch keine Aussage getroffen werden. Von einem Forschungsdesiderat kann ebenfalls gesprochen werden, wenn es um die breite Partizipation von Rehabilitand*innen hinsichtlich der ICF-Anwendung geht.

Stucki et al. fassen wie folgt zusammen „What is still largely lacking, however, is the full and systematic integration of the ICF in day-to-day practice across all rehabilitation services of national health systems, that is, its systemwide implementation” (Stucki et al., 2017, S. 300). In dieser Aussage wird deutlich, dass sich Fragen bezüglich der Machbarkeit einer derart umfassenden Implementierung der ICF stellen. Nach Deventer et al. liegt der Schwerpunkt der Umsetzung der ICF „derzeit nicht in der Anwendung als Klassifikation, sondern in ihrer Bedeutung als Konzeption und Modell“ (Deventer & Ewert, 2009, 1834). In Bezug auf die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation weisen Knoop et al. auf die fehlende Auseinandersetzung mit der ICF, als Modell- und Klassifikationssystem hin und benennen dies als Forschungsdesiderat (Knoop, Scheiblich et al., 2024, S. 201). Der bisherige durch die ICF hervorgerufene Zugewinn für die Soziale Arbeit stellt die Verbreitung und Akzeptanz des bio-psycho-sozialen Modells dar. Während zuvor das durch die Medizin dominierende bio-medizinische Modell die Referenz und Orientierung vorgab, steht dem Reha-Team nun ein weiteres Modell zur Verfügung, welches der Denkweise der Sozialen Arbeit entspricht und Mehrperspektivität miteinfließen lässt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2016b, S. 72).

Hinsichtlich der Rahmenvorgaben der WHO lässt sich resümieren, dass die ICF auf der Ebene von Sprache und Kommunikation sowie dem bio-psycho-sozialen Modell weitreichenden Einfluss auf die medizinische Rehabilitation genommen hat und weiter nehmen wird. Die für die Praxis der Sozialdienste hieraus resultierenden Anforderungen werden bislang jedoch kaum bis gar nicht diskutiert oder gar fixiert. Hinsichtlich der Dokumentation sind bislang keine Empfehlungen, Richtlinien oder ähnliches existent. Die Gründe hierfür sind vermutlich multifaktoriell und lassen sich anhand der bestehenden Literatur nicht aufklären. Es lässt sich mutmaßen,

dass die geringe Größe des Handlungsfeldes und ein mangelndes Interesse seitens der Forschungsgemeinschaft in einer wechselseitigen Beziehung stehen. Darüber hinaus ist es möglich, dass eine grundsätzliche Infragestellung der Eignung der ICF für die Soziale Arbeit im Kontext der medizinischen Rehabilitation besteht.

2.6.3 Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Welche Informationen hinsichtlich der klient*innenbezogenen Dokumentation in den Publikationen der DVSG enthalten sind, wird im Folgenden dargestellt.

Bei der *‘Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen’* handelt es sich um ein standardisierendes Werk, welches als Instrument der Qualitätsentwicklung eine Darstellung des Soll-Zustands anstrebt. In dieser systematischen Klassifikation werden diverse Beratungsinhalte und -themen unter besonderer Berücksichtigung fachlicher Gesichtspunkte aggregiert und organisiert. Im Mittelpunkt steht hierbei die Abbildung der Einzelfallarbeit, darüber hinausgehende Tätigkeiten sowie (Beratungs-)Zeiten sind nicht verzeichnet. Dieses Werk schließt explizit die Beratungstätigkeit in der medizinischen Rehabilitation mit ein. Die Anwendung der Produkt- und Leistungsbeschreibung ermöglicht aufgrund der immanenten Standardisierung die Ermittlung statistischer Daten und darauf basierender Kennzahlen (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2019, S. 7–10).

Folgende Beispiele für Kennzahlen werden genannt:

- „Angaben der Kontakthäufigkeit/Kontaktdauer von telefonischen und/oder persönlichen Beratungen mit Klient*innen und/oder Bezugspersonen pro Jahr
- Anzahl der Personen mit einer bzw. mehreren persönlichen Kontakten
- Anzahl der Produkte und Leistungen, die in der fallbezogenen Arbeit relevant waren (z. B. Anzahl der Beratungen über Rehabilitationsleistungen [...])
- Anzahl und Art der Unterlagen, die durch die Fachkraft der Sozialen Arbeit eigenständig verfasst wurden
- Anzahl der Kontakte mit internen und/oder externen Kooperationspartner*innen
- Anteil der beratenden Personen mit einer bestimmten Diagnose (z. B. Krebs) im Vergleich zur Gesamtzahl der Personen einer Organisationseinheit“ (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2019, S. 10).

Obgleich die Implementierung von Produkt- und Leistungsbeschreibungen in der medizinischen Rehabilitation auf den ersten Blick zweckdienlich erscheint, bedarf es dennoch einer kritischen Analyse hinsichtlich der Anwendung in der gegenwärtigen rehabilitativen Praxis. Die Produkt- und Leistungsbeschreibung ist, trotz ihres originären sozialarbeiterischen Bezugs, nicht detaillierter hinsichtlich der Beratungsthemen als die KTL. Dies ist vor dem Hintergrund der zahlreichen Handlungsfelder in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, für die sie parallel zu gelten hat, nicht verwunderlich. Darüber hinaus kann die KTL zudem Kleingruppen sowie Vorträge abbilden. Einen Mehrwert bildet die Klassifikation der DVSG in der Charakterisierung der Produkte und Leistungen. Sozialarbeitende können hier unter anderem grundlegende Ziele, mitwirkende Berufsgruppen sowie Hinweise zum Beratungsverlauf entnehmen. Es werden zudem kurze Hinweise zur Dokumentationspraxis gegeben. Diese sind jedoch sehr allgemein formuliert und ähneln oder gleichen sich bei den verschiedenen Produktgruppen sogar, wie im Folgenden deutlich wird.

Bei allen 54 Produkt- und Leistungsbeschreibungen werden nachstehende Hinweise zur Dokumentation und Statistik gegeben

- „Nachvollziehbare schriftliche Dokumentation des gesamten Beratungsverlaufs
- Kodierung nach OPS (...)/KTL (bei Klinikkontext)
- Übertragung der relevanten Daten in die EDV-Statistik“ (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2019).

Eine Differenzierung manifestiert sich lediglich in der betreffenden Kodierung im OPS, welcher jedoch für den Sozialdienst in der medizinischen Rehabilitation nicht von Belang ist. Es wird jedoch deutlich, dass die Produkt- und Leistungsbeschreibung der DVSG grundsätzlich parallel zur KTL genutzt werden kann. Die Dokumentation der erbrachten Beratungsleistungen innerhalb beider Systeme würde indes eine Intensivierung des Arbeitsaufwandes implizieren. In diesem Kontext wäre zudem fraglich, worin der spezifische Mehrwert einer doppelten Dokumentation liegen würde.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Anwendung der Produkt- und Leistungsbeschreibung für den Sozialdienst in der medizinischen Rehabilitation insbesondere dann vorteilhaft sein kann, wenn fachliche Fragen zur Erbringung von Leistungen aufkommen. Zudem kann sie zur Erhebung und Organisation von Kennzahlen genutzt werden. Einen Mehrwert hinsichtlich weiterer Informationen zur klient*innenbezogenen Dokumentation bietet sie hingegen kaum.

Vor diesem Hintergrund kann ferner vermutet werden, dass der Verbreitungs- und Anwendungsgrad in der medizinischen Rehabilitation deutlich beschränkt ist.

Eine weitere Publikation sind die *Rahmenempfehlungen zur Einrichtung von Stellen der Sozialen Arbeit in ambulanten und stationären Einrichtungen in der medizinischen Rehabilitation*. Diese sind trichotom aufgestellt, in Aufgaben-, Stellen- sowie Arbeitsplatzbeschreibung. Bezüglich der klient*innenbezogenen Dokumentation können folgende Aufgaben identifiziert werden: Erhebung von Sozialanamnesen, Implementierung und Durchführung Sozialer Diagnostik, Evaluation der Beratungsarbeit, Erfassen von Leistungen und Führen einer Statistik sowie, als Voraussetzung hierfür, die Einsicht in Rehabilitand*innenakten (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020c, S. 2–3). Resümierend bleibt festzuhalten, dass zwar die Annahme, in der medizinischen Rehabilitation müsse der Sozialdienst sowohl Soziale Diagnostik als auch Dokumentation durchführen gestärkt wird, die Umsetzung desselben jedoch nicht weiter ausdifferenziert wird.

2.6.4 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Das Qualitätsmanagement nimmt eine bedeutende Position innerhalb der Schriften der BAR ein. Weshalb in diesem Unterkapitel der Fokus darauf gerichtet wird und untersucht werden soll, welchen Einfluss dieses auf die klient*innenbezogene Dokumentation des Sozialdienstes haben kann.

Der Begriff der Qualität ist im Gesundheitswesen, wie auch in anderen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit, multidimensional. Er kann sich auf verschiedene Elemente wie Sicherheit, Effektivität, Patient*innenorientierung, Effizienz und Zugänglichkeit beziehen. Der Begriff umfasst dabei mehr als nur die medizinische Versorgung und schließt auch Aspekte wie patient*innenfreundliche Prozesse, klare Kommunikation und respektvollen Umgang mit den Adressat*innen ein.

Die Geigersche Qualitätswaage wurde von Hensen auf das Gesundheitssystem übertragen. Sie stellt ein Modell dar, das bei unterstützt, verschiedene Qualitätsaspekte gegeneinander abzuwägen. Auf einer Seite befinden sich die Einzelanforderungen, also die geforderte Beschaffenheit, während auf der gegenüberliegenden Seite die Einzelergebnisse der realisierten Beschaffenheit abgebildet sind. Beide stehen in einem dynamischen Verhältnis zueinander. Im Rahmen der

Geigerschen Qualitätswaage wird Qualität als ‘gut’ bewertet, wenn die tatsächlich erzielten Ergebnisse die gestellten Anforderungen übertreffen. Dieses Modell verdeutlicht den dynamischen Charakter von Qualität im Gesundheitswesen, bei dem verschiedene Faktoren gegeneinander abgewogen werden müssen, um eine optimale Versorgung der Zielgruppe zu gewährleisten (Hensen, 2019, S. 17–21). Im Gesundheitssektor hat die Sicherung der Qualität eine etablierte Historie und bildet ein unverzichtbares Element der professionellen Identität von im Gesundheitswesen beschäftigten Personen bzw. Berufsgruppen. Dabei werden Aktionen zur Sicherstellung der Qualität häufig als implizit angenommen, ohne zwangsweise eine Verbindung zu spezifischen Modellen der Qualitätssicherung oder den Begrifflichkeiten aus dem Gebiet des Qualitätsmanagements herzustellen (Hensen, 2019, S. 82–83).

Gemäß § 37 SGB IX sind Anbieter von Rehabilitationsleistungen verpflichtet, festgelegte Qualitätsstandards einzuhalten und fortlaufende Verbesserungen zu gewährleisten. Sie müssen regelmäßige Qualitätsüberprüfungen durchführen, deren Ergebnisse dokumentieren und eine Zertifizierung durch eine unabhängige Stelle vorweisen. Die Zertifizierungsverfahren und Qualitätsmanagementmaßnahmen müssen regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben eine *Gemeinsame Empfehlung zum internen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX* formuliert. Hierbei handelt es sich um Mindestanforderungen, welche an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement gestellt werden. Die Empfehlung richtet sich an alle Einrichtungen, welche Leistungen zur Teilhabe durchführen. In dem an der Vereinbarung angeschlossenen Manual werden sowohl die Qualitätskriterien als auch die Grundanforderungen für eine Zertifizierung benannt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2015).

Übertragen auf die medizinische Rehabilitation bedeutet dies, dass im Reha-Team verschiedene Stakeholder aufeinandertreffen, deren Verständnis von Qualität nicht automatisch identisch ist. Wenn beispielsweise in der Einrichtung eine Zertifizierung nach einem Qualitätsmanagementsystem vorhanden ist bzw. angestrebt wird, kann Qualität primär als das Maß der Erfüllung von festgelegten Anforderungen und somit der Kundenzufriedenheit betrachtet werden. Hiernach werden Rehabilitand*innen als Kunden verstanden, denen gegenüber eine Dienstleistung zu erbringen ist. Im Gegensatz dazu betrachtet die gesetzliche Definition, insbesondere im Bereich der medizinischen Versorgung, Qualität vorrangig unter dem Aspekt der Zweckmäßigkeit und

Angemessenheit der erbrachten medizinischen Leistung. Aus einer medizinisch-therapeutischen Perspektive ist Qualität eng mit der Güte der Diagnostik und der darauf basierenden Therapie verknüpft, wobei das Hauptaugenmerk auf die Erzielung eines optimalen Behandlungsergebnisses gelegt wird (Bürgy, 2012, S. 64–66). Durch die Vielzahl der Stakeholder gilt besonders, dass Qualität „(..) eine reflexive, substantiell auf Diskurs verwiesene Kategorie“ ist (Merchel, 2021, S. 685). Im Diskurs können Herausforderungen entstehen, die auf divergierende Grundprinzipien und Denkweisen zurückzuführen sind. Die Vereinbarkeit von ökonomischen Perspektiven kann sich signifikant von den inhärenten ethischen Werten und Handlungsprinzipien der Sozialen Arbeit abheben (Bleck, 2011, S. 5).

In medizinischen Rehabilitationseinrichtungen zeichnet sich Qualitätsmanagement durch sein fortlaufendes Bestreben aus, die Interessen dieser und anderer Stakeholder zu berücksichtigen. Dazu zählen Rehabilitand*innen, Mitarbeitende, Angehörige und beispielsweise auch überweisende Ärzt*innen. Besondere Relevanz hat dabei die Zusammenarbeit über Berufsgruppen, Hierarchien und Spezialisierungen hinweg, verbunden mit einer stetigen internen Bewertung des erreichten Qualitätsstandes sowie der Qualitätssicherung. Das in der Gemeinsamen Empfehlung erarbeitete Qualitätsmanagement verweist auf systematische und regelmäßige Prozesse, die auf die Identifizierung, Analyse und Optimierung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abzielen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2015, S. 2). Qualitätsmanagement ist ein Instrument, welches bei zielgenauer Anwendung nicht nur den Genesungsprozess von Rehabilitand*innen unterstützt, sondern gleichzeitig auch Bestandteil der Unternehmenspolitik sowie der Leistungserbringung ist. Das primäre Ziel bleibt dennoch die rehabilitand*innen-zentrierte Prozessoptimierung. Ein funktionierendes Qualitätsmanagement erfordert die aktive Beteiligung aller Mitarbeitenden, sowohl in internen als auch externen Beziehungen. Die Initiative zur Implementierung von betriebsinternen Qualitätsmanagementverfahren sollte von der Führungsebene ausgehen und kann nicht auf die bloße Existenz einer spezifischen Abteilung für Qualitätsmanagement reduziert werden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2015, S. 15).

Die elementaren Prämissen für ein betriebsinternes Qualitätsmanagement gründen sich auf dem bio-psycho-sozialen Modell, das in der ICF verankert ist. Basierend hierauf gelten folgende Kriterien:

- „Teilhabeorientiertes Leitbild
- Einrichtungskonzept
- Indikations-/zielgruppenspezifisches Rehabilitationskonzept
- Verantwortung für das Qualitätsmanagement in der Einrichtung
- Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems
- Beziehungen zu Rehabilitanden/Bezugspersonen/Angehörigen, Behandlern, Leistungsträgern, Selbsthilfe
- Systematisches Beschwerdemanagement
- Externe Qualitätssicherung
- Fehlermanagement
- Interne Ergebnismessung und -analyse (Verfahren)
- Interne Kommunikation und Personalentwicklung“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2015, S. 3).

Die Überprüfung, ob eine Institution für medizinische Rehabilitation diese sowie weitere Anforderungen erfüllt, erfolgt durch eine vollzogene Zertifizierung. Ohne diesen Nachweis kann der Belegungsvertrag von Seiten der GRV gekündigt⁹⁵ werden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2015, S. 14). Aktuell existieren auf dem Gebiet der medizinischen Rehabilitation 31 unterschiedliche Qualitätsmanagementverfahren, ein kleiner Teil dieser ist auf Indikationen⁹⁶ spezialisiert. Die Verfahren können anhand verschiedenster Zertifizierungsstellen evaluiert und entsprechend zertifiziert werden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2023). Dieser Prozess beinhaltet auch die Kontrolle und Steuerung der Dokumentation, auf die nun gesondert eingegangen wird.

Die Charakterisierung des in Gebrauch befindlichen Dokumentationssystems sowie die entsprechenden Interventionen zur Sicherstellung der Konformität mit sämtlichen, von Gesetzgeber und Behörden geforderten, Auflagen – etwa in Hinsicht auf die rehabilitand*innenbezogenen Kernprozesse – repräsentieren einige Komponenten. Hierzu gehören Aufnahme, Diagnose,

⁹⁵ Eine solche Kündigung kann sehr große finanzielle Auswirkungen auf die Einrichtung haben. In der Regel sind ein Rückgang der Belegungszahlen sowie ein Reputationsverlust (insbesondere dann, wenn die Kündigung aufgrund von Qualitätsmängeln erfolgte) hiermit verbunden.

⁹⁶ Beispielsweise das Zertifizierungsverfahren „systemQM Psychosomatik“ für die Psychosomatik oder auch „FVS/DEGEMED“ für Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik.

Therapie sowie Überleitung. Die Prozesse zum Umgang und der Verwaltung der auf Rehabilitand*innen bezogenen Unterlagen sind genau definiert und entsprechen den Vorgaben des Datenschutzes. Die Dokumente sind stets und unmittelbar erreichbar, aktuell und adäquat archiviert. Die Verwendung von Assessments bzw. Diagnosetools bei Aufnahme und Entlassung ist immanent (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2015, S. 17–25). Das Qualitätsmanagementverfahren beinhaltet die Entwicklung eines Handbuches, in dessen Implementierung und Umsetzung prozessorientiert beschrieben wird. Darüber hinaus werden bei einer Erst- und/oder Folge-Auditierung vor Ort die Dokumente inspiziert und überprüft (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2015, S. 36).

Es lässt sich zusammenfassen, dass das Qualitätsmanagement sowie das gewählte System bzw. dessen Zertifizierung einen großen Einfluss auf die Arbeitsweise des Reha-Teams sowie der Einrichtung ausüben. Die Suche nach konkreten Informationen zur klient*innenbezogenen Dokumentation bleibt jedoch erfolglos. Lediglich der Hinweis darauf, dass Assessment- und Diagnosetools zu nutzen sind, wird erbracht. Zudem erfolgt der schon fast floskelhafte Verweis auf den Datenschutz. Es ist durchaus vorstellbar, dass die Entwicklung eigener Dokumentationsprozesse im betrieblichen Qualitätsmanagementhandbuch einen substanziellen Mehrwert für den Sozialdienst schaffen kann. Durch die Auseinandersetzung und Schaffung spezifischer, auf die Bedürfnisse und Gegebenheiten des Sozialdienstes zugeschnittener Prozesse könnte eine effizientere und zielgerichtete Arbeitsweise ermöglicht werden. Gleichzeitig sollte jedoch auch betont werden, dass sich Beratungsprozesse nur in begrenztem Maße der Logik eines festen Ablaufschemas unterordnen lassen. Eine Analyse weiterer Publikationen der BAR zeigt, dass zwar der Sozialdienst in gewissem Maße mit einbezogen wird, die bereitgestellten Informationen jedoch in der Regel hauptsächlich dem sozialrechtlichen Informationsanteil der Beratungsarbeit dienen. Im Mittelpunkt stehen Verfahrensabläufe sowie die Auslegung von Paragraphen. Insbesondere die Stufenweise Wiedereingliederung sowie das Betriebliche Eingliederungsmanagement können hier benannt werden. Weiterführende Informationen bezüglich der klient*innenbezogenen Dokumentation werden von der BAR nicht gegeben.

2.6.5 Datenschutz

Um die eigene Arbeit am bzw. mit der zu rehabilitierenden Person dokumentieren zu können, sind Datenschutzkenntnisse für den Sozialdienst von zentraler Bedeutung. Hierbei sind verschiedene Ebenen zu beachten, da die Vorgaben sowohl Kostenträger als auch Leistungserbringer betreffen. Im Folgenden wird der Fokus kurz auf die allgemeingültigen Gesetze gelegt, um dann zu untersuchen, wie die Handhabung in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation ist und im Besonderen, welche Chancen und Herausforderungen der Datenschutz für die Dokumentation des Sozialdienstes bieten kann.

Das Wort ‘Datenschutz’ ist als Sammel- und/oder Oberbegriff zu verstehen, unter dem verschiedene Absichten sowie Gesetze subsumiert werden können. Das Ziel ist hierbei immer die Wahrung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung⁹⁷, also den Schutz des Einzelnen vor potenziellen Negativfolgen durch die unautorisierte Nutzung seiner persönlichen Daten (Deutsche Rentenversicherung, 2023c, S. 5; Knödler & Pehl, 2020, S. 14). Im Gesundheitswesen zählen hierzu insbesondere Gesundheitsdaten, welche nach Art. 4 Abs. 15 DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) wie folgt definiert werden: „personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen“. Für die Verarbeitung personenbezogener Daten gelten hierbei sechs Grundsätze, welche regelhaft mit den Schlagwörtern ‘Transparenz’, ‘Zweckbindung’, ‘Datenminimierung’, ‘Richtigkeit’, ‘Speicherbegrenzung’ sowie ‘Integrität und Vertraulichkeit’ beschrieben werden (Art. 5 DSGVO). Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass vom Leistungsträger, dem Leistungserbringer und den in der Einrichtung beschäftigten Berufsgruppen, den Leistungsempfängern sowie vom jeweiligen Handlungsfeld der Sozialen Arbeit abhängig ist, welche gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie Vorschriften in puncto Datenschutz im Einzelnen gelten⁹⁸. Als Beispiel sei angeführt, dass bei einer Rehabilitationseinrichtung in kirchlicher (katholischer) Trägerschaft durchaus die Vorschriften des entsprechenden Bistums zu beachten sind (Jäschke, 2018, S. 7–8). Ohne jedoch zu sehr ins Detail gehen zu wollen, kann

⁹⁷ Nach Interpretation des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1983, entspringt dieses grundlegende Recht auf informationelle Selbstbestimmung aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht, welches in Art. 2 Abs. 1 GG (allgemeine Handlungsfreiheit) in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG (Menschenwürde) kodifiziert ist. Dieses Urteil ist auch als ‘Volkszählungsurteil’ bekannt geworden.

⁹⁸ Es wird unterstrichen, dass Gesetze welche für Akutkrankenhäuser gelten, in der Regel nicht auf medizinische Rehabilitationseinrichtungen angewandt werden können (Deutsche Rentenversicherung, 2023c, S. 7).

es als gesetzt angesehen werden, dass die zum Teil bereits aufgeführten gesetzlichen Grundlagen wie die DSGVO, die Sozialgesetzbücher sowie das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) die wesentliche Basis darstellen (Deutsche Rentenversicherung, 2023c, S. 5).

Gemäß § 23 SGB I fällt die DRV unter die Kategorie der Sozialleistungsträger und ist somit verpflichtet Sozialgeheimnisse, welche in den §§ 35 SGB I, 67-85a SGB X bestimmt sind, zu bewahren. In Bezug auf den Umgang mit Daten von Versicherten, welche durch die DRV zur Verfügung gestellt werden, müssen Rehabilitationseinrichtungen daher stets sowohl diese Bestimmungen als auch die Regelungen der DSGVO berücksichtigen, wie in § 78 SGB X festgelegt (Deutsche Rentenversicherung, 2023c, S. 6).

Wie bereits beschrieben, sind Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation verpflichtet, ein Qualitätsmanagement durchzuführen. In Art. 30 DSGVO ist zudem festgelegt, dass (diese) Unternehmen ein Datenschutzmanagementsystem implementieren müssen. Hierbei können sich, beispielsweise bei der Dokumentation von Prozessen, Synergieeffekte ergeben (Jäschke, 2018, S. 15–16). Um die gesetzlichen Vorgaben dauerhaft erfüllen zu können, müssen nach Art. 37 Abs. 1 Buchst. c DSGVO in Rehabilitationseinrichtungen fest beauftragte Personen für den Datenschutz benannt werden. Es ist zu betonen, dass in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation die Kenntnis der jeweiligen Datenschutzgesetze und der internen Regelungen für den Sozialdienst essentiell ist. Insbesondere dann, wenn es um komplexere Fragen geht, wie beispielsweise der Rahmen auszusehen hat, wenn mit Arbeitgebern der Rehabilitand*innen kommuniziert werden soll oder auch wenn die Nachsorge mit Drittanbietern im Raum steht. Die notwendigen Informationen, um regelkonform zu handeln, werden durch die beauftragte Person für Datenschutz sowie durch die DRV mit ihren entsprechenden Datenschutzeempfehlungen vermittelt und strukturiert. Eine gewisse Struktur ist daher innerhalb der Einrichtung bereits vorgegeben und erleichtert dem Sozialdienst die Kenntnis um sowie die Einhaltung der Datenschutzvorgaben.

Unter die Gesundheitsdaten nach Art. 4 Abs. 15 DSGVO fallen regelhaft zahlreiche Angaben, die im Beratungsgespräch vom Sozialdienst erhoben werden. Weitere Angaben, wie zum Beispiel die finanzielle Absicherung des Individuums und/oder das Vorhandensein von Angehörigen und das Verhältnis zueinander, werden von Art. 4 Abs. 1 DSGVO abgedeckt, in welchem dargelegt wird, dass personenbezogene Daten regelhaft all jene sind, welche sich auf eine zu identifizierbare Person beziehen. In puncto Datenschutz muss der Sozialdienst ferner über das

Wissen verfügen, dass „(...) der Reha-Entlassungsbericht, (...) oder die Nachsorge-Dokumentation den Rehabilitandinnen / Rehabilitanden nach Abschluss der Leistung zur Teilhabe regelhafte auszuhändigen bzw. zu übersenden“ ist (Deutsche Rentenversicherung, 2023c, S. 15) sowie die Einsichtnahme in die Patient*innenakte nach § 630g BGB zu gewährleisten ist. Hierbei gilt, dass alle Daten ohne Einwilligung der zu rehabilitierenden Person an die DRV übersendet werden dürfen (Deutsche Rentenversicherung, 2023c, S. 16).

Die (zeitnahe) Führung einer Rehabilitand*innenakte, in Papier- oder elektronischer Form, zum Zwecke der Dokumentation ist nach § 630f BGB verpflichtend. Hierbei gilt, dass die behandelnde Person gefordert ist „in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen“ (§ 630f Abs. 2 BGB). Es wird regelhaft von ärztlichen Behandlern⁹⁹ ausgegangen. Andere, dem Reha-Team zugehörige Professionen werden nicht angeführt aber auch nicht explizit herausgenommen. Zugleich als Chance aber auch Herausforderung kann angesehen werden, dass die im genannten Paragraphen ‘fachliche Sicht’ von Seiten der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit oder auch enger gefasst, von Seiten der Sozialdienste in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen bislang nicht näher diskutiert wird. Wie können Sozialdienste in der medizinischen Rehabilitation gleichzeitig der Pflicht zur Datenminimierung (Art. 5 DSGVO) nachkommen und ebenso die Verpflichtung zur Dokumentation wahrnehmen, wenn Diskurse nicht geführt werden oder sich Erkenntnisse bzw. Publikationen bezüglich der Verbindung von Dokumentation und Datenschutz auf thematisch weiter entfernte Handlungsfelder wie zum Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe erstrecken? Ein einfacher Transfer der dort erlangten Erkenntnisse erscheint wenig zielführend, da sich die Klientel sowie weitere beteiligte Interessensgruppen deutlich voneinander unterscheiden. Aufgrund fehlender Diskurse sowie auf das Handlungsfeld zugeschnittener Publikationen und Empfehlungen ist es bislang die Aufgabe des Individuums oder der Sozialdienste, in der jeweiligen Einrichtung Interessensabwägungen vorzunehmen sowie Vor- und Nachteile ausführlicher versus sparsamer Beratungsdokumentation im Blick zu behalten und die eigene Dokumentationspraxis zu reflektieren.

⁹⁹ „Je nach Fallgestaltung kommt insoweit der niedergelassene Arzt, die Gemeinschaftspraxis als Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder der regelmäßig in der Form einer Kapitalgesellschaft organisierte Krankenhausträger bzw. das medizinische Versorgungszentrum in Betracht (...)“ MüKoBGB/Wagner BGB § 630f Rn. 6

In diesem Spannungsfeld ist es von besonderer Relevanz, die Aufmerksamkeit darauf zu richten, dass grundlegende Prinzipien wie die Partizipation der Rehabilitand*innen, Vertraulichkeit, Informiertheit, Transparenz sowie die Gewährleistung von Sicherheit Bestand haben (Kutscher, 2020, S. 349). Ein nachvollziehbarer Dokumentationsprozess, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben, kann dazu beitragen, dass die eigenen Arbeits- und Dokumentationsanteile in der Einrichtung besser wahrgenommen werden und somit auch eher Verantwortung für die Inhalte übernommen werden kann (Reichmann, 2022, S. 55).

2.6.6 Schlussfolgerungen

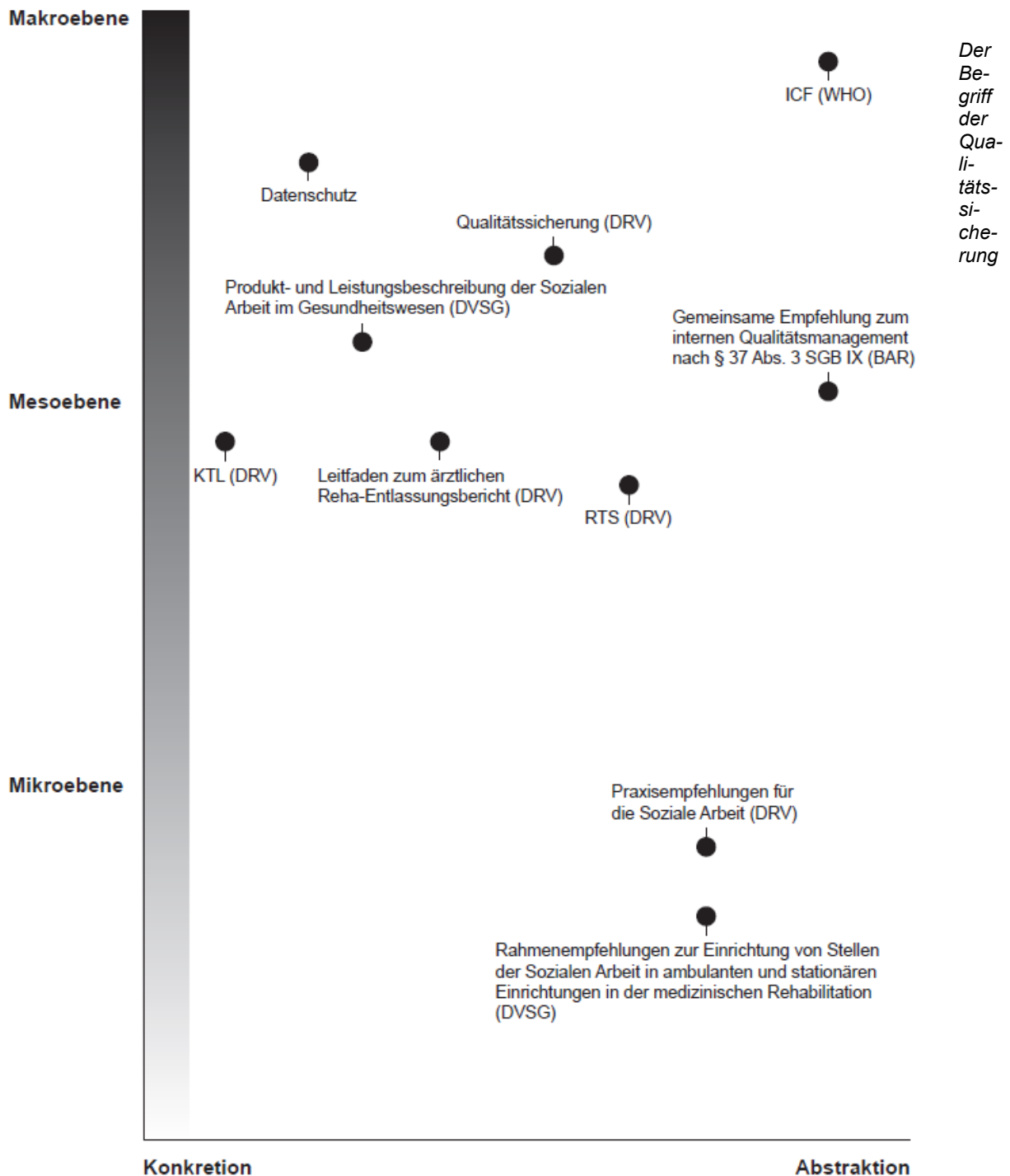
Die bisherige Analyse der Rahmenvorgaben für die klient*innenbezogene Dokumentation in der medizinischen Rehabilitation hat ein facettenreiches Bild der regulatorischen Landschaft gezeichnet. In einem weiteren Schritt erfolgt nun die Einordnung der Rahmenvorgaben auf Makro-, Meso- und Mikroebene sowie parallel dazu deren Positionierung auf einer Skala zwischen Abstraktion und Konkrektion.

Angelehnt an die Ebenen der Versorgungsforschung nach Hollederer und Wildner findet folgend eine thematische Adaption statt. Auf der *Mikroebene* richten sich die Vorgaben direkt an das Individuum, also an die im Sozialdienst tätige Person. Diese Ebene umfasst praxisnahe Bestimmungen, die die tägliche Dokumentationsarbeit des Sozialdienstes unmittelbar beeinflussen. Hier geht es um spezifische Anleitungen und Richtlinien, die die klient*innenbezogene Dokumentation betreffen. Die *Mesoebene* bezieht sich auf die Rehabilitationseinrichtung als Organisationseinheit. Diese Ebene umfasst Regelungen und institutionelle Empfehlungen, welche die operativen Prozesse und Strukturen innerhalb der Einrichtung beeinflussen. Die *Makroebene* bezieht sich auf das gesamte deutsche Rehabilitationssystem und umfasst übergeordnete, strategische Rahmenvorgaben sowie Gesetzgebungen auf nationaler Ebene (Hollederer & Wildner, 2015, S. 234). Auf einer weiteren Analyseebene wird der Grad der Abstraktion oder Konkrektion der Rahmenvorgaben festgelegt. Abstraktion bezeichnet allgemeine, theoretische Richtlinien und Konzepte, die eine hohe Interpretation und Anpassung durch die Fachkraft erfordern, um sie in der spezifischen Praxis anzuwenden. Konkrektion hingegen bedeutet, dass die Rahmenvorgaben für die klient*innenbezogene Dokumentation praxisorientiert und spezifisch auf die Bedürfnisse der Sozialarbeitenden abgestimmt sind und möglicherweise Best-Practice-

Beispiele enthalten. In der praktischen Umsetzung erfordern diese Vorgaben nur geringe Anpassungen an die individuelle Situation der Rehabilitand*innen. Die Makroebene bezieht sich auf das gesamte deutsche Rehabilitationssystem und umfasst übergeordnete, strategische Rahmenvorgaben sowie Gesetzgebungen auf nationaler Ebene (Hollederer & Wildner, 2015, S. 234).

Um die Einordnung der jeweiligen Rahmenvorgaben zu präzisieren, wird die Frage herangezogen, welche spezifischen Vorgaben für die klient*innenbezogene Dokumentation formuliert werden. Beispielsweise zeigt die DRV in ihrer KTL detaillierte, praxisnahe Anleitungen, die einen geringen Interpretationsspielraum zulassen. Im Gegensatz dazu ist die ICF der WHO sehr abstrakt und erfordert eine deutliche Interpretation und Adaption durch die Fachkräfte, um in der Praxis angewendet werden zu können.

Abbildung 7: Einordnung der Rahmenvorgaben für die klient*innenbezogene Dokumentation



(DRV) umfasst folgende Rahmenempfehlungen: Peer Review-Verfahren; Rehabilitand*innenbefragung; Bericht zum sozialmedizinischen Verlauf im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation; Strukturqualität in Rehabilitationseinrichtungen; Strukturierter Qualitätsdialog

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit den Rahmenvorgaben über die verschiedenen Ebenen und Abstraktionsgrade hinweg, offenbaren sich folgende Beobachtungen. Die Analyse zeigt,

dass im spezifischen Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in der medizinischen, somatischen Rehabilitation eine Lücke hinsichtlich direkt anwendbarer Rahmenvorgaben existiert. Diese Lücke ergibt sich vor allem daraus, dass bestehende Vorgaben in der Regel eine Anpassung sowie eine sorgfältige Operationalisierung im praktischen Kontext erfordern, um effektiv umgesetzt werden zu können. Die Adaptionfähigkeit von Sozialarbeitenden bezieht sich auf ihre Kompetenz, sich flexibel auf gegebene Rahmenbedingungen einzustellen und diese als Gelegenheit zur kontinuierlichen Weiterentwicklung zu nutzen. Ein anschauliches Beispiel dafür ist die umfassende Novellierung des SGB IX, die erhebliche Anpassungen im Bereich der Sozialen Arbeit nach sich zieht bzw. bereits nachgezogen hat.

Diese Fähigkeit zur Anpassung erfordert nicht nur ein fundiertes Verständnis der aktuellen Gesetzeslage, sondern auch die Bereitschaft, sich fortlaufend mit neuen Entwicklungen auseinanderzusetzen und flexibel und reaktionsfähig zu sein. Die ebenfalls notwendige Operationalisierung beschreibt hingegen die, mehr oder weniger konkrete Umsetzung von Rahmenvorgaben in die eigene Berufspraxis. Dies kann letztlich in der Fragestellung münden, wie zum Beispiel die ICF sich in der klient*innenbezogenen Dokumentation niederschlägt oder wie die DRV Leitlinien zum ärztlichen Entlassungsbericht angewandt werden.

Letztlich führt eine fehlende Konkretion hinsichtlich der klient*innenbezogenen Dokumentation zu der Folge, dass in der sozialarbeiterischen Praxis eine erhebliche Kompetenz hinsichtlich Adaption und Operationalisierung erforderlich wird. Auf der Ebene der Disziplin existiert ein Forschungsdesiderat bezüglich der Dokumentation im Handlungsfeld. In der Profession mangelt es an Orientierung, wie sie beispielsweise durch Best-Practice-Beispiele, Ausfüllhinweise oder auch durch modular aufgebauten Textvorlagen geboten werden könnte. Dieser Ist-Zustand erscheint besonders vor dem Hintergrund des stark regulierten und von Vorschriften geprägten deutschen Gesundheitswesens als erstaunlich. Diese Lücke kann, je nach professionellem Selbstverständnis und möglicherweise auch basierend auf der individuellen Berufserfahrung, als wertvoller Freiraum oder als eine Herausforderung, charakterisiert durch das Gefühl, mit der Dokumentation alleingelassen zu werden, wahrgenommen werden. Es existiert ein Spannungsfeld zwischen einem großen sozialarbeiterischen Handlungsspielraum und dem Wunsch nach Orientierung und Struktur innerhalb der klient*innenbezogenen Dokumentation.

Darüber hinaus wird deutlich, dass die klient*innenbezogene Dokumentation überwiegend von Akteuren außerhalb der Sozialen Arbeit bestimmt wird und zudem deren Rahmenvorgaben

nicht konkret an die Soziale Arbeit adressiert sind. Eine Ausnahme bildet die DVSG, die mit ihren Rahmenempfehlungen zumindest auf struktureller Ebene eine Orientierung bietet, welche sich jedoch nicht in konkreten Dokumentationshinweisen niederschlägt. Bei allen anderen Rahmenvorgaben tritt die Soziale Arbeit kaum oder nur indirekt in Erscheinung.

2.7 Forschungsstand und Desiderate

Um eine Erfassung, Analyse und Bewertung des Forschungsstandes zu ermöglichen, werden in diesem Kapitel relevante Studien untersucht. Da dem historischen Kontext in dieser Arbeit ein eigenes Kapitel (2.1) gewidmet ist, werden ausschließlich Studien berücksichtigt, die nach 2010 veröffentlicht wurden.

Seit 2013 führt die *DVSG* (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.) alle zwei Jahre eine *quantitative Onlinebefragung* durch. Diese richtet sich an die Mitglieder des Fachverbandes, sowie an weitere im Gesundheitswesen tätige Sozialarbeitende. Das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation wird hierbei nicht nur beiläufig erfasst und anderen in der Regel größeren Handlungsfeldern zu- bzw. untergeordnet, sondern regelhaft spezifisch und explizit aufgelistet. Somit werden bei jeder Studie auch Daten zu diesem Handlungsfeld erhoben. Die Durchführung dieser Befragungen stellt einen maßgeblichen Beitrag zur Erforschung der Praxis des Handlungsfelds dar. Sie ermöglichen die Generierung von statistischen Daten und bieten die Möglichkeit, praktisches Erfahrungswissen nachvollziehbar zu machen. Zur Erforschung des Handlungsfelds sind insbesondere die statistischen Rahmeninformationen (z. B. Geschlechterverteilung, Zeiteile mit direktem Klient*innenkontakt sowie die EDV-Ausstattung) von Interesse. Zudem werden Daten erhoben, welche sich mit der beruflichen Selbstwahrnehmung, der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben sowie der Ausstattung mit EDV-Mitteln befassen. Die Relevanz von drei der bislang sechs durchgeführten Studien wird für diese Arbeit als hoch eingeschätzt, da zuvor kaum quantitative Daten zu diesem Handlungsfeld erhoben bzw. veröffentlicht wurden. Aus diesen drei quantitativen Studien¹⁰⁰ resultieren jeweils Veröffentlichungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Hierzu gehört der Artikel von Haupt, Kramer und Adolph, in welchem sie die *‘Anforderungen an IT zur Unterstützung in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen’* untersuchen und auch den Aspekt der doppelten Dokumentation, also erst papierbasiert und später dann die händische Übertragung in die Software, beleuchten. In der Studie wird die Hard- und Softwarenutzung erfasst. Die Autor*innen heben hervor, dass eine an die Bedürfnisse der Sozialen Arbeit angepasste

¹⁰⁰ 2013 – Einschätzung zur Arbeitssituation der Sozialarbeiter*innen sowie Anforderungen an IT und Entlassmanagement in Kliniken

2015 – Ressourcen und Belastungen in der Arbeit/Beratungsinhalte bei Personen mit onkologischen Erkrankungen im Vergleich zu anderen Patient*innengruppen

2017 – Zugang zur Sozialen Arbeit in unterschiedlichen Settings des Gesundheitswesens

Software die Qualitätssicherung unterstützen kann. Hierbei wird die Funktion der klient*innen-bezogenen Dokumentation im Hinblick auf Qualitätssicherung und Evaluation erkannt und in Zusammenhang mit der verwendeten Hard- und Software gebracht. Eine angepasste Software könne wesentlich dazu beitragen, den Arbeitsalltag von Sozialarbeiter*innen zu erleichtern und im besten Fall mehr Zeit für Kernaufgaben zu schaffen (Haupt, Kramer & Adolph, 2014).

Hinsichtlich der Evidenzbasierung der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld kann dem 2019 publizierte Artikel *‘Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung’* von Knoop, Dettmers und Meyer eine große Relevanz zugesprochen werden. Sie kommen, gestützt auf eine Literaturrecherche, zu dem Ergebnis, dass die Soziale Arbeit zwar als wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation anerkannt ist, aber ein großer Bedarf an evidenzbasierter Forschung besteht. Zugleich wird offenbar, dass bisher keine eindeutigen Belege für die positive Wirkung sozialarbeiterischer Beratungstätigkeiten auf die Rehabilitand*innen vorliegen. Vielmehr konnten sogar nachteilige Effekte belegt werden (Knoop et al., 2019; Knoop, Freymüller, Dettmers & Meyer-Feil, 2024). Der nachgewiesene Mangel an empirischen Belegen zur Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen im Handlungsfeld erhöht den Druck auf die Profession, die positive Effektivität auf Rehabilitand*innen zu legitimieren. Dies wird besonders in der verstärkten Ausrichtung auf Forschungsprojekte deutlich, die darauf abzielen, die Diskrepanz zwischen theoretischen Annahmen und deren praktischer Umsetzung zu überbrücken. Das Forschungsprojekt *‘SWIMMER – Sozialarbeiterische Wirkmechanismen in der medizinischen Rehabilitation’* lief von 2020 bis 2022 und wurde von der DRV Rheinland sowie der DRV Westfalen gefördert. Die Studie untersucht das berufliche Selbstverständnis sowie die Handlungsbegründungen der Sozialarbeitenden und beleuchtet dabei auch die Auseinandersetzung mit den individuellen Zielsetzungen der Rehabilitand*innen und möglichen Zielkonflikten. Ein weiterer Fokus liegt auf der Analyse der institutionellen Rahmenbedingungen und der Rolle der Sozialen Arbeit innerhalb interdisziplinärer Reha-Teams (Knoop, Scheiblich et al., 2024, S. 9–10). Die SWIMMER-Studie kann als Meilenstein der Forschung in diesem Handlungsfeld angesehen werden. Zum ersten Mal werden die Tätigkeiten des Sozialdienstes systematisch beschrieben. Es ist inhärent, dass bei der Erstellung einer Überblicksarbeit der Schwerpunkt nicht auf spezifischen Elementen, wie der klient*innenbezogenen Dokumentation, liegen kann. Auf die Thematik der klient*innenbezogenen Dokumentation des Sozialdienstes geht die Studie eher nebensächlich und

sporadisch ein. Die Dokumentation spielt lediglich bei der als Arbeitsform beschriebenen Informationsarbeit eine Rolle, nämlich dann, wenn es um die Sicherung von Informationen, den Zugang hierzu und den Informationsfluss im Reha-Team geht. Die in der vorliegenden Arbeit gestellten Fragen nach den Rahmenbedingungen bei der Anfertigung klient*innenbezogener Dokumentation, der Nutzung von Dokumentationshilfen, die Bedeutung der Profession für den ärztlichen Entlassungsbericht sowie die Wünsche der Sozialarbeitenden werden nicht bearbeitet.

Die bereits im Kapitel 2.6.1.4 vorgestellten *‘Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation’* fokussieren primär die Bedarfslagen der Rehabilitand*innen. Im Rahmen der Studie wurden eine Literaturrecherche durchgeführt, bundesweit Einrichtungen befragt und Expertenworkshops realisiert. Es wird angestrebt, Sozialarbeiter*innen mit unterschiedlichen Erfahrungsgraden in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen Orientierung zu bieten und anderen Berufsgruppen im Reha-Team Einblick in die Kompetenz- und Verantwortungsbereiche der Sozialen Arbeit zu ermöglichen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022b). Im Unterschied zur SWIMMER-Studie steht hier die Beratungstätigkeit mit den Rehabilitand*innen im Fokus. Die Stärke dieser Studie liegt in der Identifizierung und Benennung spezifischer Bedarfslagen seitens der Rehabilitand*innen. Hieraus ergibt sich ein unmittelbarer Nutzen für die Profession im Handlungsfeld.

Wenn der Fokus auf die Digitalisierung von Dokumentation gerichtet wird, ist die 2021 veröffentlichte qualitative Fallstudie von Thomas Ley *‘Zur Informatisierung Sozialer Arbeit. Eine qualitative Analyse sozialpädagogischen Handelns im Jugendamt unter dem Einfluss von Dokumentationssystemen’* zu nennen. Die Einzigartigkeit besteht in der Tatsache, dass das sich schnell verändernde und wachsende Thema der Digitalisierung mit der Aktenführung in der Sozialen Arbeit verbunden und kritisch analysiert wird. Ley thematisiert EDV-Rollennutzungskonzepte und weist nach, dass diesbezüglich große Unterschiede zwischen Wunsch und Realität existieren. Darüber hinaus identifiziert er Software auch als „symbolische[n] Träger organisationaler Strukturen (etablierter Hierarchien und neuer Vernetzung)“ (Ley, 2021, S. 315).

Bereits 2013 setzen sich Schmon und Bienia in ihrem Artikel *‘IT-Lösungen in der Sozialen Arbeit. Ergebnisse einer Studie zur Verbreitung von Softwarelösungen in der Sozialen Arbeit im Krankenhaus’* spezifisch mit der EDV-Thematik auseinander. In ihrer quantitativen Studie

werden 823 Krankenhäuser, sowohl aus dem Akutbereich als auch der medizinischen Rehabilitation, bezüglich ihrer Nutzung und Zufriedenheit mit der jeweiligen, wenn vorhandenen, Dokumentationssoftware online befragt. Der Rücklauf liegt bei 10,5 Prozent¹⁰¹ (86 Einrichtungen). Zu einem großen Teil wird die Studie von Sozialdienstmitarbeitenden beantwortet (68,0 %) (Schmon & Bienia, 2013, S. 27–29). Als nachteilig ist anzusehen, dass nicht zu eruieren ist, wie groß der Anteil an medizinischen Rehabilitationseinrichtungen ist bzw. wie spezifisch die dortigen Mitarbeitenden geantwortet haben. Von besonderem Interesse ist jedoch der Überblick über die Nutzung von Dokumentationssoftware sowie die hieran gestellten Erwartungen und Wünsche.

Im Vergleich zu der sehr großen und fachlich breit angelegten Anzahl an Fachliteratur zu den Themen (mündliche) Kommunikation sowie Beratung, treten die Publikationen zur Dokumentation deutlich zurück. Am ehesten finden sich Veröffentlichungen zu den Handlungsfeldern Hilfen zur Erziehung sowie dem Allgemeinen Sozialen Dienst. Dies ist vor dem Hintergrund des rechtlich verankerten Wächteramtes, der Gewährung von Leistungen sowie der hohen Anzahl an Gerichtsverfahren zu erklären, macht aber gleichzeitig auch die Forschungslücke im Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation deutlich. Dort fehlt Fachliteratur zum Thema Dokumentation fast vollständig. Zudem sind derzeit keine Forschungsaktivitäten bekannt, welche sich ausführlich oder auch überblicksartig der Dokumentation im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation widmen. Ein Ansatz, mit dem dieser Status quo erklärt werden kann, ist die zahlenmäßig kleine Gruppe an dort arbeitenden Sozialarbeiter*innen. Sowohl die Anzahl potenzieller Autor*innen als auch Leser*innen ist gering. Darüber hinaus richtet sich die DRV, als größter Träger von medizinischen Rehabilitationsleistungen, in ihren Veröffentlichungen gewöhnlich an Mediziner*innen und/oder das Reha-Team im Allgemeinen. Die Soziale Arbeit ist zwar inbegriffen, die Inhalte werden jedoch nur selten an die Fragen und Bedürfnisse dieser Profession angepasst. Ein weiterer Aspekt ist, dass das Handlungsfeld sowohl traditionell als auch gegenwärtig sehr von der Medizin bestimmt wird (Knoop, Freymüller et al., 2024). Die Herausbildung eines professionellen Selbstverständnisses von Seiten der Sozialarbeiter*innen war und ist vor diesem Hintergrund vermutlich herausfordernder. Es findet nach wie vor, auch von Trägerseite, eine starke Orientierung an den Bezugswissenschaften, insbesondere Medizin sowie Psychologie statt.

¹⁰¹ Zahlen gerundet

Die Erkenntnisse aus den vorgestellten Studien unterstreichen die Notwendigkeit, die Forschung in diesem Handlungsfeld der Sozialen Arbeit weiter zu vertiefen. Ein Forschungsdesiderat besteht weiterhin in Bezug auf die klient*innenbezogene Dokumentation. Obwohl die SWIMMER-Studie sowie weitere Veröffentlichungen wichtige Erkenntnisse zu verschiedenen Facetten der Sozialen Arbeit im Kontext der medizinischen Rehabilitation liefern, bleibt die Dokumentationspraxis bisher unzureichend erforscht. Eine Vertiefung der Wissensbasis in diesem Bereich ist von zentraler Bedeutung, um die Effektivität, Effizienz und Transparenz der sozialarbeiterischen Praxis nachhaltig zu verbessern.

3 Methodik

Das vorliegende Kapitel beschreibt umfänglich das methodische Vorgehen. Dies beginnt mit der Darlegung der Methodenwahl und geht über in die Bestimmung von Ein- und Ausschlussfaktoren. Danach wird auf die Datenverarbeitung sowie die Sicherstellung des Datenschutzes der Befragten eingegangen. Die Durchführung der Pretests, der Zugang zur Zielgruppe und das an diese adressierte Anschreiben folgen. Zum Abschluss werden die Entwicklung des Fragebogens, die Datenaufbereitung und -bereinigung sowie die Hypothesenformulierung und deren Testung beschrieben.

3.1 Methodenwahl sowie Ein- und Ausschlussfaktoren

Aufgrund der spezifischen Forschungsfragen wird eine quantitative Querschnittsanalyse gewählt. Die Entscheidung, eine Beobachtungsstudie durchzuführen, basiert primär auf dem Anliegen, ein eindeutiges und quantifizierbares Verständnis der Dokumentationspraktiken, der Unterschiede sowie der Wünsche im Bereich der klient*innenbezogenen Dokumentation zu erlangen. Knoop et al. weisen darauf hin, dass in der sozialdienstlichen Praxis sehr große Unterschiede zwischen Einrichtungen und Indikationen vorhanden sind (Knoop et al., 2019). Durch die Befragung einer umfangreichen Zahl von Sozialdienstmitarbeitenden mittels eines standardisierten Fragebogens kann eine breit gefächerte Datenbasis erwartet werden, welche diese Unterschiede abbildet.

Um das Risiko stichprobenbedingter Verzerrungen durch landespolitische Entscheidungen oder regionalträgerspezifische Programmatiken zu vermindern, fällt die Entscheidung nicht in einem Bundesland zu verbleiben, sondern deutschlandweit medizinische Rehabilitationseinrichtungen einzubeziehen. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Zuordnung von Personen oder Einrichtungen zu einem Rentenversicherungsträger sich nicht strikt an Bundeslandgrenzen orientiert, sondern von verschiedenen anderen Faktoren abhängig ist wie z. B. dem Wohnsitz oder auch dem Tätigkeitsort¹⁰². Dieses Vorgehen erhöht zudem die Wahrscheinlichkeit, größere Fallzahlen zu erreichen, um auch kleinere Unterschiede erfassen zu können.

¹⁰² § 128 SGB VI, Örtliche Zuständigkeit der Regionalträger

Die Entscheidung für eine anonyme Fragebogenerhebung wird ebenfalls getroffen, um das Risiko von Verzerrungen, insbesondere solche, die durch soziale Erwünschtheit bedingt sind, zu minimieren (Moosbrugger & Brandt, 2020b, 82). Dieses Risiko ist in einem kleinen Handlungsfeld, wie es für die medizinische somatische Rehabilitation charakteristisch ist, besonders präsent, da die Wahrscheinlichkeit, dass Forschende und die befragten Sozialdienstmitarbeitenden einander kennen oder sogar in einem beruflichen Kontakt stehen, nicht unerheblich ist. Anonymität gewährleistet, dass die befragten Personen ihre Antworten frei von der Sorge geben können, persönlich identifiziert zu werden oder ihre Antworten direkt auf ihren Arbeitsplatz zurückgeführt werden könnten.

Eine besondere Herausforderung bei der Erstellung eines Studiendesigns ist es die Zielgruppe so festzulegen, dass deren Output zur Beantwortung der Forschungsfrage beiträgt. Vor diesem Hintergrund werden die Ein- und Ausschlussfaktoren präzise definiert. Grundsätzlich im Studiendesign eingeschlossen werden sowohl ambulante als auch stationäre Institutionen. Es werden keine medizinischen Rehabilitationseinrichtungen angeschrieben, die ausschließlich Menschen mit einer Suchterkrankung und/oder einem psychosomatischen Leiden und/oder schweren neurologischen Schädigungen behandeln. Dies ist darauf zurückzuführen, dass dieser Rehabilitand*innenkreis häufig deutlich länger als die üblichen drei Wochen, in einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung verbleibt. In der Entwöhnungsbehandlung/Sucht-Rehabilitation geht die DRV von einem Aufenthalt zwischen acht und 26 Wochen aus. Abhängig ist dies unter anderem von dem jeweiligen Suchtmittel und der Behandlungsform (Deutsche Rentenversicherung Bund, n. d.a, S. 13). Im Bereich der Psychosomatik gelten vier bis sechs Wochen als üblich (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019b, S. 33–34, 2021c, S. 34). Für Kinder und Jugendliche ist im Regelfall ein Aufenthalt von mindestens vier Wochen vorgesehen (Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V., 2021). Zudem unterscheidet sich teilweise bei den oben genannten Indikationen der Personalschlüssel. So empfiehlt beispielsweise die DRV für die Indikation Psychosomatik 1,2 Vollzeitstellen im Bereich der Sozialen Arbeit für 100 Rehabilitand*innen. Zum Vergleich: In der stationären Somatik wird eine Vollzeitstelle für 100 Rehabilitand*innen gefordert (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014b, S. 15–21). Die Anzahl der durchgeführten Beratungen, die verwendeten Assessment- und Screening-Verfahren sowie die dort angefertigten Dokumentationen der sozialdienstlichen Beratung würden sich, vor diesem Hintergrund, vermutlich deutlich von anderen Indikationsbereichen unterscheiden und

werden folglich nicht berücksichtigt. Im Sample berücksichtigt werden ausschließlich medizinische Rehabilitationseinrichtungen bei denen davon ausgegangen werden kann, dass sie von der DRV belegt werden. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Einrichtungen welche ausschließlich von den gesetzlichen Krankenversicherungen belegt werden, nicht berücksichtigt werden. Zu nennen sind insbesondere Mutter/Vater/Kind-Einrichtungen (Kurhäuser), Sanatorien sowie Hotels mit Gesundheits-/Wellnessschwerpunkt.

Aufgrund der Verschiedenheit der Indikationen im Bereich der medizinischen Rehabilitation, findet eine Konzentration auf bestimmte somatische Erkrankungen statt. Im Sample eingeschlossen sind Rehabilitationseinrichtungen mit allen Indikationen, bei denen mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 23 Tagen¹⁰³ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022d, 9, 42) ausgegangen werden kann. Hierunter zählen die folgenden Indikationen¹⁰⁴:

- chronische Schmerzstörung
- Gastroenterologie/Gynäkologie/Urologie
- Kardiologie/Angiologie/Ophthalmologie
- Neurologie Phase C/D
- Onkologie
- Orthopädie/Unfallchirurgie
- Pneumologie/Dermatologie
- Rheumatologie
- Stoffwechselstörung/Lymphologie/Adipositas

Sowohl auf der örtlichen als auch auf der personellen Ebene müssen Ein- und Ausschlussfaktoren bestimmt werden. In der Einrichtung selbst findet bewusst eine Adressierung an Sozialdienstmitarbeitende statt. Hierdurch sollen sich auch Personen angesprochen fühlen, die kein Studium der Sozialen Arbeit absolviert haben. Eine Ausgrenzung anderer Berufsgruppen, z. B. durch das Anschreiben oder eine Filterfrage zu Beginn des Fragebogens, hätte sowohl Irritationen hervorrufen als auch eine Minderung der Rücklaufquote bedeuten können. Die Bezeichnung Sozialdienst kann als gängig in dem Handlungsfeld angesehen werden. So nutzt beispielsweise die BAR in ihrer Veröffentlichung ‘Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr.

¹⁰³ Die Dauer des Aufenthalts variiert unter anderem in Abhängigkeit von der spezifischen Indikation.

¹⁰⁴ Aufgrund von Datenschutzaspekten werden die Indikationen im Fragebogen geclustert. Zu Gunsten einer besseren Übersichtlichkeit wird diese Einteilung in der gesamten Studie beibehalten.

10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen' (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2016a) diesen Begriff. Anwendung findet die Begrifflichkeit ebenfalls in den 'Rahmenempfehlungen zur Einrichtung von Stellen der Sozialen Arbeit in ambulanten und stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation' der DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020a, 2020b, 2020c).

Konrad regt an, dass man sich vor bzw. während der Fragebogenentwicklung immer wieder an der Zielgruppe, ihrem Informationsstand sowie ihren Sprachgewohnheiten orientieren sollte (Konrad, 2015, S. 63–64). Es ist davon auszugehen, dass es sich bei der adressierten Zielgruppe deutlich überwiegend um Frauen handelt, die ein (Fach-)Hochschulstudium absolviert haben. Bei vorhergehenden DVSG-Mitgliederbefragungen, die sich an eine ähnliche Zielgruppe richteten, lag der Frauenanteil zwischen 80,0 und 87,0 Prozent (Cosanne & Huck, 2020, S. 13; Streibelt et al., 2018, S. 33). Bei der Zielgruppe, die bezüglich Geschlecht und Bildungsstand vergleichsweise homogen ist, kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass die Computerkenntnisse für die Teilnahme an einer Online-Befragung umfänglich vorhanden sind.

Eine Herausforderung bei dem Feldzugang ist die Tatsache, dass die Anzahl der Sozialdienstmitarbeitenden in der jeweiligen medizinischen Rehabilitationseinrichtung unbekannt ist. Um diese Schwierigkeit zu umgehen und auch um hinterher eine präzise Rücklaufquote berechnen zu können, wurde ursprünglich ein alternativer Ansatz in Betracht gezogen. Ein an die Leitung des Sozialdienstes adressiertes Anschreiben hätte direkt von der Leitung ausgefüllt werden können. In der Praxis ist es jedoch weit verbreitet, dass die Leitungen des Sozialdienstes häufig von Personen des ärztlichen Dienstes übernommen werden¹⁰⁵. Die Wahrscheinlichkeit, dass das Anliegen nicht weiterverfolgt worden wäre, war durchaus vorhanden. Zudem bestand das Risiko, dass eine relativ fachfremde Person den Fragebogen bearbeitet hätte und somit die Passung zur Zielgruppe gefährdet gewesen wäre. Aufgrund dessen wurde diese Strategie nicht weiterverfolgt. Dies hat natürlich zur Folge, dass zwar die Anzahl der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen bekannt ist, jedoch nicht die dort tätige Anzahl an Sozialdienstmitarbeitenden. Eine präzise Berechnung der Rücklaufquote¹⁰⁶ ist somit nicht möglich.

¹⁰⁵ Nach Knoop et al. haben „Reha-Einrichtungen (.) in der Regel eine fachliche, medizinische Leitung (Ärztin/Arzt) sowie eine kaufmännische beziehungsweise Verwaltungsleitung“ (Knoop, Scheiblich, Dettmers & Meyer-Feil, 2024, S. 26).

¹⁰⁶ Verhältnis von bearbeiteten Fragebogen zu versendeten Anschreiben.

Sowohl die Anschreiben für den Erstkontakt als auch die Reminder-Postkarte werden direkt, an den Sozialdienst der jeweiligen Institution adressiert. Es wird von einem Sozialdienst pro Einrichtung ausgegangen. Mit diesem Vorgehen ist die Hoffnung verbunden, dass die Zustellung innerhalb der Einrichtung eindeutig ist und direkt erfolgt. Einen rechtlichen Hintergrund, der besagen würde, dass diese Post dürfte tatsächlich nur von Sozialdienstmitarbeitenden geöffnet werden dürfte, gibt es allerdings nicht.

3.2 Datenverarbeitung und -schutz

Dillman et al. benennen vier zu berücksichtigende Dimensionen bei der Auswahl der notwendigen Umfrage- und Analysesoftware.

1. *Design flexibility and difficulty*. Zu Beginn sollte überlegt werden, welche verschiedenen Fragetypen und Antwortoptionen benötigt werden. Die Software sollte diese bereithalten bzw. eine Anpassung ermöglichen. Ferner gilt es zu überprüfen, ob die benötigten Features vorhanden sind.
2. *Control over the data*. Bei der Speicherung der Daten gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder werden die Daten auf dem Server der Softwarefirma oder auf dem der durchführenden Person gespeichert. Dieser Aspekt hat Einfluss auf die ethischen Rahmenbedingungen und sollte abgeklärt werden, bevor der Zielgruppe Anonymität versprochen wird.
3. *Data access and reporting*. Manche Umfrageanbieter limitieren die Anzahl der täglichen Rückmeldungen. Zudem kann es zu Problemen mit der Kompatibilität zwischen dem Umfrage- und dem Analysetool kommen.
4. *Cost*. Diese Dimension hat Einfluss auf alle vier vorhergehenden. Die Kostenspannbreite ist sehr hoch und schwankt zwischen frei verfügbarer und sehr teurer Software.

(Dillman, Smyth & Christian, 2014, S. 304–305)

Zu Beginn werden verschiedene Umfragetools hinsichtlich der oben genannten Dimensionen geprüft und eingeordnet. Darüber hinaus wird getestet, ob Designelemente, wie beispielsweise das Universitätslogo, eingebettet werden können. Letztlich wird für die Erstellung des Fragebogens die Online-Umfragesoftware LimeSurvey verwendet, die von der Universität Siegen kostenfrei zur Verfügung gestellt wird. Den Ausschlag für diese Entscheidung gibt die Tatsache, dass die aktuelle LimeSurvey-Version hochschulintern vom Zentrum für Informations- und Medientechnologie der Universität Siegen (ZIMT) gehostet wird. Dies bedeutet, dass nur

Hochschulangehörige nach einem Antrag auf Erstellung von Umfragen hierauf zugreifen können (und dann auch nur auf die eigenen angelegten Umfragen). Die relative große Verbreitung dieses Programms in der wissenschaftlichen Community ermöglicht es, bei Fragen eine Ansprechperson zu finden. Zudem wird die Software von der Firma als Produkt beworben, das ohne Programmierkenntnisse bedienbar ist. In der Anwendung erweist sich die Tatsache als hinderlich, dass die Administrationsrechte beim ZIMT liegen. Ein notwendiges Update wird erst nach Hinweisen durchgeführt. Zudem erschweren zahlreiche Bugs die problemlose Umsetzung des entwickelten Fragebogens.

Die statistische Auswertung der Datensätze erfolgt mittels des Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) durchgeführt. Diese Software ist seit 1968 verfügbar und wird kontinuierlich weiterentwickelt, was für einen fortgeschrittenen Entwicklungsstand sowie eine ausgeprägte Marktdurchdringung spricht. SPSS wird aufgrund der Kompatibilität mit LimeSurvey und seines weitreichenden Einsatzes in der sozialwissenschaftlichen Forschung als Analyseinstrument ausgewählt.

Ein in der Fachliteratur zur Umfragegestaltung und Statistik wiederkehrender Hinweis ist die Empfehlung, dass bei der Entwicklung von Umfragen bereits die spätere Auswertung berücksichtigt werden sollte. Die Erstellung eines Codeplans ist dabei unentbehrlich. Die Auseinandersetzung hiermit ist notwendig, um zu definieren, wie Fragen und Antwortmöglichkeiten in ein durch das Statistikprogramm auswertbares Format gebracht werden können. Forschende kodieren demnach die Textantworten in ein Zahlenmodell. Hiervon profitieren sowohl die Forscher*innen bei der Auswertung der Datensätze als auch die Leser*innen bei deren Nachvollziehbarkeit und Interpretation (Lück & Baur, 2008, 20–23). Unerlässlich in einem Codeplan sind Informationen zum Umgang mit fehlenden Werten. Die Genese solcher missing values ist unterschiedlich. Es ist möglich, dass eine befragte Person auf eine Frage mit ‘weiß nicht’ oder ‘keine Angabe’ antwortet und somit aktiv eine Option wählt (benutzerdefiniert fehlend). Genauso kann es vorkommen, dass überhaupt keine Antwortoption ausgewählt wird (systemdefiniert fehlend). Lück & Baur beschreiben die Vor- und Nachteile einer genaueren Unterscheidung solcher fehlenden Werte. „Der Vorteil benutzerdefinierter fehlender Werte ist, dass man verschiedene Gründe für das Fehlen eines Wertes unterscheiden sowie diese Werte später noch in die Analyse mit einbeziehen kann“ (Lück & Baur, 2008, 21). In der vorliegenden Studie besteht folglich ein Unterschied, ob eine Person die Antwort auf eine Frage nicht kennt (wie

z. B. die nach der federführenden DRV in ihrer Institution) oder ob sie einfach zur nächsten Frage weiterklickt. Um differenzierte Auswertungen vornehmen zu können, werden vor diesem Hintergrund ‘weiß nicht’-Angaben mit 99 und ‘keine Angabe’-Optionen mit 88 kodiert. Zudem wird darauf geachtet, die Variablen einheitlich und logisch aufbauend zu benennen. Jeder Code beginnt mit ‘F’ für Frage, gefolgt von einer ein- oder zweistelligen Zahl, die einem aufsteigendem Dezimalsystem zugeordnet ist. Anschließend folgt ein Stichwort, das einen wichtigen Aspekt der Frage wiedergibt (z. B. F10Träger für die Frage ‘Wer ist der Träger Ihrer Rehabilitationseinrichtung?’) und die Orientierung und Identifizierung erleichtert.

Seit Mai 2018 gilt die DSGVO in allen EU-Mitgliedsstaaten. Mit der Einführung wuchs auch das Bewusstsein für die Verwendung der eigenen personenbezogenen Daten. Dieser Aspekt muss folglich bei der Erstellung und Durchführung einer Umfrage zwingend beachtet werden. In Bezug auf die Größe kann das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation als überschaubar bezeichnet werden. Die Zielgruppe für den Fragebogen ist somit verhältnismäßig klein. Ein Teil dieser Menschen wird sich durch spezifische Fortbildungsangebote, beispielsweise der DRV oder der DVSG kennen. Bei den regelmäßig stattfindenden rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien der DRV (jährlich) und/oder dem Bundeskongress der DVSG (zweijährlich) begegnen sich Sozialdienstmitarbeitende. Zudem existieren von einigen größeren Trägern (mit mehreren medizinischen Rehabilitationseinrichtungen) regelmäßige, gebietsumfassende Arbeitsgemeinschaften. Dies ist nur ein kleiner Ausschnitt von wiederkehrenden, möglichen (Netzwerk-) Aktivitäten. Aufgrund häufiger rechtlicher Veränderungen, insbesondere im Sozialrecht, kann von der Notwendigkeit stetiger Fortbildungen ausgegangen werden. Die 2019 durchgeführte DVSG-Mitgliederbefragung ‘Fortbildung: Zugang, Motivation und Bedarfe’ ergab, dass in den letzten beiden Jahren (2017 und 2018) 98,0 Prozent der Befragten an einer oder mehreren Fortbildungen teilgenommen haben (Cosanne & Huck, 2020, S. 13). Obwohl die Zielgruppe nicht deckungsgleich ist - der Anteil der Sozialdienstmitarbeitenden in der medizinischen Rehabilitation beträgt 29,0 Prozent -, kann von einer gewissen Untermauerung der obigen Vermutung gesprochen werden. Vor dem Hintergrund dieser Informationen, den persönlichen Fortbildungserfahrungen der Autorin sowie der Tatsache, dass die Autorin selbst als Arbeitnehmerin Teil des Handlungsfeldes ist bzw. war, ist anzunehmen, dass sich zumindest Personen mit einer mehrjährigen Berufserfahrung in dem Handlungsfeld oftmals persönlich kennen oder auch einen Namen oder ein Gesicht zuordnen können.

Grundsätzlich sollte in der Studie das Risiko einer möglichen Antwortverzerrung durch soziale Erwünschtheit reduziert werden. Dies wird durch die geplante Anonymisierung der Umfrage forciert. Um rechtlich gut informiert zu sein, wurde während der Vorbereitungen zur Fragebogengenerstellung mehrmals Kontakt mit der Stabsstelle Datenschutz der Universität Siegen aufgenommen. Vor der Veröffentlichung ist der Fragebogen abermals einer Untersuchung/Sichtung durch die Datenschutzstelle unterzogen worden. Es wurde deutlich, dass die DSGVO bei der geplanten Umfrage nicht greift, da keine personenbezogenen Daten verarbeitet oder gespeichert werden (Art. 2 DSGVO). Auf die ansonsten übliche Erhebung soziodemografischer Daten (beispielsweise Alter, Geschlecht) wurde bewusst verzichtet. Im Zweifelsfall wurde pro Datensparsamkeit entschieden, um den potenziellen Teilnehmer*innen die Sicherheit der Anonymität gewährleisten zu können.

Insbesondere die Fragen nach der Indikation (F1Indikation), dem Träger der medizinischen Rehabilitationseinrichtung (F10Traeger), der Anzahl der stationären Behandlungsplätze (F11Stationaere Betten), dem qualifizierenden Abschluss (F90WelcherAbschluss) sowie der Berufserfahrung (F91DauerSozialdienst) werden mehrmals verändert und überprüft. Um eine Re-Identifikation unmöglich zu machen, werden Antwortkategorien geclustert. Es gilt: Je seltener etwas vorhanden ist, umso stärker muss geclustert werden (Häder, 2019, S. 140). Eine Kombination verschiedener Antwortmöglichkeiten hätte ansonsten zu einer Identifizierung der Einrichtung und folglich auch häufig zu einer Bestimmung der Einzelperson führen können. Beispielsweise gibt es in Deutschland nur eine stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtung mit der Indikation Ophthalmologie, die von der DRV belegt wird. Ebenso ist die Anzahl der Einrichtungen, welche sich auf Lymphologie oder Urologie spezialisiert haben gering. Folglich wurde darauf verzichtet, die genaue Anzahl stationärer Betten zu erfragen. Stattdessen wurden Zahlengruppen/Kategorien gebildet. Zudem wurden weniger verbreitete Indikationen zusammengefasst. Um das Risiko zu minimieren, dass Personen in Freitextfeldern (z. B. Sonstiges, Anderes) personengebundene Informationen angeben, wird im Fragebogen zweimal hierauf aufmerksam gemacht. Dies geschieht sowohl im Einleitungstext als auch explizit noch einmal bei der letzten Frage nach den Wünschen (F92WuenscheFrei¹⁰⁷). Zudem werden in LimeSurvey direkt die Einstellungen für anonymisierte Antworten ausgewählt, infolgedessen folgende Informationen nicht erhoben werden: Datumsstempel, IP-Adresse, Referrer-URL sowie Zeitrahmen.

¹⁰⁷ Denken Sie bitte an die rehabilitand*innenbezogene Dokumentation. Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was würden Sie sofort verändern?

Während der Pretests stellt sich interessanterweise mehrmals heraus, dass Personen den Hinweis auf die Datenschutzverordnung vermisst haben. Ein Fragebogen ohne die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten scheint hierdurch aufzufallen, wobei unklar bleibt, ob dies eher positiv oder negativ zu bewerten ist.

3.3 Pretest

Pretests versteht man „nicht als punktuelle Verfahren oder einmalig durchzuführende Methode (typischerweise kurz bevor ein Fragebogen ins Feld geht), sondern als eine Menge von Verfahren zur Qualitätssicherung des Erhebungsinstruments, Ja des gesamten Erhebungsdesigns, die im Zuge der Fragebogenerstellung und Erhebungsplanung Anwendung finden“ (Weichbold, 2019, 349). Die große Bedeutung von Pretests in der quantitativen Fragebogenerhebung resultiert auch aus der Tatsache heraus, dass eine Änderung des Erhebungsinstruments nach dessen Veröffentlichung nicht mehr möglich ist (oder nur noch unter erheblichen Einschränkungen hinsichtlich der Wissenschaftlichkeit durchgeführt werden kann).

Zunächst war für April 2021 ein Pretest innerhalb der Zielgruppe vorgesehen. Dieser konnte jedoch, bedingt durch die Pandemie, nicht durchgeführt werden. Die DVSG-Fortbildung, im Rahmen derer etwa 15 Sozialdienstmitarbeitende am Test hätten teilnehmen sollen, wurde ohne Ersatztermin abgesagt. Nichtsdestotrotz fanden mehrere Pretest-Runden statt, die vorwiegend in Gruppen durchgeführt wurden. Hierbei wurden das Anschreiben und der Fragebogen von den teilnehmenden Personen zunächst online eingesehen bzw. ausgefüllt. In einem nachfolgenden Schritt wurden Diskussionen sowohl zu dem Anschreiben als auch zum Fragebogen geführt. Bei der Planung dieser Pretests wurde bewusst darauf verzichtet, vorab festgelegte Schwerpunkte vorzugeben. Die Rückmeldungen sollten möglichst unbeeinflusst und, zumindest zu Beginn, eher spontan erfolgen. Anfangs standen eher allgemeine Aspekte wie die Länge des Fragebogens, Antwortvarianzen sowie die Lösung softwarespezifischer Probleme im Mittelpunkt. Zudem wurden die Teilnehmer*innen gebeten, die benötigte Bearbeitungszeit anzugeben. Im weiteren Verlauf rückten zunehmend Details in den Fokus, wie beispielsweise der genaue Wortlaut von Fragen und Antworten. Als Konsequenz aus den Pretests wurden unter anderem Fragen eliminiert, deren Beantwortung nur einen geringen Erkenntnisgewinn versprach oder die Anonymität (bei bestimmten Antwortkonstellationen) gefährden könnte.

Der Fragebogen wurde zu einem frühen Entwicklungszeitpunkt in einer privat organisierten Forschungswerkstatt der Universität Siegen mit sechs im sozialen Bereich tätigen Personen getestet. Nach mehreren Entwicklungs- und Korrekturschleifen wurden zu einem späteren Zeitpunkt sowohl Anschreiben als auch Fragebogen im Promotionskolloquium ausführlich besprochen. Zudem wurden Rückmeldungen von Mitgliedern des Fachbereichs Rehabilitation und Teilhabe der DVSG berücksichtigt. Resümierend lässt sich festhalten, dass insgesamt 21 Personen den Fragebogen zu unterschiedlichen Zeitpunkten getestet haben. Von diesen haben 20 ein Studium im sozialen Bereich (überwiegend Soziale Arbeit) abgeschlossen. Vier von ihnen sind oder waren im Sozialdienst einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung tätig. Häder bezeichnet das Vorgehen in Fokusgruppen als preisgünstig, allerdings auch als wenig reliabel. Abhängig von den anwesenden Personen können unterschiedliche Probleme identifiziert werden (Häder, 2019, S. 423).

Vor dem Feldzugang wurden sowohl der Fragebogen, das Anschreiben, die Kontaktkarten als auch der Reminder von einer Lektorin auf Fehler in den Bereichen Orthografie, Grammatik sowie Interpunktion geprüft. Darüber hinaus wurde die Umfrage auf verschiedenen Endgeräten mit unterschiedlichen Browsern und Versionen auf die technische Funktionsfähigkeit hin getestet. Die Bedeutung des technischen Check-ups heben Stern et al. hervor „(.) web survey designers must now evaluate how their questionnaires appear on smartphones and tablets. Not doing so is no longer option“ (Stern, Bilgen & Dillman, 2014, S. 294). Bei dieser Testung wurde deutlich, dass bei der Darstellung auf dem Smartphone geringe Abweichungen bezüglich des Layouts auftraten. Zum einen fehlten die Unterschriften im Willkommenstext, zum anderen wurden die Matrixfragen einzeln, anstatt gemeinsam, dargestellt. Eine inhaltliche Veränderung ergab sich hierdurch nicht. Eine identische, optische Darstellung der Umfrage auf allen (mobilen) Endgeräten war nicht möglich. Die Annahme liegt nahe, dass es sich um ein einstellungs- bzw. softwarespezifisches Problem handelt, welches bis zum Ende nicht gelöst werden kann. Aufgrund der Anonymitätseinstellungen bei LimeSurvey, wird bei der Auswertung der Ergebnisse nicht festgestellt werden können, ob die beschriebenen Layoutunterschiede vereinzelt zu anderen Ergebnissen, wie beispielsweise mehr fehlenden Werten, geführt haben. Aufgrund der Geringfügigkeit der Abweichungen ist aber eher nicht von einem größeren Einfluss auszugehen.

3.4 Zugang zur Zielgruppe und Anschreiben

Die Adressen aller medizinischen Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland sind frei im Internet zugänglich. Um den Arbeitsaufwand bezüglich der Recherche und Dateneingabe jedoch überschaubar zu halten, wird eine Adressliste des gpj-Verlags gekauft. In dieser Excel-Datei sind 728 Datensätze mit Informationen zu den folgenden, verwendeten, Kategorien vorhanden: Name, Name 1 (nähere Bezeichnung), Straße, Postfach, Postleitzahl, Ort, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adresse, Homepage, Träger, Bundesland sowie Bettenzahl. Bei näherer Betrachtung der Datensätze fällt auf, dass eine Prüfung (mit eventueller Löschung) sowie Ergänzung der Daten notwendig sein wird. Letztlich werden 145 Einrichtungen gelöscht. Hierunter fallen Mutter-/Vater-/Kind-Einrichtungen (Kurheime), Spa-Hotels, reine Privatkliniken sowie medizinische Rehabilitationseinrichtungen der Psychosomatik, Sucht sowie der Neurologie Phase A/B/E/F/G. Die Adressliste wird zudem um 104 zusätzliche Anschriften ergänzt. Die fehlenden Datensätze können unter www.rehakliniken.de (Kliniksuche), www.qualitaetskliniken.de (Rehaklinik suchen) sowie einer Übersicht DRV-eigener Kliniken (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024c) ermittelt werden. Auf den oben genannten Internetseiten wird nach verschiedenen Indikationen/Krankheiten gesucht, und diese Ergebnisse werden dann mit den Eintragungen in der Excel-Liste verglichen. Sollte eine medizinische Rehabilitationseinrichtung nicht gelistet gewesen sein, so wird diese ergänzt. Zudem wird in vielen Fällen die Webpräsenz der Einrichtung nach Informationen zu den Indikationen und möglichen Kostenträgern gesichtet. Es muss jedoch angemerkt werden, dass bei einem kleinen Teil der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen nicht sicher festgestellt werden kann, ob diese von der DRV belegt werden. Auf den Internetseiten der Institutionen werden die Begriffe Kur und Rehabilitation nicht immer trennscharf verwendet. Insbesondere im Bereich der ausschließlich ambulanten medizinischen Rehabilitation wird die DRV als Kostenträger häufig genannt. Bei genauerem Hinsehen trifft dies jedoch nur auf Nachsorgeangebote wie z. B. Koronarsport zu. Diese Einrichtungen stellen folglich in der Regel gar keinen Sozialdienst bereit. Aufgrund der hohen Anzahl an Datensätzen sowie den beschriebenen Herausforderungen bei der Überprüfung bzw. Ergänzung dieser, kann nicht komplett ausgeschlossen werden, dass im Datensatz vereinzelt noch Einrichtungen vorhanden sind, die nicht die Einschlusskriterien erfüllen.

Die Ankündigung eines Fragebogens kann sich positiv auf den Rücklauf auswirken (Häder, 2019, S. 189). Aufgrund dieses Aspekts wird die Umfrage auf der DVSG-Homepage (Service – Alle News) mit einem vorbereiteten, kurzen Text proklamiert. Ebenso erfolgte dies, etwa eine

Woche vor dem Versand, in den Facebook-Gruppen ‘Netzwerk Sozialarbeit und Sozialpädagogik’, ‘Sozialarbeit in der medizinischen Rehabilitation’ sowie ‘Soziale Arbeit’. Darüber hinaus wird der gleiche Text in der XING-Gruppe ‘DVSG- Soziale Arbeit im Gesundheitswesen’ veröffentlicht. Um zu verhindern, dass Personen, welche nicht der Grundgesamtheit angehören, an der Umfrage teilnehmen (overcoverage) handelte es sich ausschließlich um einen Ankündigungstext, ohne Umfragelink. Bei einer Onlineumfrage repräsentieren das Anschreiben und der Onlinefragebogen gewöhnlich die einzigen Berührungspunkte zwischen der Zielgruppe und den Forschenden. Stern et al. betonen die Relevanz des Layouts „Over the past decade, research has shown that the visual design of a survey and its various components are as influential to responses as any documented interviewer or wording effect“ (Stern et al., 2014, S. 294). Um die Seriosität der Inhalte durch eine ansprechende Gestaltung zu unterstreichen, werden das Anschreiben, die Kontaktkärtchen sowie der Reminder entsprechend designt.

Die Feldphase beginnt mit den Vorankündigungen und setzt sich mit dem Versand des Anschreibens fort. Hinsichtlich Länge, Layout und Inhalt des Anschreibens existieren relativ einheitliche Empfehlungen. Abgesehen von eher geringfügigen Variationsmöglichkeiten, beispielsweise bezüglich der Antwortfrist, besteht ein wissenschaftlicher Konsens. Berger-Grabner, Menold sowie Reuband identifizieren eine Reihe essenzieller Informationen, die in einem Anschreiben enthalten sein sollten.

- Ansprechpartner/Adresse/Institution des Absenders
- Thema der Umfrage
- Aufforderung/Beweggründe für Teilnahme der Zielperson/Anreiz
- Beweggründe warum eine Person/Gruppe zur Teilnahme ausgewählt wurde
- Ziel der Umfrage
- Hinweis auf Rückmeldung der Ergebnisse
- Zusicherung von Vertraulichkeit oder Anonymität
- Hinweis auf Freiwilligkeit
- Ende des Bearbeitungszeitraums
- Dankesformel (Berger-Grabner, 2016, S. 197; Menold, 2015, S. 8; Reuband, 2019, S. 776–777)

Am 07. Juni 2021 werden die Anschreiben inklusive Kontaktkärtchen in weißen DIN-lang-Briefumschlägen an 687 Einrichtungen versandt. Zu diesem Zeitpunkt befindet sich kein Bundesland in den schulischen Sommerferien. Die Überlegung ist, dass dadurch die Umfrage eine größere Anzahl an Sozialdienstmitarbeitenden erreichen kann und diese, aufgrund der weniger häufigen Vertretungszeiten, potenziell mehr Zeit zur Teilnahme haben. Während Stadtmüller, Martin und Zabal eher dazu raten, kein Fristende zu benennen, da dies das Risiko erhöhen würde, dass die befragte Person die Teilnahme aufschiebt, empfehlen Berger-Grabner (Berger-Grabner, 2016, S. 197) sowie Reuband (Reuband, 2019, S. 777) das Gegenteil. Der Reminder wird am 25. Juni 2021 versendet. Wenn auch nicht der Beginn der Befragung in die Sommerferien fällt, so doch in einigen Bundesländern der Versand des Reminders. Vor diesem Hintergrund wird darauf verzichtet, einen nicht notwendigen Druck durch die Benennung einer Deadline hervorzurufen. Die Befragung wird erst dann, per Klick in der Software, beendet, wenn 14 Tage lang kein Rücklauf mehr stattgefunden hat. Insgesamt erstreckt sich die Erhebung über einen Zeitraum von elf Wochen und endet am 24. August 2021 mit der Schließung der Umfrage.

Wenn die postalische Kontaktaufnahme erfolgreich war und der/die Sozialdienstmitarbeiter*in die URL aufruft, ist ein Begrüßungstext zu lesen. In diesem werden bereits aus dem Anschreiben bekannte Informationen wiederholt. Er wird bewusst sehr kurz und übersichtlich gestaltet. Zudem wird der Person bereits für ihr Interesse gedankt. An neuen Informationen kommen lediglich die Datenschutzerinnerung (keine Namen eingeben) sowie die Bedienungshinweise (Navigation & Zwischenspeichern) dazu. Das einheitliche, sachliche sowie seriöse Design des Anschreibens mit dem Universitätslogo und den beiden Unterschriften wird wiederholend aufgegriffen.

Am Ende des Fragebogens ist es essentiell, dass die Verabschiedung der befragten Person adäquat gestaltet wird. Porst betont die Wichtigkeit auch mit der letzten Seite die Umfrage zu einem adäquaten Abschluss zu bringen. Bevor die Danksagung formuliert wird, ist es wichtig, den Teilnehmenden die Möglichkeit zu bieten, sich frei – das heißt ohne vorgegebene Antwortoptionen – zum Fragebogen allgemein oder zum Thema zu äußern. Im vorliegenden Erhebungsinstrument geschieht dies durch die Frage F92WuenscheFrei. Gleichzeitig gibt er zu bedenken, dass geäußerte Kritik wohl kaum massiv ausfallen würde. Der Grund hierfür liegt primär in der Positionierung der Frage. Wer sich beispielsweise zu Beginn der Umfrage nicht im Fragebogen

wiederfindet und die Teilnahme abbricht, erreicht die letzte Seite erst gar nicht. „Massive Kritik an der Befragung zeigt sich wohl in den allermeisten Fällen in Nichtteilnahme“ (Porst, 2014, S. 168). Das Beantworten einer offenen Frage kann zeitintensiv sein. Dies ist einer der Gründe, warum Porst bei der letzten Seite von einer Ausfüllrate von höchstens 20,0 Prozent ausgeht (Porst, 2014, S. 161–168). Das Ende des vorliegenden Fragebogens bildet die Abschiedsformel ‘Danke für Ihre Teilnahme! Wir möchten Ihnen ganz herzlich für Ihre Mithilfe danken’. Zudem folgen noch zwei Hinweise. Zum einen wird vermerkt, dass die Antworten erfolgreich gespeichert wurden, und zum anderen, dass eine Veröffentlichung in der DVSG Fachzeitschrift ‘Forum sozialarbeit + gesundheit’ geplant ist.

3.5 Fragebogenentwicklung

Im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation existieren keine validierten Erhebungsinstrumente, die sich mit der Dokumentation beschäftigen. Vor diesem Hintergrund ist die Konzeption eines eigens dafür vorgesehenen Fragebogens unabdingbar.

Das entwickelte Erhebungsinstrument umfasst insgesamt 27 Fragen. Abhängig von der angewandten Filterführung ist die Beantwortung von mindestens 17 Fragen erforderlich, vorausgesetzt der Fragebogen wird vollständig ausgefüllt und die Antwortoption ‘weiß nicht’ wird in Anspruch genommen. Es existieren drei Pflichtfragen: F1Indikation¹⁰⁸, F50StandardDoku¹⁰⁹, F60InhalteEBericht¹¹⁰. Die 27 Fragen sind in zehn Abschnitte unterteilt, die thematisch ausgerichtete Fragengruppen repräsentieren. Jede Gruppe enthält zwischen einer und fünf Fragen und wurde konzipiert, um während des Beantwortungsprozesses unterschiedliche Beschreibungs- bzw. Informationstexte anzeigen zu können.

Fragen können prinzipiell in geschlossene, offene sowie halboffene Kategorien unterschieden werden. In dem gegenwärtigen Erhebungsinstrument finden halboffene Fragen am häufigsten Anwendung (13-mal). Porst bezeichnet diese als „(...) das Ergebnis von Entscheidungsschwierigkeiten des Fragebogenentwicklers (...)“ (Porst, 2014, S. 57). Gleichzeitig merkt er an, dass diese Fragenart in der Praxis sehr häufig anzutreffen ist. Eine halboffene Frage ist immer dann

¹⁰⁸ Für DRV-Rehabilitand*innen welcher Indikation sind Sie überwiegend zuständig?

¹⁰⁹ Nutzen Sie für den Rehabilitand*innenkontakt standardisierte Dokumentationshilfen?

¹¹⁰ Finden sich in der Regel die von Ihnen verfasste Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht wieder?

denkbar, „(...) wenn das tatsächliche Universum möglicher Antworten auf eine Frage zwar gut abgeschätzt (geschlossene Frage), aber nicht definitiv bestimmt werden kann (offene Frage)“ (Porst, 2014, S. 59). Die befragte Person kann, sollten die angebotenen Antwortoptionen nicht zutreffen, eine eigene Antwort in dem offenen Feld unter Sonstiges, Anders etc. vornehmen. Dies dient der Aufrechterhaltung der Motivation und kann als ein wichtiger Aspekt zur Sicherung der Datenqualität angesehen werden (Porst, 2014, S. 59).

Die geschlossene Frage, Moosbrugger und Brandt bezeichnen diese auch als ‘Aufgaben mit gebundenem Antwortformat’, ist 12-mal¹¹¹ im Fragebogen vertreten. Ein Vorteil hierbei ist die schnelle und vergleichsweise einfache Auswertung der so erhaltenen Antworten. Hierfür ist es jedoch notwendig, dass die möglichen Antworten bekannt sind und ihre Anzahl überschaubar bleibt. Besonders der erstgenannte Aspekt stellt eine Herausforderung dar. Nicht immer kann gewährleistet werden, dass die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten den tatsächlichen Merkmalsausprägungen der Befragten adäquat entsprechen (Moosbrugger & Brandt, 2020a, 96). Sowohl bei einer Frage als auch den vorgegebenen Antwortoptionen kann es zum Priming-Effekt¹¹² kommen. Bei diesem übt ein Reiz (z. B. die Verwendung von Schlüsselwörtern in einer Frage) einen Einfluss auf das nachfolgende Antwortverhalten aus.

Die offene Frage wird lediglich einmal verwendet. Die letzte Frage F92WuenscheFrei ist dieser Kategorie zuzuordnen. „Als offene Fragen bezeichnet man all jene, bei denen es keine Antwortvorgaben gibt: Der Befragte kann in eigenen Worten antworten, so wie er es gewohnt ist zu schreiben oder zu sprechen. Antwortkategorien sind nicht vorgegeben“ (Züll & Menold, 2019, 855). Hierbei ist von besonderem Interesse, bislang nicht abgefragte beziehungsweise genannte Aspekte zu explorieren. Die Beantwortung einer offenen Frage bedeutet mehr Zeit und Aufwand. Zudem sind die Ergebnisse von der Fähigkeit zur Verschriftlichung abhängig (Porst, 2014, S. 54).

Konrad klassifiziert verschiedene Arten von Fragebogen anhand der folgenden Kategorien: Grad der Standardisierung, Kommunikationsform, Gültigkeitsbereich sowie inhaltliche Aussage (Konrad, 2015, S. 54–55). Im folgenden Abschnitt wird der entwickelte Fragebogen in diese Kategorien eingeordnet.

¹¹¹ Die Fragen F62SicherheitDoku sowie F63hilfreichDoku werden jeweils einmal gezählt.

¹¹² Je nach Literatur auch unter Positions- oder Ausstrahlungseffekt zu finden.

Trotz der Existenz einer komplett offenen Frage (F92WuenscheFrei) und der 13-mal wählbaren Antwortkategorie 'Sonstige/Andere' ist davon auszugehen, dass es sich um einen vollstandardisierten Fragebogen handelt. Dies lässt sich durch die feststehenden Fragenformulierungen, die unveränderliche Fragenreihenfolge sowie die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten begründen. Eine unmittelbare Kategorisierung des erstellten Fragebogens in eine Kommunikationsform ist nur eingeschränkt möglich. Konrad bezeichnete 2015 die, mittlerweile wesentlich stärker verbreitete, Form des Onlinefragebogens noch als Sonderform. Das hier beschriebene Erhebungsinstrument ist ein Online-Fragebogen, der zur eigenständigen Bearbeitung vorgesehen ist, also ohne die Beteiligung einer interviewführenden Person. Im Rahmen der Untersuchung ist das zentrale Erkenntnisinteresse die Gewinnung von Informationen über die Arbeitsweise der Zielgruppe. Das einzelne Individuum mit seinen persönlichen Interessen oder auch Neigungen wird nicht näher berücksichtigt (Kategorie: Gültigkeitsbereich). Demnach handelt es sich weder um einen meinungs- bzw. einstellungsorientierten noch um einen persönlichkeitsorientierten/diagnostischen Fragebogen. An Konrads Einstufung orientiert, ist das Erhebungsinstrument als fakten-, wissens- oder kenntnisorientierter Fragebogen zu identifizieren (Konrad, 2015, S. 54–55).

Im Folgenden wird die Entwicklung von Fragen- und Antwortkategorien innerhalb des Erhebungsinstruments nachgezeichnet. Die Strukturierung folgt dabei den thematisch ausgerichteten Fragengruppen.

Einrichtung und Trägerschaft

Bei den ersten beiden Fragengruppen stehen allgemeine Sachfragen im Vordergrund. Diese können relativ schnell beantwortet werden und haben „nichts mit dem psychischen Befinden, mit Wissen oder mit den Einstellungen der Befragten zu tun“ (Brosius, Haas & Koschel, 2016, S. 98). Aus diesem Grund eignen sie sich gut für einen niedrigschwelligen Einstieg in den Fragebogen. Die erste Frage nach der Indikation (F1Indikation¹¹³) ist zugleich eine Pflichtfrage. Es handelt sich um eine geschlossene Frage mit zwölf Antwortmöglichkeiten. Um eine Re-Identifikation zu verhindern, erfolgt eine Zusammenfassung der Indikationen in Gruppen. Im Hinblick auf die spätere Auswertung wird darauf geachtet, jeweils ausschließlich somatische beziehungsweise psychosomatische Indikationen zusammenzufassen.

¹¹³ Für DRV-Rehabilitand*innen welcher Indikation sind Sie überwiegend zuständig?

Bei der Frage F10Traeger¹¹⁴ werden in den Antwortkategorien bewusst Beispiele angeführt, um den Befragten eine Zuordnung zu erleichtern. MEDIAN, MEDICLIN, Helios und Wicker zählen zu den größten privaten Trägern medizinischer Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland¹¹⁵. Im Jahr 2019 stellen private Träger mit 54,1 Prozent¹¹⁶ die Mehrheit bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen dar. Hiernach folgen freigemeinnützige Träger (27,5 %) sowie medizinische Rehabilitationseinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft (18,4 %) (Statistisches Bundesamt, 2021). Bei den öffentlichen Betreibern dominieren deutlich die Rentenversicherungen des Bundes und die regionalen Rentenversicherungen, mit alleinig circa 100 medizinischen Rehabilitationseinrichtungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024c).

Zur Verbesserung der Anonymisierung werden bei der Frage F11StationaereBetten¹¹⁷ Zahlen-
gruppen gebildet. Bei der Konzeption des Erhebungsinstruments ist zunächst vorgesehen, eine zusätzliche Frage bezüglich der Anzahl ambulanter Behandlungsplätze zu integrieren. In der Pretestphase zeigt sich jedoch, dass diese Angabe, besonders für primär stationär ausgerichtete Einrichtungen, herausfordernd zu ermitteln ist. Die Anzahl der ambulanten Plätze ist oft Schwankungen unterworfen. Zudem wird diese Information selten explizit auf Websites oder in Broschüren kommuniziert, was ihre Bekanntheit unter den Befragten beschränkt. Eine eventuell notwendige Recherche könnte das Risiko eines Fragebogenabbruchs erhöhen oder zumindest zu höherer Unzufriedenheit bei den Teilnehmenden führen.

Die Antwortoptionen bei der Frage F12WelcheDRV¹¹⁸ werden in einem Pop-up-Fenster alphabetisch geordnet, um längeres Suchen/Scrollen zu minimieren. Die jeweils zuständige DRV ist für die Durchführung der Vergütungsverhandlungen mit den Rehabilitationseinrichtungen verantwortlich und trägt die Verantwortung für die Einhaltung der Struktur- und Qualitätsanforderungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014b, S. 36).

Die Frage F13TechnikBuero¹¹⁹ erfasst die Ausstattung im Bereich der Hardware. Anhand dieser Frage soll die Hard-/Softwareausstattung ermittelt werden. Haupt et al. stellen fest, dass die

¹¹⁴ Welche Art der Trägerschaft besteht derzeit in Ihrer Rehabilitationseinrichtung?

¹¹⁵ Gemäß Internetauftritten der Firmen. Teilweise schwankend durch An- und Verkäufe von Rehabilitationseinrichtungen.

¹¹⁶ Zahlen gerundet

¹¹⁷ Wie viele stationäre Behandlungsplätze hat die Rehabilitationseinrichtung, in der Sie aktuell tätig sind?

¹¹⁸ Von welcher Deutschen Rentenversicherung wird Ihre Rehabilitationseinrichtung federführend betreut?

¹¹⁹ Welche technischen Möglichkeiten stellt Ihnen Ihre Rehabilitationseinrichtung in Ihrem Büro zur Verfügung?

Dokumentationspraxis einen erheblichen Zeitaufwand erfordert, der vor allem auf das Phänomen der Doppeldokumentation zurückgeht. Typischerweise werden Notizen während der Gespräche mit Klient*innen zunächst handschriftlich angefertigt, um später – sofern eine Dokumentationssoftware vorhanden ist – manuell übertragen zu werden. 2013 besaßen zwölf Prozent der Befragten der DVSG-Sozialarbeiter- und Mitgliederbefragung ein mobiles IT-Gerät (Laptop/Tablet) (Haupt et al., 2014, S. 37). Aufgrund der fortschreitenden Digitalisierung kann vermutet werden, dass sich dieser Anteil deutlich erhöht hat.

*Rehabilitand*innenakte und Dokumentation*

Den Teilnehmer*innen wird die Überschrift 'Die Rehabilitand*innenakte' präsentiert, gefolgt von einem kurzen Hinweistext: 'In der Rehabilitand*innenakte können beispielsweise Informationen zur Sozial- und Berufsanamnese sowie zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung enthalten sein'. Dieser Hinweis dient dazu, die Wahrscheinlichkeit einer gemeinsamen Verständnisgrundlage unter den Befragten zu steigern. Durch die gezielte Nennung von Beispielen, die voraussichtlich eine breite Bekanntheit im Handlungsfeld besitzen, soll den Teilnehmenden eine direkte Zuordnung zu ihrem Arbeitsalltag ermöglicht werden (Porst, 2014, S. 20–25). Ab dieser Fragengruppe nehmen die Fragen in ihrer Spezifität zu. Die Frage F20FuehrungAkte¹²⁰ fokussiert sich auf die in der Einrichtung praktizierte Aktenführung. Die resultierenden Daten könnten Aufschluss über die Verbreitung sowie die fortschreitende Entwicklung der Digitalisierung in den Einrichtungen geben. So gaben beispielsweise 2013 lediglich sieben Prozent an, ausschließlich auf Papier zu dokumentieren (Haupt et al., 2014, S. 38). Die darauf folgende, geschlossene Alternativfrage F21ZugriffAkte¹²¹ setzt diese Thematik fort. Untersucht werden soll, ob die Art und Weise der Aktenführung einen Einfluss auf die Zugriffsmöglichkeiten auf die Rehabilitand*innenakte hat.

Die Fragengruppe Dokumentation beginnt mit einer praxisorientierten Beschreibung. Ziel ist es, eine einheitliche Wissens- und Verständigungsbasis zu schaffen, um so die Qualität und Vergleichbarkeit der Antworten zu erhöhen. Der einleitende Hinweistext klärt darüber auf, welche Arten der Dokumentation gemeint sind: 'Die Dokumentation der Beratungsinhalte kann

¹²⁰ Wie wird in Ihrer Einrichtung die Rehabilitand*innenakte geführt?

¹²¹ Können Sie zuverlässig auf die für Ihre Arbeit relevanten Informationen in der Rehabilitand*innenakte zugreifen?

Notizen bzw. Gesprächsmitschriften, Ergebnisse von sozialer Diagnostik, Berufsanamnesen, Rehabilitationsziele, besondere berufliche Problemlagen etc. umfassen.’ Durch die Vielfalt der Beispiele soll ein breites Spektrum im Bereich Dokumentation abgebildet werden. Zu diesem Zeitpunkt wird bewusst darauf verzichtet, den Teilnehmer*innen eine Differenzierung zwischen sozialer Diagnostik und/oder Assessmentverfahren sowie dem Begriff ‘Dokumentation’ anzubieten. Einen Fragebogen zielgruppengerecht zu entwickeln, erfordert die Berücksichtigung des Sprachgebrauchs und des Wissenskontexts der Zielgruppe. Eine übermäßig detaillierte Differenzierung oder Theoretisierung der unterschiedlichen Terminologien hätte wahrscheinlich zu einem signifikant umfangreicheren Fragebogen geführt und demzufolge die Anforderungen an die Befragungsteilnehmenden erhöht.

Die erste Frage innerhalb dieser Gruppe trägt die Bezeichnung F30Störung¹²² und ist als geschlossene Alternativfrage mit Filterfunktion konzipiert, bei der eine ‘Ergänzungsfrage’ erscheint, sobald die Antwortoption ‘ja, und zwar...’ ausgewählt wird. Thematisch fokussiert sich diese Frage auf mögliche Störungen oder Schwierigkeiten bezüglich der rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation. Bei der Formulierung der Antwortoptionen werden sowohl Erkenntnisse aus vorangegangenen DVSG-Studien als auch Rückmeldungen aus Pretests und eigene Arbeitserfahrungen berücksichtigt. In der Frage F32erstmaligeDoku¹²³ werden mehrere Aspekte thematisiert. Es geht einerseits darum, ob es zu Doppeldokumentationen kommt, andererseits wird die Möglichkeit erörtert, dass Beratung und Dokumentation gleichzeitig durchgeführt werden.

Klassifikation therapeutischer Leistungen

Zu Beginn der Fragengruppe wird der feststehende Begriff ‘Klassifikation therapeutischer Leistungen’ (KTL) erörtert und ein kurzes Beispiel zur fachlichen Orientierung geboten. Generell kann angenommen werden, dass den Sozialdienstmitarbeitenden die KTL bekannt ist, da alle an der zu rehabilitierenden Person erbrachten Leistungen gemäß dieser Klassifikation verbindlich zu dokumentieren sind (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 7). Trotz der Existenz zahlreicher Vorgaben der DRV bezüglich der Dokumentation und Erbringung von KTL

¹²² Stört Sie etwas besonders bei Ihrer rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation?

¹²³ Wenn Sie an ein Vier-Augen-Beratungsgespräch denken: Wie dokumentieren Sie in der Regel erstmalig die Beratungsinhalte?

bleibt die Festlegung, welche Berufsgruppe konkret die Umwandlung der erbrachten Leistungen in KTL-Codes vornimmt, unbestimmt. Erfahrungsgemäß haben sich zwei unterschiedliche Praktiken herausgebildet. In der ersten dokumentiert die ausführende Sozialdienstkraft, eigenständig. Bei der zweiten Methode wird die Dokumentation von einer verwaltungsorientierten Arbeitskraft innerhalb der Einrichtung übernommen, die sich eingehend mit der Verschlüsselung auseinandergesetzt hat oder speziell in diesem Bereich geschult wurde.

Standardisierte Dokumentationsverfahren

In dieser Fragensgruppe wird angestrebt zu ermitteln, ob und welche standardisierten Dokumentationsverfahren genutzt werden (F50StandardieDoku¹²⁴) und, falls diese nicht zum Einsatz kommen, die Gründe hierfür (F51WarumkeineStandar¹²⁵). Während der Konstruktion des Fragebogens wird bewusst ein pragmatischer Umgang mit der dort verwendeten Terminologie gewählt. Es erscheint kontraproduktiv den Teilnehmer*innen längere Texte bezüglich der genauen Definition und Differenzierung von Begrifflichkeiten (z. B. standardisierte Dokumentationsverfahren, Screening-Instrumente, Testungen, Assessmentverfahren) zu präsentieren. Stattdessen wird die befragte Person kurz darauf hingewiesen, was unter der im Fragebogen genutzten Begrifflichkeit ‘Standardisierte Dokumentationsverfahren’ zu verstehen ist. Zu einer spezifischeren Bestimmung werden mehrere Beispiele aus dem Praxisalltag genannt. Durch diese Arbeitsweise wird bewusst eine Banalisierung in Kauf genommen, welche jedoch vor dem Nutzen eines möglichst verständlichen, eindeutigen und auch kürzeren Fragebogens in den Hintergrund tritt.

In der KTL wird die Erbringung von Leistungen nicht von der Berufsgruppenzugehörigkeit abhängig gemacht (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 16–17). In der Praxis ist es somit durchaus möglich, dass Sozialdienstmitarbeitende Screening-Verfahren, welche primär der Psychologie oder auch der Sozialmedizin zugeordnet werden können, durchführen. In der Pretestphase stellte sich heraus, dass für eine eindeutige Datenbasis eine Abgrenzung zu Formularen der DRV¹²⁶ sowie der arbeitnehmer*innenbezogenen Dokumentation erforderlich ist. Jede Person, welche über den Kostenträger DRV eine medizinische Rehabilitation durchführt, muss hierzu Formulare der DRV ausfüllen (z. B. Beantragung von Übergangsgeld). Dies geschieht teils bereits in der häuslichen Umgebung, teils während der Maßnahme. Je nach eigenem Bedarf bzw. Wunsch des/der Rehabilitand*in können hierbei Sozialdienstmitarbeitende unterstützen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, Formulare der DRV ausdrücklich aus der Befragung herauszunehmen, da andernfalls vermutlich fast 100,0 Prozent der Teilnehmer*innen angeben würden, standardisierte Dokumentationsverfahren zu nutzen. Die gleiche Annahme gilt für die arbeitnehmer*innenbezogene Dokumentation (z. B. Arbeitszeitznachweis) bei

¹²⁴ Nutzen Sie für den Rehabilitand*innenkontakt standardisierte Dokumentationshilfen?

¹²⁵ Warum nutzen Sie für den Rehabilitand*innenkontakt keine standardisierten Dokumentationshilfen?

¹²⁶ Diese beginnen häufig mit der Bezeichnung G0xxx.

der ebenfalls davon ausgegangen werden kann, dass sie von einem sehr großen Anteil der Studienteilnehmer*innen durchgeführt wird.

Im Gegensatz zum Fragebogen wo eine alphabetische Reihenfolge (F52WelcheDokuHilfen¹²⁷) festgelegt ist, wird die folgende Ausführung der standardisierten Dokumentationsverfahren in thematischer Gruppierung erfolgen. Der Schwerpunkt liegt auf den intendierten Zielen der Verfahren, den methodischen Wegen zu deren Erreichung, dem Kontext der Entwicklung und den Entwickelnden selbst. Darüber hinaus wird erörtert, aus welchen spezifischen Gründen diese Instrumente im Fragebogen zur Auswahl angeboten werden.

Der Anamnesebogen wurde von Dhom-Zimmermann entwickelt und 2014 in der Zeitschrift Forum sozialarbeit + gesundheit vorgestellt. Er ist an der ICF angelehnt und soll „ein ergebnisorientiertes und nachvollziehbares Arbeiten im interdisziplinären Team ebenso wie im Beratungsgespräch mit dem Rehabilitanden“ (Dhom-Zimmermann, 2014, S. 23) ermöglichen. Der Bogen hat einen Umfang von zwei DIN A4 Seiten und kann im Einsatz als niedrigschwellig betrachtet werden, da er ohne zusätzliche Schulung oder ähnliches als Voraussetzung auskommt.

Das zweite Verfahren welches von den Teilnehmenden ausgewählt werden kann ist das Inklusionsdiagramm, besser bekannt als Inklusions-Chart. Es handelt sich um ein Instrument Sozialer Diagnostik welches 2005 von Pantuček entwickelt wurde. Hiermit können erhobene Daten sortiert, bewertet und zueinander in Verbindung gesetzt werden, mit dem Ziel, die soziale Situation einer Person abzubilden. Seit 2016 liegt die vierte Version vor (IC4) und der Autor geht davon aus, dass eine weitere Fortschreibung stattfinden wird (Pantuček-Eisenbacher, 2017). Die Netzwerkkarte wurde ebenfalls von Pantuček entwickelt und kann als diagnostisches Instrument der Sozialen Arbeit zugeordnet werden. Während eines Gesprächs wird die Einbindung des/der Klienten*in in die Gesellschaft bildlich dargestellt. Dies kann sowohl ausschließlich händisch als auch mit Hilfe einer Software geschehen. Eine angefertigte Netzwerkkarte zeigt die Beziehungen zu anderen Menschen an und welchem Sektor (Familie, Freund*innen/Bekannte, Kolleg*innen, professionelle Helfer*innen) diese zuzuordnen sind (Pantuček-Eisenbacher, 2019, S. 187–217).

¹²⁷ Welche standardisierten Dokumentationshilfen nutzen Sie?

Diese drei Instrumente wurden von zwei Personen mit sozialarbeiterischer Ausbildung entwickelt. In der vorhandenen Literatur sowie vor dem Hintergrund der Praxiserfahrung der Autorin finden sich keine Hinweise darauf, dass weitere standardisierte Dokumentationsverfahren, eine nennenswerte Verbreitung im Sozialdienst der medizinischen Rehabilitation gefunden haben könnten.

„Das Mini-ICF Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Störungen (Mini-ICF-APP) ist ein international validiertes und in der Arbeitsfähigkeitsbeschreibung und Sozialmedizin etabliertes Assessment zur Beschreibung von Fähigkeitsniveaus und -profilen auf 13 psychischen Fähigkeitsdimensionen“ (Muschalla, 2021, S. 311). Es ist der Psychologie zuzuordnen. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation liegt der Fokus des Instruments auf der Feststellung einer Arbeits- bzw. Erwerbs(un-)fähigkeit und wird vermutlich am häufigsten in Einrichtungen mit der Indikation Psychosomatik verwandt. Da psychische Erkrankungen jedoch auch als Begleitindikation in der somatischen Rehabilitation vorhanden sind, kann dort ebenfalls von einem Einsatz dieses Instruments ausgegangen werden.

Die im Folgenden beschriebenen Screening-Verfahren dienen der Identifikation von BBPL. Das Screening-Instrument SIBAR ist im Rahmen eines geförderten Projekts, unter anderem in Zusammenarbeit mit der DRV, entstanden. Mit Hilfe eines von Rehabilitand*innen zu beantwortenden Fragebogens sollen das Frühberentungsrisiko, das berufliche Belastungserleben sowie der subjektive berufsbezogene Behandlungsbedarf ermittelt werden (Bürger & Deck, 2009, S. 211). Aufgrund der Thematik ist davon auszugehen, dass dieser Fragebogen vorwiegend in Einrichtungen eingesetzt wird, die die MBOR in ihrem Portfolio verankert haben. Dies gilt ebenso für das 2007 von Streibelt entwickelte Screening-Instrument SIMBO. Mit dem inzwischen mehrfach geprüften und validierten Verfahren werden verschiedene Kriterien (z. B. Erwerbsstatus, Fehlzeiten, berufsbezogene Therapiemotivation) ermittelt. Anhand dieser Daten wird eine gewichtete Summe gebildet, aus welcher letztlich abgelesen werden kann, ob mit hoher Wahrscheinlichkeit eine BBPL vorliegt (Streibelt, Gerwinn, Hansmeier, Thren & Müller-Fahrnow, 2007, S. 266–275). Im Fragebogen wurde das Screening-Instrument irrtümlich als SIMBA abgekürzt. Jedoch war die vollständige und korrekte Bezeichnung während des gesamten Erhebungszeitraums unmittelbar nach der Abkürzung in Klammern angegeben, sodass angenommen werden kann, dass dieser Fehler keine signifikanten Auswirkungen hatte. Das Würzburger Screening dient ebenfalls der Identifikation von beruflichen Problemlagen. Es ist

ein kurzer Fragebogen, welcher berufliche Belastungen, die subjektive Erwerbsprognose sowie das Interesse an berufsbezogenen Therapieangeboten abfragt (Löffler, Wolf & Vogel, 2008a). Bei dem WAI (Work Ability Index), auch Arbeitsbewältigungsindex genannt, handelt es sich um einen Fragebogen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Dieser wurde in den 1980er Jahren von Ilmarinen und Tuomi in Finnland entwickelt und ist mittlerweile international etabliert.

Ärztlicher Entlassungsbericht

Der ‘Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung’ umfasst zahlreiche detaillierte Vorgaben, die bei dessen Erstellung berücksichtigt werden müssen. Der ärztliche Entlassungsbericht nimmt für alle an der medizinischen Rehabilitation beteiligten Gruppen eine herausragende Stellung ein. Die Fragen F60InhalteEBericht¹²⁸ und F61keineDokuEBericht¹²⁹ zielen darauf ab festzustellen, ob und inwiefern der Sozialdienst mit seiner erstellten rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation an diesem Prozess aktiv teilnimmt oder welche Gründe die Aufnahme in den Entlassungsbericht verhindern.

Bei den Fragen F62SicherheitDoku¹³⁰ und F63hilfreichDoku¹³¹ handelt es sich jeweils um eine Item-Batterie, auch als Matrixfrage oder Tabellenfrage bekannt. Den vier bzw. fünf Items ist jeweils eine vierstufige Antwortskala zugeordnet. Die Anwendung dieses Fragetypus kann, insbesondere bei wiederholtem Einsatz desselben Fragenmodells, Monotonie bei den Befragten hervorrufen. Die Aneinanderreihung von 20 Items kann bereits zu einer geistigen sowie visuellen Ermüdung führen, die sich wiederum in einer häufigeren Wahl der neutralen Antwortoption niederschlägt (Ring, 1976 zitiert nach Petersen 2014, S. 72-73). Vor diesem Hintergrund erfolgt eine bewusste Begrenzung der Anzahl der Fragen. Bei beiden Item-Batterien werden die Antworten jeweils von positiv zu negativ formuliert.

¹²⁸ Finden sich in der Regel die von Ihnen verfasste Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht wieder?

¹²⁹ Warum finden sich in der Regel Ihre Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht nicht wieder?

¹³⁰ Wenn Sie an den ärztlichen Entlassungsbericht denken: Wie sicher fühlen Sie sich bei der Erstellung der Dokumentation in Bezug auf...? 1 = ...die Platzierung Ihrer Inhalte (z. B. Blatt 2, Gliederungspunkt 2.1); 2 = ...die Relevanz der eigenen Beratungsinhalte für die DRV; 3 = ...den Datenschutz; 4 = ...den Nutzen für den Rehabilitanden

¹³¹ Wenn Sie an den ärztlichen Entlassungsbericht denken: Wie hoch schätzen Sie die Relevanz der von Ihnen angefertigten Dokumentation für die folgenden Gruppen/Personen ein? 1 = Für Sie; 2 = Für den/die Rehabilitanden*in; 3 = Für das Sozialdienstteam; 4 = Für andere Berufsgruppen in Ihrer Einrichtung; 5 = Für die DRV

Nach Miller gilt die „sieben plus/minus zwei“ Regel (Miller, 1956). Hiernach hätten mindestens fünf und höchstens neun Antwortkategorien angeboten werden dürfen. In einer vorherigen Version des Fragebogens gab es noch eine weitere Kategorie, welche jedoch nach einem Pretest gestrichen wurde. Im Nachhinein kann diese Löschung kritisch hinterfragt werden, da „Skalen mit weniger als fünf Antwortkategorien, (.) paradoxerweise über eine geringere Reliabilität verfügen“ (Franzen, 2019, 847).

Bei der Wahl um eine gerade oder ungerade Anzahl an Antworten fiel die Entscheidung auf vier Antwortkategorien, um die Befragten dazu zu veranlassen, sich einer bestimmten Tendenz zuzuordnen, anstatt eine neutrale Antwortoption zu wählen. Jedoch kann dies gleichzeitig zu dem Verzerrungseffekt der Akquieszenz führen. Im Gegensatz dazu kann bei einer ungeraden Antwortskala die Mittelloption von Personen gewählt werden, die sich ungern positionieren oder keine Meinung zum Thema haben (Franzen, 2019, 848). Letztlich kann aus wissenschaftlicher Sicht weder für eine gerade noch für eine ungerade Antwortskala eine uneingeschränkte Empfehlung ausgesprochen werden. Die jeweilige Wahl hängt stark vom untersuchten Gegenstand, der Art der Erhebung sowie der spezifischen Fragestellung ab.

Verlaufsdokumentation und ICF

In dieser Fragengruppe erfolgt erstmalig eine Differenzierung zwischen der Verlaufsdokumentation und der Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht. Während die Verlaufsdokumentation Angaben zu geführten Telefonaten, Ansprechpartner*innen einschließlich deren Kontaktdaten sowie persönliche Notizen umfassen kann, sind derartige Informationen in der Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht, konform mit dem Leitfaden der DRV, explizit ausgeschlossen. Im Gegensatz dazu wird in der Dokumentation für den Entlassungsbericht die Betonung auf „sprachliche Prägnanz und Kürze bei hohem Informationsgehalt“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2021a, S. 10) gelegt. Wird die erste Frage (F70Trennung-Doku¹³²) bejaht, so öffnet sich eine nachfolgende Frage (F71LesenVerlaufsdoku¹³³). Diese zielt darauf ab, zu ermitteln, wer üblicherweise Zugriff auf die Verlaufsdokumentation hat. Der

¹³² Findet bei Ihnen eine Trennung zwischen der Verlaufsdokumentation und der Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht statt?

¹³³ Findet bei Ihnen eine Trennung zwischen der Verlaufsdokumentation und der Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht statt?

Zweck dieser Abfrage besteht darin herauszufinden, ob im Alltag eine bewusste Differenzierung zwischen beiden Dokumentationsarten vorgenommen wird. Die Fragen F80VerwendungICF¹³⁴, F81NichtICFVerwend¹³⁵ sowie F82WelcheFormICF¹³⁶ zielen darauf ab, mehr über die Verbreitung der ICF in der klient*innenbezogenen Dokumentation der Sozialen Arbeit zu erfahren.

Merkmale der Befragten

Aufgrund der gewählten anonymen Erhebungsmethode wurde der klassische soziodemografische Themenblock erheblich reduziert. Lediglich die Fragen F90WelcherAbschluss¹³⁷ sowie F91DauerSozialdienst¹³⁸ können diesem zugeordnet werden. Diese Fragen sind zwar unkompliziert zu beantworten, könnten jedoch bei einigen Befragten Zweifel hinsichtlich der Anonymisierung aufkommen lassen. Sollten Teilnehmende den Fragebogen aus diesem Grund zu diesem Zeitpunkt abbrechen, können die zuvor beantworteten Fragen dennoch in die Auswertung einfließen (Brosius et al., 2016, S. 104).

Die Frage F92WuenscheFrei¹³⁹ soll die Zielperson dazu animieren, ihre spezifischen Anliegen und Bedürfnisse frei zu äußern. Durch die Verwendung einer offenen Frage besteht die Möglichkeit, Themen oder Probleme zu identifizieren, die möglicherweise bei der Entwicklung des Erhebungsinstruments nicht bedacht wurden.

3.6 Datenaufbereitung und -bereinigung

Das Ziel der Datenaufbereitung und -bereinigung ist es, die Rohdaten zu einem Datensatz zu formen, mit dem statistische Analysen durchgeführt werden können. An diesem Punkt angekommen, müssen die Besonderheiten der verwendeten Software beachtet werden. Bereits vor dem Import der Datensätze in SPSS werden in LimeSurvey die Codes der Antwortoptionen in

¹³⁴ Verwenden Sie zu Dokumentationszwecken die ICF? Hierbei ist es unerheblich, um welche Art von rehabilitand*innen bezogener Dokumentation es sich handelt.

¹³⁵ Warum verwenden Sie nicht die ICF zu Dokumentationszwecken?

¹³⁶ In welcher Form nutzen Sie die ICF in der Dokumentation?

¹³⁷ Welchen qualifizierenden Abschluss haben Sie?

¹³⁸ Wie lange sind Sie schon im Sozialdienst einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung tätig?

¹³⁹ Denken Sie bitte an die rehabilitand*innenbezogene Dokumentation. Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was würden Sie sofort verändern?

ein numerisches Format gebracht. Im Anschluss an den Import werden in SPSS die Skalenniveaus manuell geprüft und gegebenenfalls angepasst. Zur Datenbereinigung zählt ebenfalls das Filtern von Fragebogen ohne Informationsgehalt, sodass diese in den weiteren Analysen unberücksichtigt bleiben. Konkret betrifft dies Fälle, in denen lediglich die URL geöffnet wurde, ohne dass eine Frage beantwortet wurde. Im Rahmen der Datenaufbereitung werden zudem die Ein- und Ausschlusskriterien beachtet. Das bedeutet, dass Daten von Personen bzw. Einrichtungen, die Ausschlusskriterien erfüllen, nicht in den Datensatz einfließen. Eine Ausnahme wird jedoch bei der Fragestellung zur Indikation gemacht (Abb. 8), um die Häufigkeitsverteilung präzise darstellen zu können.

Manche offene Antworten erstrecken sich über mehrere Zeilen, andere wiederum belaufen sich auf einzelne Wörter. Offensichtliche sprachliche Fehler werden zugunsten einer besseren Lesbarkeit korrigiert. In einem nächsten Schritt werden initiale Ideen für mögliche Kategorien gesammelt, die im weiteren Verlauf den Textstellen zugeordnet werden können. Diese Vorgehensweise wird als „kodieren bzw. Kodierung“ bezeichnet (Kuckartz & Rädiker, 2020, S. 25). Eine „Kategorie ist demnach jeder Begriff, der zu einer Klassifizierung von beliebigen Objekten dienen kann (...)“ (Kelle & Kluge, 2010, S. 60). Nach dieser Kategorisierung findet eine Häufigkeitsauszählung statt.

3.7 Hypothesenformulierung und Testverfahren

Ein zentraler Aspekt dieser Studie besteht in der Analyse der Rahmenbedingungen, unter denen Sozialdienste die klient*innenbezogene Dokumentation innerhalb von Rehabilitationseinrichtungen ausgestalten. Zu dieser Analyse gehört auch die Bildung sowie genaue Formulierung von einer bzw. mehreren Hypothesen. Ziel ist es, hierbei vermutete Zusammenhänge aufzuzeigen bzw. zu widerlegen. Grundsätzlich können verschiedene Subkategorien von Hypothesen unterschieden werden. Zu nennen sind hierbei die ungerichtete sowie die gerichtete Hypothese. Bei der ungerichteten Hypothese wird lediglich ein Unterschied zwischen zwei oder mehr Variablen vermutet und entsprechend formuliert. Die Ausprägung dieses Unterschieds, beziehungsweise zu wessen Vorteil oder Nachteil dieser ausfällt, wird in der gerichteten Hypothese spezifiziert. Sowohl die ungerichtete als auch die gerichtete Hypothese werden in der Fachliteratur als Alternativhypothesen bezeichnet (Blanz, 2021, S. 23–29; Bortz & Schuster, 2016,

S. 97–99). In einem nächsten Schritt wird in der Empirie die Nullhypothese verfasst. „Die Nullhypothese behauptet, dass der in der Alternativhypothese postulierte Unterschied bzw. Zusammenhang nicht vorhanden ist“ (Bortz & Schuster, 2016, S. 98). Im Anschluss an die Hypothesenformulierung müssen statistische Tests durchgeführt werden. Die Auswahl der Tests richtet sich nach verschiedenen Faktoren, darunter das Skalenniveau der Daten. Ziel ist es, statistisch signifikante Werte zu identifizieren, die höchstwahrscheinlich nicht mit der Nullhypothese übereinstimmen. Um eine einheitliche und transparente Anwendung innerhalb der gesamten Studie zu gewährleisten, muss im Vorfeld ein Signifikanzniveau festgelegt werden. Bortz und Schuster definieren dieses wie folgt: „Das Signifikanzniveau α bezeichnet die vom Forscher festgelegte Wahrscheinlichkeit, mit welcher die Ablehnung der Nullhypothese im Rahmen eines Signifikanztests zu einem Fehler 1. Art führt“ (Bortz & Schuster, 2016, S. 101). Ein Fehler 1. Art tritt ein, wenn die Nullhypothese zurückgewiesen wird, obwohl sie in der Realität zutrifft. Ein Fehler 2. Art hingegen liegt vor, wenn die Nullhypothese fälschlicherweise beibehalten wird, obwohl die Alternativhypothese zutreffend ist. Für die vorliegende Forschungsarbeit wird das Signifikanzniveau auf $p \leq 0,05$ festgelegt. Dieses Signifikanzniveau ist in den Sozial- und Geisteswissenschaften weit verbreitet und etabliert (Rost, 2022, S. 20). Im Folgenden wird der p-Wert, der auch als Signifikanzwert bezeichnet wird, verwandt.

Bei der Hypothesentestung mittels SPSS wird wie folgt vorgegangen. Im Datensatz werden ausschließlich die Einschlussindikationen berücksichtigt. Falls die Antwortoption ‘weiß nicht’ vorhanden ist, wird diese als fehlend gewertet. Sofern nicht anders beschrieben, wird eine Kreuztabelle erstellt und anschließend der exakte Fisher-Test verwendet und angegeben. Eine Signifikanz wird vermutet, wenn $p \leq 0,05$ beträgt. In diesem Fall wird die Effektstärke berechnet und interpretiert. Anschließend werden die aufgestellten Hypothesen verifiziert oder falsifiziert, und die Ergebnisse diskutiert.

4 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel erfolgt die deskriptive Auswertung der erhobenen Daten¹⁴⁰. Dabei werden sowohl die absoluten als auch die relativen Häufigkeiten der geschlossenen und offenen Items berechnet und analysiert. Zudem werden mit Hilfe von gebildeten Forschungshypothesen die Aspekte von Trägerschaft sowie Aktenführung näher untersucht.

Insgesamt werden 259 Fragebogen ausgefüllt, bei denen mindestens die erste Frage, also die nach der Indikation, beantwortet wird. Vollständig beendet werden davon 222 Fragebogen. Aus bereits angeführten Gründen ist eine Berechnung der Rücklaufquote nicht möglich. Ein Vergleich mit anderen Forschungsarbeiten gestaltet sich allerdings schwierig, da nur wenige vorliegen, welche sich explizit mit dieser Zielgruppe befassen und zudem die Ein- und Ausschlusskriterien nicht gänzlich passungsgleich sind. Bei den DVSG-Mitgliederbefragungen werden Sozialarbeiter*innen aus der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit befragt. Eine ungefähre Einordnung wird, vor den genannten Limitationen, versucht. Bei den DVSG-Mitgliederbefragungen im Jahr 2016 und 2020 haben sich lediglich 64 bzw. 92 Sozialarbeiter*innen aus der medizinischen Rehabilitation beteiligt (Cosanne & Huck, 2020, S. 13; Nitzsche, Adolph & Kowalski, 2016, S. 28). Im Jahr 2018 wurde, durch eine Kooperation der DVSG mit der DRV Bund und der DRV Westfalen, eine signifikant höhere Teilnehmerzahl von 240 Personen erzielt. Dies war möglich, indem alle von diesen Institutionen federgeführten Einrichtungen postalisch kontaktiert und zur Teilnahme an der Online-Umfrage aufgefordert wurden (Streibelt et al., 2018, S. 33). Im selben Jahr wurden auch im Rahmen der Entwicklung von Praxisempfehlungen für Sozialdienste in der medizinischen Rehabilitation 1 230 Sozialdienste befragt, von denen 381 geantwortet haben (Lukasczik, Zerban & Wolf, 2019). Der erhöhte Rücklauf in den letzten beiden genannten Studien ist vermutlich auf die Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern zurückzuführen, wobei das Gefühl der Verpflichtung gegenüber diesen sich positiv auf die Rücklaufquote ausgewirkt hat.

In der vorliegenden Studie fand keine Zusammenarbeit mit der DRV statt und folglich konnte dieser verstärkende Faktor nicht greifen. Im Vergleich zu den DVSG-Mitgliederbefragungen, lässt sich jedoch eine positive Einschätzung hinsichtlich des Rücklaufs formulieren.

¹⁴⁰ Der bereinigte Datensatz und die Analysen befinden sich im Anhang.

4.1 Einrichtung und Trägerschaft

Die folgende Abbildung zeigt, welcher *Indikation* sich die Sozialdienstmitarbeitenden selbst zuordnen.

Abbildung 8: Ein- und Ausschlussindikationen

Einschlussindikationen		Anzahl	Prozent
Orthopädie und/oder Unfallchirurgie	116	44,8	
Neurologie Phase C/D	39	15,1	
Onkologie	25	9,7	
Kardiologie und/oder Angiologie und/oder Ophthalmologie	15	5,8	
Pneumologie und/oder Dermatologie	7	2,7	
Rheumatologie	5	1,9	
Stoffwechselstörung und/oder Lymphologie und/oder Adipositas	3	1,2	
Gastroenterologie und/oder Gynäkologie und/oder Urologie	2	0,8	
Chronische Schmerzstörung	2	0,8	
Gesamt Einschlussindikationen	214	82,8	
Ausschlussindikationen			
Psychosomatik	32	12,4	
Geriatrie	7	2,7	
Neurologie Phase A/B/E/F/G und/oder Sucht und/oder Pädiatrie	6	2,3	
Gesamt Ausschlussindikationen	45	17,4	
Gesamt Einschluss- und Ausschlussindikationen		259	100,0

Aufgrund der definierten Ein- und Ausschlusskriterien hätte erwartet werden können, dass der Anteil der Psychosomatik geringer ausfiele. Schließlich wurden medizinische Rehabilitationseinrichtungen, die ausschließlich diese Indikation therapieren, aus dem Sample ausgeschlossen.

Als Ursache für diese unerwartet hohe Teilnahmezahl kann vermutet werden, dass zahlreiche medizinische Rehabilitationseinrichtungen die Psychosomatik als eine von mehreren Indikationen abdecken. Einige Einrichtungen bieten die Duale Reha an, bei denen psychische und körperliche Beschwerden gemeinsam behandelt werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2024a). Dieser Ansatz fördert die Präsenz der Psychosomatik. Zudem steigt die Anzahl diagnostizierter psychischer Erkrankungen, und folglich auch die Anzahl hierauf bewilligter Rehabilitationsanträge seit 2000 an (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2021b, S. 12).

Anhand der folgenden Abbildung kann abgelesen werden, in welcher *Trägerschaft* sich die medizinischen Rehabilitationseinrichtungen befinden.

Abbildung 9: Trägerschaft

	Anzahl	Prozent	Deutschland Prozent
Private Trägerschaft	148	73,6	54,1
Freigemeinnützige Trägerschaft	14	7,0	27,6
Öffentliche Trägerschaft	35	17,4	18,4
Weiß nicht	4	2,0	
Gesamt	201	100,0	100,0

Anmerkung. *(Statistisches Bundesamt, 2021)

Vergleicht man die Studienergebnisse mit den Daten vom Statistischen Bundesamt wird deutlich, dass jeweils die private Trägerschaft am häufigsten vertreten ist. Während in Deutschland die zweithäufigste Trägerschaft die freigemeinnützige ist, wird sie bei dieser Studie am wenigsten genannt (Statistisches Bundesamt, 2021). Der prozentuale Anteil der Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft ist fast identisch. Bei einem solchen Vergleich muss natürlich beachtet werden, dass die Zahlen vom Statistischen Bundesamt als nahezu vollständig gelten können (n = 1 112). Einschränkend sei angemerkt, dass in der Deutschland-Statistik eine andere Definition von Rehabilitationseinrichtung verwendet wird und somit auch Vorsorge- und Suchteinrichtungen enthalten sind, bei denen traditionell mehr freigemeinnützige Einrichtungen, wie beispielsweise kirchliche Träger vertreten sind. Nichtsdestotrotz deuten die erhobenen Zahlen

darauf hin, dass das Merkmal der Trägerschaft in der Studie zwar nicht als repräsentativ betrachtet werden kann, die Abweichung jedoch als eher gering eingeschätzt wird. Diese Einschätzung wird durch die Zahlen der DVSG-Erhebung von 2018 gestützt, in der ebenfalls 73,0 Prozent der Sozialdienste in Einrichtungen mit privater Trägerschaft tätig waren (Streibelt et al., 2018, S. 33).

Abbildung 10: Bettenzahl

	Anzahl	Prozent
bis 100	11	5,5
101 bis 200	80	39,8
201 bis 300	52	25,9
301 bis 400	12	6,0
401 bis 500	13	6,5
über 501	4	2,0
ausschließlich ambulante Rehabilitationseinrichtung	27	13,4
Weiß nicht	2	1,0
Gesamt	201	100,0

Aufgrund einer abweichenden Kategorienbildung bei der Bettenanzahl kann nur ein grober Vergleich mit einer Erhebung des Statistischen Bundesamtes von 2024 stattfinden. Es zeigt sich, dass die Bettenverteilung in etwa den nationalen Entwicklungen der Betriebsgrößen der Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland entspricht. Ein Großteil der Kliniken fällt in die mittleren Größenkategorien, während sehr kleine und sehr große Einrichtungen seltener vertreten sind (gbe-bund.de., 2024). Im Jahr 2022 liegt die durchschnittliche Bettenauslastung in Vor- und Rehabilitationseinrichtungen bei 74,9 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2023).

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Antworten auf die Frage, unter welcher *Federführung* die Rehabilitationseinrichtungen stehen.

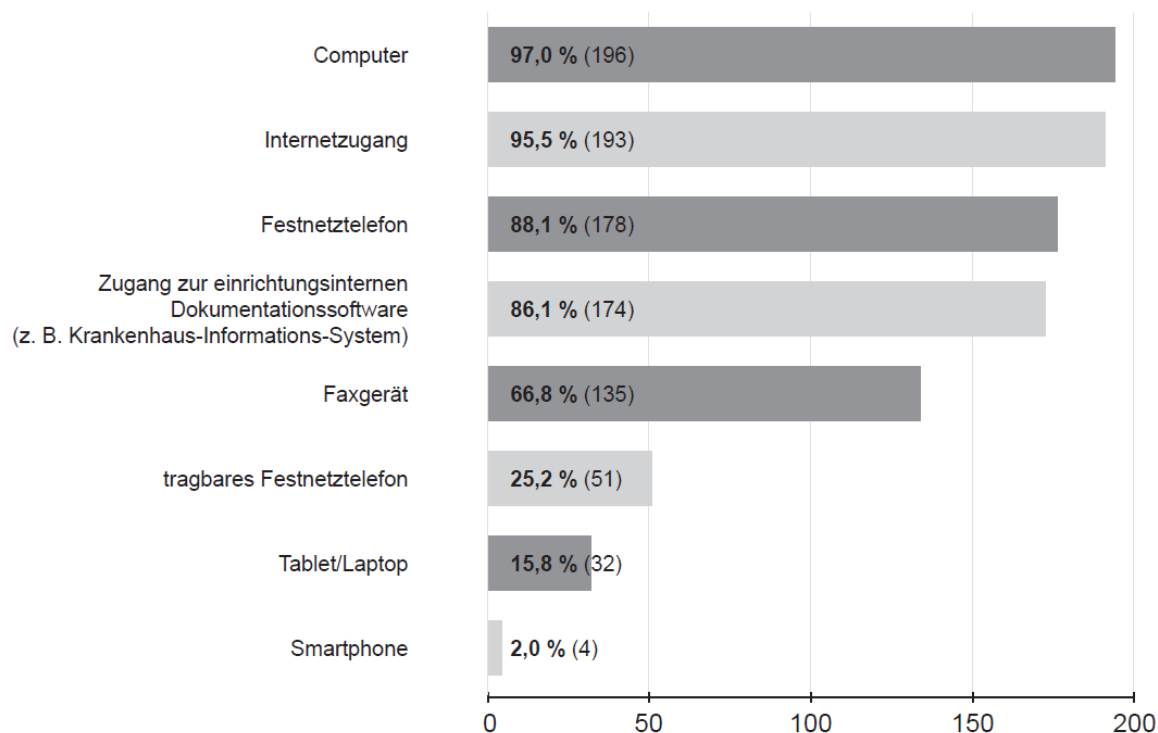
Abbildung 11: Federführende DRV

	Anzahl	Prozent
DRV Bund	75	38,1
DRV Mitteldeutschland	17	8,6
DRV Baden-Württemberg	16	8,1
DRV Westfalen	16	8,1
DRV Rheinland	13	6,6
DRV Bayern Süd	10	5,1
DRV Hessen	10	5,1
DRV Nordbayern	6	3,0
DRV Braunschweig-Hannover	5	2,5
DRV Knappschaft-Bahn-See	5	2,5
DRV Schwaben	4	2,0
DRV Nord	2	1,0
DRV Rheinland-Pfalz	2	1,0
DRV Saarland	2	1,0
DRV Berlin-Brandenburg	2	1,0
DRV Oldenburg-Bremen	1	0,5
Weiß nicht	11	5,6
Gesamt	197	100,0

Die Abbildung zeigt, dass ein großer Anteil der Einrichtungen unter der Federführung der DRV Bund steht, die 38,1 Prozent (75) der Angaben ausmacht. Diese Zahl deckt sich mit der Tatsache, dass die DRV Bund der größte Rentenversicherungsträger ist. Das Ergebnis, dass 5,6 Prozent (11) der Befragten, nicht wissen, unter welcher Federführung ihre Einrichtung geführt wird, ist überraschend und bedarf einer näheren Betrachtung. Diese Unkenntnis ist inso-

fern ungewöhnlich, als der federführende Träger der Rentenversicherung gemäß § 15 Absatz 5 SGB VI einen erheblichen Einfluss auf die Funktionsweise und strategische Ausrichtung der Einrichtungen ausübt. Die Federführung ist somit auch eng mit der Zuweisung und folglich der wirtschaftlichen Sicherung, der Einrichtung verknüpft. Bei genauerer Analyse kann dieses Informationsdefizit größtenteils mit einer kurzen Dauer der Arbeitstätigkeit im Sozialdienst der Einrichtung erklärt werden: Von den 11 Personen, die die Federführung ihrer Einrichtung nicht kennen, sind 7 weniger als ein Jahr bis maximal vier Jahre dort tätig. Ein Blick auf die Büroausstattung ergänzt das Bild von Einrichtung und Trägerschaft.

Abbildung 12: Büroausstattung



Anmerkung. Antwortende Personen = 207; Mehrfachnennung möglich

Die hohe Anzahl von Computern, Festnetztelefonen und Faxgeräten deutet auf eine ortsgebundene Kommunikationsinfrastruktur hin. Im Vergleich dazu sind mobile Endgeräte, hierunter ist auch das tragbare Festnetztelefon zu zählen, deutlich weniger verbreitet.

Unter ‘Sonstiges’ gibt es die Option, weitere technische Geräte im eigenen Büro zu nennen. Der Drucker wird hierbei 18-mal, der Kopierer sowie der Scanner jeweils 6-mal aufgeführt.

Jeweils einmal genannt werden: „Diktiersoftware, Surface“ (id¹⁴¹ 221), „Headset“ (id 259), „Webcam“ (id 257), „Bildschirmfax“ (id 214), „Multifunktionsgerät“ (id 20) sowie „Anrufbeantworter“ (id 280). Eine Person nutzt das Textfeld für die folgende Rückmeldung: „Geräte sind allesamt veraltet und zu langsam“ (id 227). Die vergleichsweise häufige Nennung von Druckern, Kopierern und Scannern weist auf eine Limitation bei der Auswahl der Antwortoptionen hin. Sowohl bei deren Konstruktion als auch bei der Durchführung der Pretests wurden diese Geräte nicht explizit genannt. Es kann vermutet werden, dass insbesondere das Vorhandensein eines Druckers als obligatorisch angesehen wurde.

In der DVSG-Mitgliederbefragung 2017 wurde die Zufriedenheit mit der Arbeitsplatzausstattung per vierstufiger Likert-Skala abgefragt. Circa 70,0 Prozent aller Befragten bewerteten die Arbeitsplatzausstattung als gut oder sehr gut (Streibelt et al., 2018, S. 36). Eine weitere Differenzierung der Thematik war nicht Bestandteil der damaligen Studie. Es ist festzustellen, dass eine grundlegende technische Büroausstattung, hierunter zählen ein Computer mit Internetzugang sowie ein Festnetztelefon, in fast allen medizinischen Rehabilitationseinrichtungen für den Sozialdienst vorgehalten wird. Deutlich weniger gut ausgestattet ist der Sozialdienst, wenn es darum geht mobil zu arbeiten. Dies kann notwendig sein, wenn Rehabilitand*innen in ihren Zimmern aufgesucht werden müssen, beispielsweise bei vorhandener Immobilität oder auch bei Quarantäne (z. B. Norovirus). Lediglich 15,8 Prozent der Sozialdienste können bei dieser Gelegenheit ihr Tablet oder den Laptop mitnehmen und, zumindest theoretisch, die Gesprächsnotizen direkt vor Ort eingeben bzw. etwas im Internet recherchieren. Dies führt zwangsläufig zu einer Doppeldokumentation und Mehrarbeit, die durch mobile Hardware hätte vermieden werden können.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse fällt außerdem auf, dass 13,9 Prozent aller befragten Sozialdienstmitarbeitenden keinen Zugang zur einrichtungsinternen Dokumentationssoftware haben. Die in der Software hinterlegten Klient*inneninformationen können folglich nicht abgerufen werden. Ferner kann der Informationsfluss lediglich begrenzt in die entgegengesetzte Richtung stattfinden. Das Reha-Team kann nur erschwert oder gar nicht auf die klient*innenbezogenen Dokumentation des Sozialdienstes zugreifen. Diesbezüglich sind Auswirkungen auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit, welche von den Kostenträgern gefordert wird, anzunehmen. Hieraus ist zu schließen, dass die Arbeit des Sozialdienstes unter diesen Bedingungen nicht

¹⁴¹ Identifikationsnummer im Datensatz

optimal verlaufen kann und sich die Auswirkungen durchaus im Klient*innenkontakt widerspiegeln können, z. B. durch das mehrfache Abfragen derselben Informationen durch verschiedene Berufsgruppen.

4.1.1 Hypothesengestützte Analyse: Trägerschaft

Die Trägerschaft stellt einen strukturellen Faktor dar, der die Bedingungen, unter denen Sozialdienste agieren, wesentlich prägt. Zu den Faktoren, die durch die Trägerschaft beeinflusst werden, gehören unter anderem Management, Finanzierung, Personalpolitik, Leistungsangebot sowie der Zugang von Rehabilitand*innen. Hierdurch kann indirekt ein Einfluss auf die Gestaltung der klient*innenbezogenen Dokumentation stattfinden.

Von § 15 Abs. 2 SGB VI leitet sich die Tatsache ab, dass die DRV in Deutschland bei 102 medizinischen Rehabilitationseinrichtungen gleichzeitig Kostenträger als auch Leistungserbringer ist (Deutsche Rentenversicherung, 2024). Der Fakt, dass die DRV sowohl als Leistungsträger als auch als Leistungserbringer fungiert, ist Gegenstand rechtlicher Diskurse. Bereits 2009 stellt hierzu der Bundesrechnungshof fest: „Die DRV Bund weist Rehabilitanden vorrangig ihren Reha-Zentren zu und vergütet ihnen höhere Pflegesätze als privaten Rehabilitationskliniken“ (Bundesrechnungshof, 2009, S. 131–132). Dieser Sachstand wird 2021 mit dem 'Gesetz Digitale Rentenübersicht'¹⁴² aufgegriffen. In Bezug auf die Gestaltung fairer Vergütungssysteme heißt es: „Zur Ermittlung und Bemessung einer leistungsgerechten Vergütung der Leistungen hat die Deutsche Rentenversicherung Bund ein transparentes, nachvollziehbares und diskriminierungsfreies Vergütungssystem bis zum 31. Dezember 2025 zu entwickeln, wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren“ (§ 15 Abs. 3 SGB VI). Als Reaktion hierauf hat die DRV einen Entwurf für ein neues Vergütungssystem vorgelegt¹⁴³. Trotz der Entwicklung des neuen Vergütungssystems bleibt die grundlegende Doppelstruktur, in der die DRV sowohl als Leistungserbringer als auch als Leistungsträger fungiert, unverändert bestehen. In diesem Kontext sind die nachstehenden Analysen zu betrachten.

¹⁴² Gesetz zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen und zur Änderung anderer Gesetze (Gesetz Digitale Rentenübersicht) vom 11. Februar 2021.

¹⁴³ Weitere Informationen unter: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). (2024). Basis-Informationen zu den Regelungen im Beschaffungsverfahren. Rehabilitation im Wandel – alles Wichtige für Leistungserbringer. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Anbieter/beschaffung_med_reha_leistungen/beschaffung_med_reha_leistungen.html

Die DRV beeinflusst durch den Auslastungsgrad maßgeblich die Wirtschaftlichkeit ihrer eigenen Einrichtungen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014, S. 260), indem sie den Einrichtungen selbst Rehabilitand*innen zuweist. Zusätzlich kann die DRV die Kriterien für die Qualität selbst bestimmen und beurteilen. Dies kann ihr einen Vorteil bei der Umsetzung derselben verschaffen und in Folge dessen zu einer größeren wirtschaftlichen Sicherheit und einer verbesserten Planbarkeit führen. Zudem werden die Beschäftigten regelhaft¹⁴⁴, im Vergleich zu privaten und freigemeinnützigen Trägern, höher entlohnt (Baldauf & Vitols, 2019, S. 59–60). Ein weiterer Vorteil könnte sein, dass der Sozialdienst durch die direkte, interne Unternehmenskommunikation schneller über Neuerungen und Änderungen, beispielsweise im Qualitätsmanagement, informiert wird. Basierend auf diesen Überlegungen liegt es nahe, dass Rehabilitationseinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft möglicherweise bessere Ressourcen bieten, wodurch der Sozialdienst eventuell über einen verbesserten Zugang zu neuen, digitalen Medien wie Tablets oder Smartphones verfügen könnte. Die Analyse der vorliegenden Daten soll klären, inwieweit Unterschiede in der Ausstattung tatsächlich mit der Trägerschaft zusammenhängen oder ob diese Annahme möglicherweise nicht zutrifft.

Bei genauerer Betrachtung der Zahlen kann festgehalten werden, dass alle befragten Sozialdienstmitarbeitenden bei einem öffentlichen Träger über einen Computer (100,0 %) und zu 97,1 Prozent über einen Internetanschluss verfügen. Ein tragbares Festnetztelefon können dort 17,1 Prozent nutzen. Zum Vergleich: In freigemeinnützigen Institutionen sind dies 28,6 Prozent und bei privaten Trägern 26,4 Prozent. Ein Smartphone für die Arbeit wird bei einem öffentlichen Träger niemandem vom Sozialdienst zur Verfügung gestellt. Bei den freien Trägern beläuft sich der Anteil auf 7,1 Prozent, bei den Privaten auf 2,0 Prozent. Im Hinblick auf das Vorhandensein eines Tablet/Laptops beträgt der Anteil an Sozialdienstmitarbeitenden, die dieses bei einem öffentlichen Träger nutzen können, 8,6 Prozent. In freier Trägerschaft verfügt bereits ein Fünftel (21,4 %) und bei den Privaten 16,9 Prozent über ein Tablet. Es kann resümiert werden, dass Sozialdienste in Einrichtungen unter öffentlicher Trägerschaft, technisch nicht besser ausgestattet sind. Schaut man sich die mobil nutzbare Büroausstattung an, also tragbare Festnetztelefone, Smartphones sowie Tablets/Laptops verfügen die dortigen Sozialdienste sogar weniger häufig hierüber als ihre Kolleg*innen bei anderen Trägern. Unabhängig

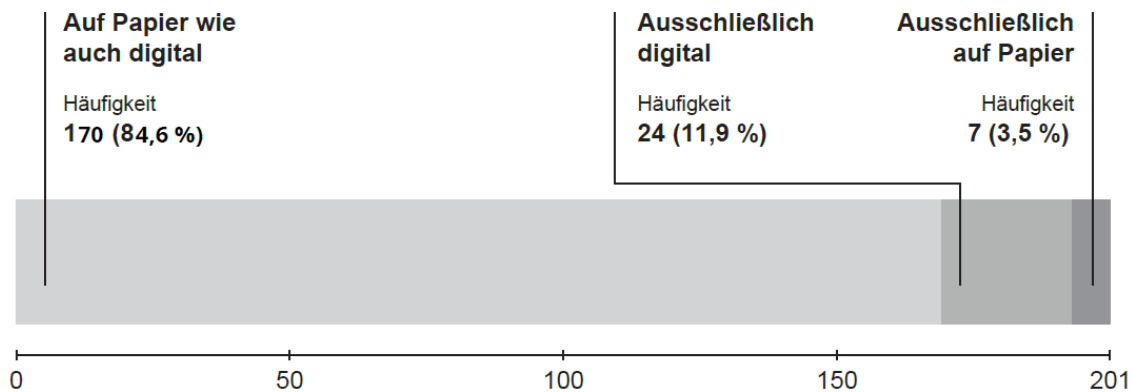
¹⁴⁴ Beispielhaft angeführt: Tarifvertrag für die Deutsche Rentenversicherung Bund (TV DRV-Bund) vom 23. August 2006 - Tarifvertrag Nr. 1 - in der Fassung des Änderungstarifvertrages vom 22. Mai 2023 (in Kraft ab 1. Januar 2023).

davon welche Büroausstattung (z. B. Tablet, Smartphone) näher betrachtet wird, haben sie alle gemein, dass sie nicht signifikant häufiger in öffentlicher Trägerschaft vorhanden sind. Eine größere wirtschaftliche Sicherheit, die in höheren Tagessätzen sowie Belegungszahlen mündet, führt demnach nicht zu einem technisch besser ausgestatteten Sozialdienst.

4.2 Rehabilitand*innenakte und Dokumentation

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Methoden zur *Führung der Rehabilitand*innenakte*.

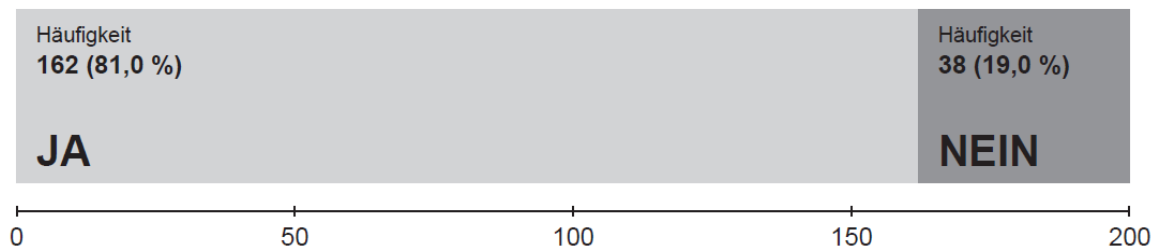
Abbildung 13: Führung Rehabilitand*innenakte



Die Ergebnisse verdeutlichen eine deutliche Präferenz für eine gemischte Dokumentationsführung. Die DVSG-Mitgliederbefragung 2013 (Teil III) untersucht die Anforderungen an die IT zur Unterstützung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Die befragte Zielgruppe unterscheidet sich jedoch von der in der vorliegenden Arbeit, was einen direkten Vergleich erschwert. Dennoch kann diese Befragung, zumindest eingeschränkt, zur Orientierung herangezogen werden. 2013 gaben 92,0 Prozent an beide Dokumentationsformen zu nutzen. Der Anteil an Personen die ausschließlich papiergestützt dokumentieren betrug zu dem Zeitpunkt noch sieben Prozent (Haupt et al., 2014, S. 37–38). Es kann resümiert werden, dass der Anteil an ausschließlich digitalen Rehabilitand*innenakten steigt. Die alleinige Führung einer Papierakte hat weitestgehend ausgedient. Vor dem Hintergrund der fortschreitenden Digitalisierung ist dieses Ergebnis wenig verwunderlich.

Trotz des erkennbaren Trends zur Digitalisierung, existieren nach wie vor Herausforderungen beim zuverlässigen *Zugriff auf die Rehabilitand*innenakte* durch Sozialdienstmitarbeitende.

Abbildung 14: Zugriff auf Rehabilitand*innenakte



38 Personen (19,0 %) können nicht zuverlässig bereits hinterlegte Diagnosen, in der Arbeit befindliche Prozesse oder einfach die Kontaktdaten von Angehörigen einsehen. Eine gemeinsam genutzte Dokumentationsbasis zwischen dem Sozialdienst und den übrigen Mitgliedern des Reha-Teams ist folglich für ein Fünftel der Befragten nicht vorhanden. Es ist anzunehmen, dass diese Einschränkung erhebliche Auswirkungen auf die Effizienz und Qualität der Arbeit im Sozialdienst hat. Ein fehlender Zugriff kann zu Verzögerungen in den Arbeitsabläufen, doppeltem Abfragen von Informationen und möglicherweise zu einer verminderten Qualität der Versorgung der Rehabilitand*innen führen.

Eine gewisse Unzufriedenheit spiegelt sich ebenfalls in der nächsten Frage wider. Anhand der folgenden Abbildung wird deutlich, dass 32,7 Prozent (65) aller Personen angeben, dass sie etwas bei ihrer *rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation als Störung* empfinden.

Abbildung 15: Störung bei der rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation

	Anzahl	Prozent
Nein, nichts	134	67,3
Ja, und zwar...	65	32,7
Gesamt	199	100,0

Um *welche Art von Störung* es sich hierbei handelt, zeigt die nächste Abbildung.

Abbildung 16: Art von Störung bei der rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation

	Anzahl	Prozent
umständliche Arbeitsabläufe/Doppelarbeit	39	65,0
zu wenig Zeit für die rehabilitand*innenbezogene Dokumentation	29	48,3
unzureichende Informationen zur Ausführung der rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation	27	45,0
fehlende/unpassende Software	25	41,7
eingeschränkte Verfügbarkeit technischer Unterstützung	18	30,0
häufige Unterbrechungen	16	26,7
unklare Erwartungen seitens der DRV	16	26,7
Gesamt	170	283,3

Anmerkung. Antwortende Personen = 60; Mehrfachnennung möglich

Bei näherer Betrachtung fällt auf, dass sich die Störungsgründe durchaus gegenseitig bedingen können. So kann fehlende/unpassende Software zu umständlicher Doppelarbeit führen, welche letztlich in weniger verfügbarer Arbeitszeit mündet. Zusätzlich zu den bereits vorgegebenen Antworten haben 14 Sozialdienstmitarbeitende eigene offene Antworten formuliert. Diese werden kategorisiert und nach Häufigkeit ausgezählt in der untenstehenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 17: Art von Störung bei der rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation; Offene Antworten

Kategorie	Anzahl	Freie Antworten	
Kommunikation im Reha-Team	6	teilweise wird Doku offenbar nicht gelesen (von den Ärzten)	id 204
		schlechte Dokumentation der Kollegen	id 149
		z.T. Lesbarkeit von relevanten Einträgen bzw. fehlende sozialmed. Beurteilungen und Dokumentation (z.B. aus Oberarztvisiten) dadurch z.T. unnötige Nachfragen im Team oder Telefonisch erforderlich, um Pat. richtig beraten zu können	id 30
		nachträgliche Änderung meiner Dokumentation durch die Mediziner, ohne Information an mich oder Rückfrage	id 78
		zahlreiche Schnittstellenprobleme und teils fehlende / unklare Dokumentation anderer Berufsgruppen	id 163
		dass meine Doku nicht im Entlassungsbericht erscheint	id 177
Digitalisierung/Software	3	umständliche Software nach Umstellung	id 142
		In der Anfrage für Sozialdienst sind nicht alle Informationen enthalten, die für meine Gespräche erforderlich sind. Diese muss ich mit einigen Klicks aus anderen Bereichen (Medizin, Verwaltung) erschließen.	id 201
		spezifische, für die Sozialarbeit obligatorische Informationen werden in der vorhandenen Software weder erfasst noch abgebildet	id 152
System außerhalb der Einrichtung	1	z.T. unsinnige Rehastandards	id 237
Rehabilitand*innen	1	nicht ausgefüllte Anamnesen der Rehabilitanden	id 262

Die offenen Antworten verdeutlichen zusätzliche Thematiken, die aus den standardisierten Antworten nicht hervorgehen. Während die Softwareproblematik bereits in den standardisierten Antworten angesprochen wird, wird in den offenen Antworten zusätzlich die Kommunikation innerhalb des Reha-Teams als Störfaktor identifiziert. Darüber hinaus werden als externe Störung die RTS thematisiert. Im Zusammenhang mit den Rehabilitand*innen werden nicht ausgefüllte Anamnesen problematisiert.

In der nächsten Abbildung fällt die eindeutige Verteilung der Antworten auf die Frage auf, wie in einem *Vier-Augen-Beratungsgespräch* erstmalig die Beratungsinhalte dokumentiert werden.

Abbildung 18: Erstmalige Dokumentation der Beratungsinhalte

	Anzahl	Prozent
Handschriftlich	156	79,2
Am PC	39	19,8
Am Tablet	2	1,0
Gesamt	197	100,0

Da nur 3,5 Prozent der Personen ausschließlich mit einer Papierakte arbeiten (Abb. 13), kann vermutet werden, dass 75,7 Prozent¹⁴⁵ der Sozialdienstmitarbeitenden nach¹⁴⁶ einem Vier-Augen-Beratungsgespräch die bereits handschriftlich festgehaltenen Inhalte in die digitalisierte Akte übertragen müssen. Rein theoretisch ist es natürlich denkbar, dass die 3,5 Prozent der Befragten die handschriftlichen Notizen direkt in die Papierakte schreiben, diesbezüglich sei jedoch angemerkt, dass sich diese nicht in den Räumen des Sozialdienstes befindet. Aufgrund der notwendigen 24h-Verfügbarkeit medizinischer Daten, beispielsweise für einen Notfall, befindet sich die 'Handakte' im Dienstzimmer der Pflege bzw. bei der/dem jeweilig zuständigen Arzt/Ärztin. Sollte die zu rehabilitierende Person ein weiteres Mal die Beratung des Sozialdienstes in Anspruch nehmen, müsste folglich vorher der Ort der Handakte ausfindig gemacht und die handschriftlichen Notizen hervorgeholt werden. Diesbezüglich kann es zu Störungen im Einrichtungsalltag kommen, da die Handakte häufig von Personen des Reha-Teams zu Visiten oder Pflegeaufgaben mitgenommen wird. Dieses, vergleichsweise aufwändige, Vorgehen ist auch nur dann durchzuführen, wenn die zu rehabilitierende Person zuvor einen Termin bucht bzw. diesen zugewiesen bekommt. Bei einer nicht terminierten Beratung würden die in die Papierakte abgehefteten Beratungsnotizen letztlich gar nicht zur Verfügung stehen. Eine weitere denkbare Möglichkeit besteht darin, dass die im Sozialdienst tätige Person sich eine eigene Dokumentationsablage schafft. Dadurch hätte sie zwar jederzeit Zugriff auf die Inhalte, das Reha-Team wäre jedoch vollständig ausgeschlossen.

Abschließend kann zusammengefasst werden, dass mindestens 75,7 Prozent aller Sozialdienstmitarbeitenden doppelt dokumentieren. Diese hiermit verbrachte Zeit steht somit nicht mehr

¹⁴⁵ Anteil der handschriftlich Dokumentierenden (79,2 %) abzüglich derjenigen, die ausschließlich auf Papier arbeiten (3,5 %).

¹⁴⁶ Wann dieser Zeitpunkt ist, also direkt im Anschluss des Gesprächs, am Ende des Arbeitstages oder eher nach einigen Tagen, wird nicht erhoben.

für andere Arbeiten zur Verfügung. Diese These spiegelt sich auch in der Antwort einer Person wider, die auf die Frage nach der Handhabung der Beratungsdokumentation antwortete: „früher handschriftlich, aus Zeitmangel ausschließlich nur noch direkt am PC“ (id 111).

4.2.1 Hypothesengestützte Analyse: Aktenführung

In den letzten Jahren hat die Digitalisierung im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewonnen. Die Einführung der ePA in Deutschland bis 2025 wird weitreichende Veränderungen in der Speicherung und Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten mit sich bringen (Bundesministerium für Gesundheit, 2024). Nach § 341 Abs. 2 SGB V können auch Daten zur medizinischen Rehabilitation in der ePA hinterlegt werden. Hierbei ist es wichtig zu unterscheiden, dass die ePA ein einrichtungsübergreifendes Produkt darstellt, das Patient*innen ermöglicht, ihre Gesundheitsinformationen zentral zu speichern und darauf zuzugreifen. Demgegenüber dient eine Rehabilitand*innenakte in einer Rehabilitationseinrichtung primär der internen Dokumentation und Verwaltung. Die Frage, wie die Rehabilitand*innenakte geführt wird, steht im Zentrum der folgenden Analysen. Dabei wird dieser Aspekt sowohl im Kontext der spezifischen Einrichtungsform als auch in Bezug auf die Zugriffsmöglichkeit auf die Akte untersucht und miteinander in Zusammenhang gebracht.

Im Jahr 2001 tritt das SGB IX in Kraft, das die flächendeckende gesetzliche Basis für die ambulante medizinische Rehabilitation schafft. Seitdem ist der Anteil an ambulant durchgeführten Rehabilitationen konstant gestiegen und liegt derzeit bei 16,0 Prozent (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023f, S. 8). Im Gegensatz zu den stationären Rehabilitationskliniken, die regelmäßig wesentlich früher entstanden sind, haben Einrichtungen, die sich ausschließlich auf die ambulante Rehabilitation¹⁴⁷ spezialisiert haben, eine vergleichsweise kurze Historie. Diese jüngeren Einrichtungen sind in der Regel in urbanen Ballungszentren angesiedelt, wo sie von einer besseren digitalen Infrastruktur profitieren können. Ein weiterer Faktor, indem sich überwiegend stationäre Einrichtungen und ausschließlich ambulante Einrichtungen unterscheiden ist die Trägerschaft. Die Untersuchungsergebnisse verdeutlichen, dass von den 27 ambulanten Einrichtungen, deren Sozialdienstmitarbeitende an der Studie teilnehmen, 21 privat getragen

¹⁴⁷ Der seit 2007 bestehende Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V. vertritt rund 100 ausschließlich ambulante Rehazentren (Stand 10. 2024).

werden, drei eine freigemeinnützige Trägerschaft aufweisen und lediglich zwei¹⁴⁸ einen öffentlichen Träger angeben, wobei sich bei näherer Überprüfung herausstellt, dass die letzte Angabe inkorrekt ist, da die genannte DRV keine Einrichtung betreibt, die ausschließlich ambulante Behandlungen durchführt. Auf Basis dieser Annahmen fußt die folgende Hypothese.

H₂: Wenn es sich um eine ambulante Einrichtung handelt, wird die Rehabilitand*innenakte häufiger ausschließlich digital geführt.¹⁴⁹

H₀: Die Tatsache, ob es sich um eine ambulante oder vorwiegend stationäre Einrichtung handelt, hat keinen Einfluss auf die Art der Aktenführung.

Abbildung 19: Einrichtungsform und Aktenführung

		Wie wird in Ihrer Einrichtung die Rehabilitand*innenakte geführt?			Gesamt
		Ausschließlich auf Papier	Auf Papier wie auch digital	Ausschließlich digital	
Einrichtungsform	Anzahl	6	150	14	170
	Stationär	3,5%	88,2%	8,2%	100,0%
	Anzahl	1	17	9	27
	Ambulant	3,7%	63,0%	33,3%	100,0%
Gesamt	Anzahl	7	167	23	197
		3,6%	84,8%	11,7%	100,0%

Ein großer Unterschied fällt bei der Betrachtung der Werte bezüglich der alleinigen Führung der digitalen Akte auf. Im stationären Setting arbeiten 8,2 Prozent der Einrichtungen ausschließlich mit einer digitalen Rehabilitand*innenakte. In ambulanten Einrichtungen liegt dieser Wert bei 33,3 Prozent. Nach dem exakten Test nach Fisher errechnet sich hieraus ein p-

¹⁴⁸ id: 145; 268

¹⁴⁹ Sowohl für H₂ als auch H₀ gilt hierbei folgendes: Unabhängige Variable: F11StationaereBetten; Abhängige Variable: F20FuehrungAkte

Wert von 0,002 der als sehr signifikant eingestuft wird. Demnach wird H_2 verifiziert und die Nullhypothese verworfen. Es können mehrere Gründe für dieses sehr signifikante Ergebnis angeführt werden. Ein Aspekt liegt in der digitalen Infrastruktur, die in Ballungsräumen, in denen ambulante Einrichtungen eher angesiedelt sind, besser ausgeprägt ist. Zudem stehen die ausschließlich ambulant arbeitenden Rehabilitationseinrichtungen unter privater sowie freigemeinnütziger Trägerschaft, die oft flexibler und innovationsbereiter ist, wenn es darum geht, neue Technologien zu implementieren. Diese Einrichtungen stehen einem intensiveren Wettbewerbsdruck, da sie in einem Markt agieren, dessen Anteil mit derzeit 16,0 Prozent (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023f, S. 8) nur langsam wächst. Dieser Umstand kann aus wirtschaftlichen Erwägungen dazu führen, effizientere Lösungen wie die digitale Rehabilitand*innenakte einzuführen. Im Gegensatz dazu befinden sich stationäre Einrichtungen eher in öffentlicher Trägerschaft, was Änderungen in der Infrastruktur und Arbeitsweise häufig verlangsamt. Zudem kann das kürzere Bestehen ambulanter Einrichtungen dazu führen, dass sie weniger tradierte Strukturen aufweisen, was die Akzeptanz und Implementierung neuer digitaler Prozesse begünstigen kann.

In einem nächsten Schritt wird untersucht, wie sich die unterschiedliche Aktenführung – sei es auf Papier, kombiniert digital und auf Papier, oder ausschließlich digital – auf die Verlässlichkeit des Informationszugriffs durch den Sozialdienst auswirkt. Wenn in einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung die papierbasierte Rehabilitand*innenakte geführt wird, sei es singular oder komplementär, so zieht dies verschiedene Überlegungen nach sich. Diese gelten sowohl für den Sozialdienst als auch für die Angehörigen anderer Berufsgruppen. Eine Papierakte kann immer nur von einer Person gleichzeitig gelesen bzw. bearbeitet werden. Sie kann, schließlich geht sie durch viele Hände, Gebrauchsspuren aufweisen. Aufgrund der hohen Anzahl von Personen die diese nutzen (Pflegepersonal, Ärzteschaft, Sozialdienst etc.) vereint sie zahlreiche unterschiedliche, mal mehr mal weniger lesbare Handschriften in sich. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der Aufenthaltsort der Papierakte. Dieser ist nicht (sofort) nachzuvollziehen und kann sich sowohl im Stationszimmer, in einem Dienstzimmer der Ärzteschaft, im Archiv oder auf dem Weg dorthin oder auch in einem Rollcontainer in einem der Patient*innenzimmer während der Visite befinden. Wird parallel eine digitale Akte geführt kann hinterfragt werden, ob diese eine Spiegelung der Papierakte ist oder in einer der beiden mehr bzw. andere Informationen zu finden sind. Eventuell erschließen sich manche Zusammenhänge erst dann,

wenn beide Akten vorliegen bzw. bekannt sind. Dieses Konglomerat verschiedener thematischer Facetten der Aktenführung mündet in der folgenden Hypothese:

H₃: Wenn die Rehabilitand*innenakte ausschließlich auf Papier geführt wird, dann kann der Sozialdienst weniger häufig zuverlässig auf die für seine Arbeit relevanten Informationen zugreifen.¹⁵⁰

H₀: Die Führung der Rehabilitand*innenakte hat keinen Einfluss darauf, wie häufig und zuverlässig der Sozialdienst auf die für seine Arbeit relevanten Informationen zugreifen kann.

Abbildung 20: Aktenführung und Zugriff hierauf

		Können Sie zuverlässig auf die für Ihre Arbeit relevanten Informationen in der Rehabilitand*innenakte zugreifen?		Gesamt
		Ja	Nein	
Wie wird in Ihrer Einrichtung die Rehabilitand*innenakte geführt?	Anzahl	4	3	7
	Ausschließlich auf Papier	57,1%	42,9%	100,0%
	Anzahl	135	34	169
	Auf Papier wie auch digital	79,9%	20,1%	100,0%
	Anzahl	23	1	24
	Ausschließlich digital	95,8%	4,2%	100,0%
Gesamt	Anzahl	162	38	200
		81,0%	19,0%	100,0%

¹⁵⁰ Sowohl für H₃ als auch H₀ gilt hierbei folgendes: Unabhängige Variable: F20FuehrungAkte; Abhängige Variable: F21ZugriffAkte

Die Einrichtungen in denen der Sozialdienst am zuverlässigsten auf relevante Informationen in der Rehabilitand*innenakte zugreifen kann, führen diese ausschließlich digital. Der exakte Test nach Fisher gibt einen p-Wert von 0,032 an und ist somit sehr signifikant. Die Alternativhypothese gilt somit als bestätigt und die Nullhypothese kann verworfen werden. Es wird deutlich, dass eine ausschließlich digital geführte Rehabilitand*innenakte erhebliche Vorteile für den Sozialdienst bietet. Diese Vorteile umfassen eine verbesserte Lesbarkeit, die Möglichkeit eines parallelen Zugriffs, eine Verringerung des Risikos für Datenverlust und die Schaffung einer einheitlichen Wissensbasis für alle Berufsgruppen, die mit der zu rehabilitierenden Person arbeiten. Auf Grundlage dieser Untersuchungsergebnisse lässt sich folgern, dass eine ausschließlich digital geführte Rehabilitand*innenakte sowohl die Effizienz als auch die Effektivität der Arbeit des Sozialdienstes steigern kann.

4.3 Klassifikation therapeutischer Leistungen

Die folgende Abbildung enthält sowohl die geschlossenen als auch die offenen Antworten.

Abbildung 21: Wer verschlüsselt KTL für den Sozialdienst

	Anzahl	Prozent
Sozialdienstmitarbeiter*innen	94	48,2
Andere Mitarbeiter*innen (unbestimmt)	67	34,4
Ärztinnen/Ärzte	10	5,1
Therapieplanung/-leitung	8	4,1
Sozialdienst in Absprache mit anderen Mitarbeiter*innen	4	2,1
Träger	3	1,5
Weiß nicht	39	20,0
Gesamt	225	115,4

Anmerkung. Antwortende Personen = 195; Mehrfachnennung möglich

Auf die Frage, *wer die KTL in ihrer Einrichtung verschlüsselt*, entfallen 20,0 Prozent (39) der Antworten auf die Kategorie ‚Weiß nicht‘. Letztlich wissen also viele der Befragten gar nicht, wer diese Aufgabe in ihrer Einrichtung wahrnimmt. Bei einer näheren Analyse der Datensätze zeigt sich, dass 33 Sozialdienstmitarbeiter*innen die ‚Weiß nicht‘ gewählt haben, weniger als

zehn Jahre im Sozialdienst tätig sind. Lediglich eine Person die seit mehr als 20 Jahren im Sozialdienst arbeitet, kreuzte diese Antwort ebenfalls an. Unter der Kategorie ‚Sonstiges‘ haben insgesamt 26 Personen ihre bereits getroffene Wahl ergänzt bzw. ausschließlich dort eine Aussage hinterlegt. Es werden Ober- und Chefärztinnen und -ärzte sowie der Ärztliche Direktor als Personen genannt, die die KTL für den Sozialdienst verschlüsseln.

Die KTL werden von der DRV als „ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung“ gesehen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 8). Es wird von der DRV nicht vorgeschrieben welche Berufsgruppenangehörigen letztlich die Verschlüsselung vornehmen. Die Kodierung kann entweder durch die Sozialdienstkraft oder durch eine andere Person in der Einrichtung erfolgen. Im Folgenden sollen die Vor- und Nachteile dieser beiden Herangehensweisen erörtert werden. Grundsätzlich haben sie gemeinsam, dass regelhaft zumindest eine Seite über Wissen bezüglich der KTL sowie der RTS verfügen muss. Findet die Kodierung der KTL nicht durch den Sozialdienst statt, so muss von dieser Seite aus keine, zumindest nicht tiefgreifende, Auseinandersetzung mit der Komplexität des Themas stattfinden. Hiermit geht auch die vermutlich unbewusste Ablehnung von Verantwortung einher, wenn der Einrichtung von der DRV zurückgemeldet wird, dass die Erfüllung der KTL nur unzureichend stattgefunden hat. Am Ende kann die Sozialdienstkraft zwar mehr Zeit zur Verfügung haben, büßt jedoch gleichzeitig an Verantwortung und Deutungshoheit ein. Im Gegensatz dazu hat eine kodierende Sozialdienstkraft einen Überblick darüber, ob sich der eigene Beratungsalltag überwiegend mit der KTL deckt. Zudem besteht zwangsläufig ein höherer Wissensgrad über die komplexen Zusammenhänge zwischen KTL, RTS sowie den ETM. Bei einer turnusmäßigen Überarbeitung der KTL durch die DRV bestehe zudem die Gelegenheit, das eigene Wissen sowie die eigene Erfahrung in den Prozess miteinzubringen und an der Weiterentwicklung zu partizipieren. Es kann hinterfragt werden, ob professionsfremde Personen über das notwendige Wissen verfügen, um vom Sozialdienst erbrachte Leistungen zu klassifizieren. Erfahrungsgemäß werden in einigen Einrichtungen Verwaltungsangestellte mit der Kodierung der Tätigkeiten beauftragt. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass medizinische Rehabilitationseinrichtungen ein hohes Interesse daran haben, ihr Leistungsspektrum möglichst passgenau auf die KTL sowie die RTS zuzuschneiden. Die obigen Zahlen deuten darauf hin, dass bereits bei fast der Hälfte aller Sozialdienste eine Entfremdung bezüglich der Verschlüsselung der eigenen Leistungen stattgefunden hat. Circa 20,0 Prozent wissen nicht wer ihre Leistungen kodiert, vermutlich auch nicht, wie dies geschieht und ob sich diese Angaben mit ihrem Beratungsalltag decken. Hinsichtlich der damit in Verbindung stehenden Berufserfahrung kann daraus geschlossen werden,

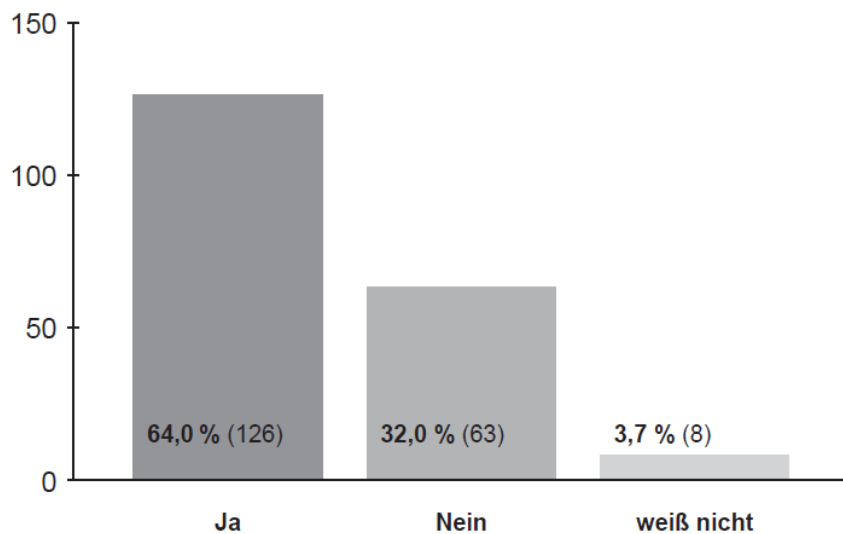
dass das Thema in den ersten Berufsjahren eine geringere Rolle spielt bzw. nicht so erfahrene Mitarbeiter*innen weniger in den Kodierungsprozess einbezogen werden.

Ein weiterer Aspekt der zur Deutung dieser Ergebnisse herangezogen werden kann, ist die fortschreitende Digitalisierung. Diese kann dazu führen, dass durch Software gesteuerte Kodierungsprozesse unbewusster ablaufen und hiermit auch eine schleichende Distanzierung zur Thematik einhergeht. Wer letztlich nicht weiß, wer für diesen Vorgang zuständig ist, kann auch keine Rücksprache diesbezüglich halten. Es ist kritisch anzumerken, dass zumindest theoretisch die Möglichkeit besteht, dass kein regelmäßiger Austausch zwischen dem Sozialdienst und der kodierenden Kraft besteht. In diesem Fall würde die Kodierung ausschließlich an den Richtlinien sowie Vorgaben der DRV ausgerichtet sein und nicht die Beratungspraxis des Sozialdienstes widerspiegeln. Es besteht demnach die Gefahr, dass nicht die tatsächliche Realität, sondern lediglich das, was für die Einrichtung vorteilhaft ist, abgebildet wird. Wenn von einer grundsätzlichen, durchaus in ihrer Ausführlichkeit variablen Kommunikation, zwischen Sozialdienst und kodierender Person ausgegangen wird, kommt die Zeit als weiterer wichtiger Faktor hinzu. Egal auf welcher Kommunikationsebene, mündlich oder schriftlich, muss der ausführenden Person mitgeteilt werden, welche Beratungsinhalte stattgefunden haben. Auch wenn in diesem Fall der Sozialdienst keine ausdrückliche Mehrarbeit hat, so findet doch eine zeitliche Belastung statt.

4.4 Standardisierte Dokumentationsverfahren

Im Einleitungstext zu dieser Fragengruppe wird für die Befragten kurz definiert, welche Schriftstücke den *standardisierten Dokumentationshilfen* zuzuordnen sind und welche nicht hierunter zählen (z. B. Formulare der DRV oder die arbeitnehmer*innenbezogene Dokumentation). Aufbauend auf dieser Definition liefern die analysierten Daten eine Antwort auf die Fragestellung, ob bei der Erstellung der klient*innenbezogenen Dokumentation auf Arbeitshilfen zurückgegriffen wird und falls ja, welcher Art diese sind.

Abbildung 22: Grundsätzliche Nutzung standardisierter Dokumentationshilfen



Anmerkung. Antwortende Personen = 197

Von den 197 Personen geben 32,0 Prozent (63) der Sozialdienstmitarbeitenden an, weder Anamnesebogen, Instrumente zur sozialen Diagnostik noch Textbausteine nutzen. Die Gründe hierfür lassen sich in der nächsten Abbildung ablesen.

Abbildung 23: Begründung für Nichtnutzung standardisierter Dokumentationshilfen

	Anzahl	Prozent
Wird von mir nicht gewünscht	7	15,6
Wird von höherer Stelle nicht gewünscht	7	15,6
Die Anwendung/Auswertung ist zu kompliziert	4	8,9
Zu zeitintensiv	4	8,9
Weiß nicht	26	57,8
Gesamt	48	106,7

Anmerkung. Antwortende Personen = 45; Mehrfachnennung möglich

Mehr als die Hälfte der Personen, nämlich 57,8 Prozent (26), die *keine standardisierten Dokumentationsmethoden* nutzen, wissen nicht, warum sie auf diese Möglichkeit verzichten. Eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik hat demnach noch nicht stattgefunden. Diese Zahlen

können sowohl als Informations- als auch als Reflexionsdefizit interpretiert werden. Die Chancen und Herausforderungen der Verwendung von standardisierten Dokumentationshilfen scheinen bislang innerhalb der Sozialdienste bzw. der Einrichtungen nicht näher thematisiert worden zu sein.

Die Auswertung der offenen Antworten auf die Frage nach den Gründen für die Nicht-Nutzung standardisierter Dokumentationsmethoden lässt sich in vier Hauptkategorien unterteilen.

Abbildung 24: Begründung für Nichtnutzung standardisierter Dokumentationshilfen; Offene Antworten

Kategorie	Anzahl	Freie Antworten
Verfügbarkeit	6	haben wir nicht id 149
		gibt es im KIS nicht id 11
		noch nicht integriert id 85
		steht mir nicht zur Verfügung id 144
		Wurde bisher nicht standardisiert eingeführt; erst seit kurzem Sozialdienstmodul für das KIS gekauft. Standardisierte Formulare gab es bisher keine id 163
		bisher keine Zeit, diese zu erstellen id 253
Vorhandene Standardisierungen	5	Handschriftlich von mir gefertigte Vordrucke, Im PC bereits vorgegeben durch Patientenverwaltungsprogramm, dort Doku sehr gut möglich id 172
		haben einen Klinikgruppenstandard id 220
		eigene erstellt id 123
		vieles würde doppelt erfasst werden. Rehabil. werden vor Anreise schon um Fragebögen gebeten die Berufsanamnese enthalten. Außerdem kann ich ohne Standartfragebogen gezielter das Notwendige erfassen. Sollte ein Sozialar. können;). id 121
		teils frei, teils Textbausteine, Patienten sind individuell id 20
Erstellung durch Medizin	3	Soziale und berufliche Anamnes wird sehr ausführlich bei der Ärztlichen Aufnahme erstellt id 217
		wird von medizinischer Seite gemacht id 176
		wird an anderer Stelle erfasst id 198
Sonstiges	3	Inhaltlich für unsere Klienten nicht optimal id 191
		sind mir nicht bekannt id 238
		nicht etabliert id 53

Die Tatsache, dass sechs Personen angeben, dass standardisierte Dokumentationshilfen nicht verfügbar sind, kann unterschiedliche Ursachen haben. Anhand der Antworten ist nicht zu er-

kennen, ob es sich um einen intendierten oder nicht intendierten Zustand handelt. Der spezifische Hinweis darauf, dass es bisher keine Zeit gab, diese Formulare zu erstellen, deutet zumindest darauf hin, dass die Personalkapazitäten und Prioritäten bisher anders gelagert waren. Die fünf Antworten in der Kategorie ‘Vorhandene Standardisierung’ zeigen, dass einige Fachkräfte Eigeninitiative ergriffen und individuelle Lösungen entwickelt haben. Diese reichen von handschriftlich gefertigten Vordrucken und Klinikgruppenstandards bis hin zu einer gemischten Nutzung von freien Texten und Textbausteinen. Die Warnung vor doppelter Erfassung und die Angabe „Inhaltlich für unsere Klienten nicht optimal“ (id 191) zeigen, dass von zwei Personen eine Standardisierung eher kritisch eingestuft wird. Drei Personen antworten, dass sie keine standardisierten Dokumentationshilfen nutzen, da die Medizin oder eine andere Berufsgruppe bereits hierüber verfügen. Aufgrund dieser Antworten kann gefolgert werden, dass standardisierte Dokumentationshilfen hier vermutlich mit der Sozial-/Berufsanamnese gleichgestellt werden.

Abbildung 25: Genutzte standardisierte Dokumentationshilfen

	Anzahl Prozent	
einrichtungsinterne Textbausteine	104	93,7
Würzburger Screening	32	28,8
SIMBO (Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation)	18	16,2
Anamnesebogen nach Dhom-Zimmermann	4	3,6
SIBAR (Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation)	4	3,6
Mini-ICF-APP	2	1,8
Inklusions-Chart	2	1,8
Netzwerkkarte	1	0,9
Gesamt	167	150,4

Anmerkung. Antwortende Personen = 111; Mehrfachnennung möglich; offene Antworten werden zum Teil in Anzahl berücksichtigt

Die von den Sozialdiensten *einrichtungsübergreifend genutzten standardisierten Dokumentationshilfen* lassen sich mengenmäßig auf einige wenige konzentrieren. Von besonderem Interesse ist, dass 93,7 Prozent (104) einrichtungsinterne Textbausteine verwenden. Die Möglichkeit einer offenen Antwort nutzen acht Personen, um anzugeben, dass sie selbst oder die Einrichtung eigene Anamnesebogen erstellt haben.

Der große Anteil selbst erstellter Textbausteine sowie Anamnesebogen zeigt deutlich, dass der Bedarf an Dokumentationshilfen auffallend ausgeprägt war bzw. ist. Der Nutzen selbst erstellter Textbausteine kann durchaus kontrovers diskutiert werden. Die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit solcher Textbausteine ist ein erheblicher Vorteil, da sie gezielt auf die spezifischen Bedürfnisse und Anforderungen des jeweiligen Sozialdienstes, der Einrichtung bzw. des Kostenträgers zugeschnitten werden können. Da die Textbausteine von den Fachkräften der Einrichtung erstellt werden, sollte darüber hinaus eine gewisse Fachlichkeit gesichert sein. Selbst formulierte Textbausteine sind zudem schneller angefertigt und auch zugänglicher, da hieran keine Personen außerhalb der eigenen Einrichtung mitarbeiten müssen, umständliche Planungs- und Abstimmungsprozesse somit entfallen. Es ist vorstellbar, dass sich die klient*innenbezogene Dokumentation innerhalb der Einrichtung somit transparenter und konsistenter zeigt. Der vermutliche größte Vorteil bietet sich den Anwender*innen durch eine erhöhte Effizienzsteigerung. Durch eine Simplifizierung des Dokumentationsvorgangs müssen immer wiederkehrende klient*innenbezogene Informationen nicht jedes Mal neu formuliert werden. Die hiermit eingesparte Zeit kann folglich anderweitig genutzt werden. Zu den Nachteilen gehört, dass zum einen zwischen den Textbausteinen in den verschiedenen Einrichtungen keine Vergleichbarkeit gegeben ist, weder innerhalb einer Indikation noch deutschlandweit. Zum anderen handelt es sich nicht um wissenschaftlich entwickelte Textbausteine. Dies erschwert die Vergleichbarkeit der Daten zwischen verschiedenen Institutionen und könnte herausfordernd für die Rehabilitationsträger sowie übergeordnete Analysen und Studien sein. Die Hintergründe des Entstehungsprozesses sind für Außenstehende wie z. B. Rehabilitand*innen intransparent und nicht nachvollziehbar. Sind die verwendeten Textbausteine das Ergebnis einer Einzelarbeit, einer einrichtungsinternen Arbeitsgruppe oder hat der Einrichtungsträger hierauf Einfluss genommen? Welche Ziele werden mit der Implementierung von Textbausteinen angestrebt? Werden diese im Rahmen des internen Qualitätsmanagementsystems weiterentwickelt? Weitere Fragen ergeben sich auch dahingehend, ob die selbst erstellten Textbausteine im Verlauf der Rehabilitation auf die einzelne zu rehabilitierende Person angepasst werden.

An zweiter Stelle steht das 2008 entwickelte Würzburger Screening. Dies wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der DRV entwickelt und „ist ein kurzes, reliables und valides Instrument, das indikationsübergreifend sowohl bei der Reha-Zugangssteuerung durch die sozialmedizinischen Dienste als auch bei der Aufnahmeuntersuchung in Rehabilitationseinrichtungen eingesetzt werden kann“ (Löffler, Wolf & Vogel, 2008b). Der, zumindest im Vergleich zu den anderen standardisierten Verfahren, hohe Nutzungsgrad resultiert unter anderem vermutlich aus der Tatsache, dass die DRV die Nutzung eines Screening-Instruments ausdrücklich empfiehlt, und beispielhaft hierzu auch das Würzburger Screening in ihren Publikationen vorstellt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019a, S. 14).

Insgesamt entfallen 56,7 Prozent (63) auf ein standardisiertes Dokumentationsverfahren, welches wissenschaftlich begleitet bzw. empirisch erprobt wurde. Der größte Anteil der Befragten zieht jedoch die einrichtungsinternen Textbausteine vor und hat sich folglich mehr oder weniger bewusst für Dokumentationshilfen entschieden die keinen bzw. nur einen geringen Grad an Validierung bieten. Daraus lässt sich folgern, dass die Aspekte Vereinfachung sowie Zeiterparnis als sehr wichtig wahrgenommen werden und Faktoren wie Vergleichbarkeit, Transparenz sowie wissenschaftliche Begleitung bei der Entscheidungsfindung eher eine nachrangige Rolle spielen.

In einem weiteren Schritt wird untersucht, inwieweit die Trägerschaft der Einrichtungen mit der Häufigkeit der Verwendung standardisierter Dokumentationshilfen zusammenhängt. Mit Blick auf das Ergebnis wird deutlich, dass Sozialdienste, welche sich in Einrichtungen unter freigemeinnütziger Trägerschaft befinden, am häufigsten für den Rehabilitand*innenkontakt standardisierte Dokumentationshilfen nutzen (78,6 %). An zweiter Stelle stehen die privaten Institutionen mit einer Verwendungsrate von 68,4 Prozent. Von den Rehabilitationseinrichtungen in öffentlicher Hand ziehen lediglich 51,4 Prozent standardisierte Dokumentationshilfen für die tägliche Arbeit heran. Der exakte Test nach Fisher gibt einen p-Wert von 0,101 an. Demzufolge liegt keine Signifikanz vor. Bei der Untersuchung der Nutzung standardisierter Dokumentationshilfen zeigt sich jedoch eine Tendenz. In einem nächsten Schritt soll diese Tendenz differenzierter untersucht werden, indem insbesondere die Verwendung von Textbausteinen, als spezifische Form der standardisierten Dokumentationshilfen, näher betrachtet wird.

4.4.1 Hypothesengestützte Analyse: Textbausteine

Ein Textbaustein ist ein im Vorfeld formulierter Text(-abschnitt). Dieser kann beispielsweise in einen Bericht oder Protokoll, immer wieder verwendet werden. Das Ziel ist es, die immer wiederkehrende Formulierungsarbeit zu vereinfachen und somit zu beschleunigen. Zudem können durch die Verwendung vergleichbare Formen der rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation auf der internen Einrichtungsebene geschaffen werden. Die Verwendung von Textbausteinen in ärztlichen Berichten ist allseits gebräuchlich und üblich. Sie dient unter anderem der Sicherstellung, dass alle notwendigen Inhalte erfasst werden, und erfolgt in der Regel in einer rechtssicheren Formulierung. Im Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation positioniert sich die DRV bezüglich der Verwendung von Textbausteinen. Sie empfiehlt „Textbausteine mit stereotypem Inhalt und die Beschreibung des Konzeptes (.) zu vermeiden“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2021a, S. 9). Stattdessen soll „die jeweilige Persönlichkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie die Problematik bestehender Funktionsstörungen vor dem Hintergrund von Alltags- und Arbeitswelt (...) in einer kurzen Übersicht deutlich werden“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2021a, S. 9). Vor diesem Hintergrund werden die folgenden Hypothesen (H) entwickelt.

H₁: Wenn die Einrichtung einen privaten oder freigemeinnützigen Träger hat, dann verwendet der Sozialdienst häufiger einrichtungsinterne Textbausteine.¹⁵¹

H₀: Die Trägerschaft der Einrichtung hat keinen Einfluss darauf, wie häufig der Sozialdienst einrichtungsinterne Textbausteine nutzt.

¹⁵¹ Sowohl für H₁ als auch H₀ gilt hierbei folgendes: Unabhängige Variable: F10Traeger; Abhängige Variable: F52WelcheDokuHilfen_2

Abbildung 26: Träger und die Nutzung von einrichtungsinternen Textbausteinen

		Welche standardisierten Dokumentationshilfen nutzen Sie? [einrichtungsinterne Textbausteine]		Gesamt
		Nicht gewählt	Ja	
Wer ist der Träger Ihrer Rehabilitationseinrichtung?	Anzahl	11	79	90
	Private Trägerschaft	12,2%	87,8%	100,0%
	Anzahl	1	10	11
	Freigemeinnützige Trägerschaft	9,1%	90,9%	100,0%
	Anzahl	7	11	18
	Öffentliche Trägerschaft	38,9%	61,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	19	100	119
	% von Wer ist der Träger Ihrer Rehabilitationseinrichtung?	16,0%	84,0%	100,0%

Bei der Erhebung geben 87,8 Prozent der Sozialdienste in privater und 90,9 Prozent in freigemeinnütziger Trägerschaft an, einrichtungsinterne Textbausteine zu nutzen. Bei öffentlichen Trägern beträgt dieser Wert 61,1 Prozent. Hieraus errechnet sich nach dem exakten Test nach Fisher ein p-Wert von 0,021. Dieser wird als sehr signifikant eingestuft. H_1 ist verifiziert, während H_0 verworfen wird.

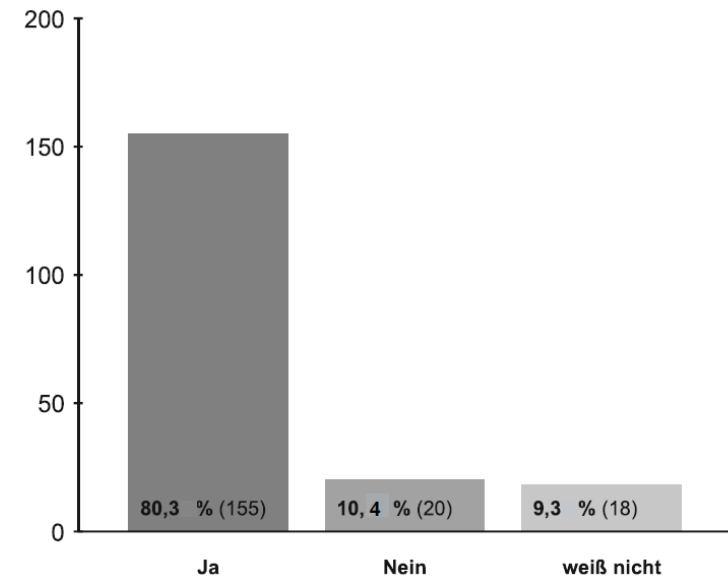
Die Untersuchungsergebnisse verdeutlichen, dass die Trägerschaft einer Einrichtung signifikanten Einfluss auf die Nutzung von einrichtungsinternen Textbausteinen durch den Sozialdienst hat. Diese Hilfsmittel werden von privaten und freigemeinnützigen Einrichtungen deutlich häufiger genutzt als von öffentlichen Trägern. Diese Unterschiede können auf verschiedene strukturelle und organisatorische Faktoren hinweisen. Es erscheint naheliegend, dass freigemeinnützige und private Einrichtungen, die oft unter stärkerem wirtschaftlichem Druck stehen, proaktiv nach effizienteren Arbeitsmethoden suchen, um ihre Ressourcen optimal einzusetzen.

In diesem Zusammenhang stellen Textbausteine ein Mittel dar, um den Dokumentationsprozess zu standardisieren und folglich Kosten und Zeit einzusparen. Dies impliziert, dass freigemeinnützige und private Einrichtungen möglicherweise flexibler in der Adaption von Dokumentationsmethoden sind, um Effizienz und Einheitlichkeit zu gewährleisten. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass diese Träger stärker darauf angewiesen sind, wirtschaftlich zu agieren. Darüber hinaus lassen sich kulturelle Aspekte der jeweiligen Trägerschaft nicht außer Acht lassen. Hierzu kann eine ausgeprägtere Innovationskultur gehören, das heißt, dass beispielsweise neue Technologien schneller implementiert werden. Denkbar ist, dass der Einsatz von Textbausteinen sowohl die Effizienz als auch die Qualität erhöhen bzw. sichern könnte, da konsistente und intern geprüfte Formulierungen verwendet werden. Im Gegensatz dazu könnten öffentliche Einrichtungen weniger flexibel agieren oder an strengeren Richtlinien gebunden sein, die den Einsatz von Textbausteinen stärker regulieren. Eine Bewertung dieser Nutzung aus sozialarbeiterischer Perspektive erweist sich als herausfordernd. Die sozialarbeiterische Sichtweise beinhaltet den bio-psycho-sozialen Ansatz und fokussiert sich in diesem Handlungsfeld tendenziell stärker auf das Individuum. Um eine fundierte Bewertung auf dieser Ebene vorzunehmen, bedarf es jedoch weiterführenden Studien, die in die qualitativen Inhalte der klient*innenbezogenen Dokumentation eintauchen.

4.5 Ärztlicher Entlassungsbericht und Verlaufsdokumentation

Dieser Abschnitt widmet sich der Beantwortung der Frage, welche Bedeutung die klient*innenbezogene Dokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht einnimmt. Die Ergebnisse der Erhebung zeigen hierbei deutliche Unterschiede bei der Beantwortung der Frage, ob sich in der Regel die *vom Sozialdienst verfassten Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht wiederfinden*.

Abbildung 27: Sozialdienstdokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht



Anmerkung. Antwortende Personen = 193

Auf die Frage, ob sich vom Sozialdienst verfasste Inhalte dort wiederfinden, verneinen dies 10,4 Prozent (20) der Befragten, und weitere 9,3 Prozent (18) geben an, dies nicht zu wissen. Für die Rehabilitand*innen bedeutet dies im schlechtesten Fall, dass keinerlei Informationen vom Sozialdienst an deren Ärzt*innen und Nachbehandler*innen sowie an die DRV übermittelt werden. Auf die darauffolgende Frage, *warum sich ihre Inhalte in der Regel nicht im ärztlichen Entlassungsbericht wiederfinden*, antworten lediglich 13 Personen.

Abbildung 28: Begründung für fehlende Sozialdienstdokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht

	Anzahl Prozent	
Wird von höherer Stelle nicht gewünscht	8	61,5
Die technische Umsetzung ist (zu) schwierig	3	23,1
Wird von mir nicht gewünscht	1	7,7
Weiß nicht	4	30,8
Gesamt	16	123,1

Anmerkung. Antwortende Personen = 13; Mehrfachnennung möglich

61,5 Prozent geben an, dass es von höherer Stelle nicht gewünscht sei, dass sich ihre Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht wiederfinden. Eine weitere quantitative Auswertung ist aufgrund

der geringen Fallzahl schwierig. Darüber hinaus werden acht offene Antworten gegeben, welche weitergehende Informationen bezüglich der Motive liefern. Diese können in zwei Kategorien eingeordnet werden: Mediziner*innen sowie Differenzierung. Drei der befragten Personen geben an, dass ein Zusammenhang zwischen der Berufsgruppe der Mediziner*innen und der Berücksichtigung der Inhalte im Entlassungsbericht besteht. Der Blick auf die Zusammenarbeit und Berücksichtigung von Inhalten im ärztlichen Entlassungsbericht ist eher kritisch, wie es in den Zitaten deutlich wird. So wird beispielsweise bemängelt: „Zu wenig Beachtung durch Entlassbrief schreibende Ärzte“ (id 282) oder „Anpassung meines Berichtes für den E-Bericht für den Stationsarzt oft zu aufwändig“ (id 158). Die Kritik wird weiter durch die Aussage unterstrichen: „Sehr unterschiedlich, kommt auf die Relevanz und den Arzt [an], der für die Zusammenführung der einzelnen Abteilungsberichte zuständig ist“ (id 121). Eine Person bezieht sich auf die Sicht der Rehabilitand*innen und schreibt „Patienten wünschen es oft nicht, weil die Inhalte oft ans Eingemachte gehen und wer möchte schon, dass alle Leser über die finanzielle Situation etc. Bescheid wissen“ (id 20).

In einer weiteren Testung¹⁵² wird untersucht, ob die Trägerschaft einen Einfluss auf die Häufigkeit hat, in der sich vom Sozialdienst verfasste Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht wiederfinden. Die Einbindung von Inhalten zeigt marginale Unterschiede: Bei freigemeinnützigen und privaten Trägern werden Inhalte zu 90,9 % bzw. 90,7 % integriert, bei öffentlichen Trägern zu 80,0 %. Der Signifikanztest ergibt einen p-Wert von 0,230, was nicht signifikant ist. Folglich lässt sich feststellen, dass die Trägerschaft der Einrichtungen keinen signifikanten Einfluss auf die Häufigkeit der Integration von Sozialdienstinhalten in ärztliche Entlassungsberichte ausübt. Dies deutet darauf hin, dass in diesem Bereich eher andere Faktoren, wie beispielsweise institutionelle Richtlinien oder individuelle Praktiken der Sozialdienste, eine Rolle spielen könnten, die unabhängig von der Trägerschaft variieren.

Im Rahmen der Untersuchung wird die Frage gestellt: "Wie sicher fühlen Sie sich bei der Erstellung der Dokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht in Bezug auf verschiedene Aspekte?". Die Befragten sollen ihre Sicherheit bei der Platzierung ihrer Inhalte, der Relevanz der eigenen Beratungsinhalte für die DRV, dem Datenschutz und dem Nutzen für die Rehabilitanden*innen bewerten. Die folgende Abbildung fasst die Ergebnisse zusammen.

¹⁵² Unabhängige Variable: F10Traeger; Abhängige Variable: F60InhalteEBericht; 170 (N) Antworten werden berücksichtigt.

Abbildung 29: Sicherheitsgefühl bei der Erstellung der Sozialdienstokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht

Gruppe >	... die Platzierung Ihrer Inhalte	... die Relevanz der eigenen Beratungsinhalte für die DRV	... den Datenschutz	... den Nutzen für den Rehabilitanden
✓ Sicherheit	Anzahl (Prozent)	Anzahl (Prozent)	Anzahl (Prozent)	Anzahl (Prozent)
sehr sicher	63 (43,2)	44 (30,1)	60 (40,5)	38 (25,7)
eher sicher	61 (41)	57 (39,0)	62 (41)	70 (47,3)
eher unsicher	14 (9,6)	41 (28,1)	22 (14,9)	34 (23,0)
sehr unsicher	8 (5,5)	4 (2,7)	4 (2,7)	6 (4,1)

Die Daten geben das *Sicherheitsgefühl der Sozialdienstmitarbeitenden in Bezug auf die Platzierung ihrer Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht* an. Insgesamt 85,0 Prozent der Befragten kreuzen an, sich entweder ‘sehr sicher’ (43,2 %) oder ‘eher sicher’ (41,8 %) dabei zu fühlen. Dies deutet darauf hin, dass die Mehrheit der Sozialdienstmitarbeitenden großes Vertrauen in ihre Fähigkeit hat, ihre Berichte adäquat und korrekt im Entlassungsbericht zu platzieren. Insgesamt weisen die Zahlen darauf hin, dass trotz des hohen Sicherheitsgefühls der Mehrheit der Sozialdienstmitarbeitenden eine nicht unerhebliche Minderheit (15,1 %) unsicher ist. Diese Unsicherheiten könnten durch unklare Prozesse oder variierende Standards bei der Einbindung der Inhalte in den ärztlichen Entlassungsbericht verursacht werden.

In Bezug auf die Sicherheit hinsichtlich der *Relevanz der eigenen Beratungsinhalte für die DRV* ordnen sich 69,1 Prozent den Kategorien ‘sehr sicher’ (30,1 %) oder ‘eher sicher’ (39,0 %) zu. Die restlichen Antwortoptionen wählen 30,8 Prozent der Personen aus und bezeichnen sich in Bezug auf die Fragestellung als ‘eher unsicher’ oder ‘sehr unsicher’. Diese Daten machen deutlich, dass, obwohl eine Mehrheit der Sozialdienstmitarbeitenden sicher ist, dennoch ein Drittel der Befragten Unsicherheiten aufweist.

Ferner zeigen die Ergebnisse die *Anwendungssicherheit der Befragten in Bezug auf den Datenschutz*. Von den befragten Personen fühlen sich 40,5 Prozent (60) ‘sehr sicher’ und 41,9 Prozent (62) ‘eher sicher’. Andersherum, 14,9 Prozent (22) geben an, sich ‘eher unsicher zu fühlen’, und 2,7 Prozent (4) fühlen sich ‘sehr unsicher’. Damit ergibt sich ein Gesamtbild, bei dem

82,4 Prozent der Befragten ein hohes Maß an Sicherheit in Bezug auf den Datenschutz empfinden. Die Interpretation dieser Daten zeigt, dass trotz der Vielfalt und Komplexität der verschiedenen Datenschutzbestimmungen eine große Mehrheit der Befragten eine hohe Sicherheit bezüglich der praktischen Anwendung empfindet.

Die Daten geben Aufschluss über das Sicherheitsgefühl *der Befragten hinsichtlich des Nutzens der eigenen Dokumentation für die zu rehabilitierende Person*. Es zeigt sich, dass insgesamt 73,0 Prozent der Befragten sich sicher sind, dass die sozialdienstliche Dokumentation einen Nutzen für die zu rehabilitierende Person hat. Auf der anderen Seite gibt es 27,1 Prozent der Sozialdienstmitarbeitenden, die sich hinsichtlich des Nutzens unsicher sind. Der hohe Anteil an Unsicherheit unter einem Viertel der Befragten kann auf potenzielle Herausforderungen hinweisen, die möglicherweise durch das Fehlen von Rückmeldungen – sowohl von den Rehabilitand*innen selbst als auch von der DRV – nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation verursacht werden.

Bei der Frage, ob sich vom Sozialdienst verfasste Inhalte regelmäßig im ärztlichen Entlassungsbericht wiederfinden, handelt es sich um eine Filterfrage. Jene, die diese Frage bejaht haben, sollen im nächsten Schritt die *Relevanz dieser Inhalte für verschiedene Zielgruppen* auf einer vierstufigen Skala bewerten.

Abbildung 30: Relevanz der angefertigten Dokumentation

Gruppe ►	Für Sie	Für das Sozialdienstteam	Für den/die Rehabilitanden*in	Für andere Berufsgruppen in Ihrer Einrichtung	Für die DRV
▼ Relevanz	Anzahl (Prozent)	Anzahl (Prozent)	Anzahl (Prozent)	Anzahl (Prozent)	Anzahl (Prozent)
sehr hohe Relevanz	58 (40,0)	47 (32,6)	43 (29,5)	27 (18,5)	34 (23,5)
hohe Relevanz	71 (49,0)	75 (52,1)	74 (50,7)	84 (57,5)	66 (45,5)
geringe Relevanz	14 (9,7)	15 (10,4)	25 (17,1)	33 (22,6)	40 (27,6)
sehr geringe Relevanz	2 (1,4)	7 (4,9)	4 (2,7)	2 (1,4)	5 (3,5)

Die Untersuchungsergebnisse zeigen eine differenzierte Wahrnehmung der Relevanz der vom Sozialdienst verfassten Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht für verschiedene Zielgruppen. Die Inhalte scheinen für die unmittelbaren Akteur*innen – die Befragten selbst und das Sozialdienstteam – besonders relevant zu sein, was sich in den hohen und sehr hohen Relevanzwerten zeigt. Dies könnte darauf hinweisen, dass die Inhalte besonders auf die internen Arbeitsabläufe abgestimmt sind und Informationen enthalten, die für die tägliche Arbeit im Sozialdienst von großer Bedeutung sind. Bezogen auf die Rehabilitanden*innen wird eine etwas geringere Relevanz festgestellt. Für andere Berufsgruppen innerhalb der Einrichtung bewerten 57,5 Prozent (84) der Personen die Inhalte als hoch relevant, jedoch nur 18,5 Prozent (27) als sehr hoch relevant. Schließlich wird die Relevanz der Inhalte für die DRV von 45,5 Prozent (66) der Befragten hoch und von 23,5 Prozent (34) sehr hoch eingeschätzt, was im Vergleich zu den anderen Zielgruppen die geringsten Werte darstellt.

Die folgende Abbildung beantwortet die Fragestellung "*Wer darf in der Regel Ihre Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht lesen?*". Es werden sowohl die geschlossenen als auch ein Teil der offenen Antworten dargestellt¹⁵³.

¹⁵³ Bei der Prüfung der Plausibilität zeigt sich, dass zehn Personen die Antwortmöglichkeit 'ausschließlich Sie' wählten, jedoch anschließend noch weitere Merkmalsausprägungen derselben Frage ankreuzten. Dies stellt einen Widerspruch dar. Aus diesem Grund wird diese Antwortoption in den weiteren Auswertungen nicht berücksichtigt.

Abbildung 31: Leseberechtigung in Bezug auf die Sozialdienstokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht

	Anzahl	Prozent
die Ärztinnen/die Ärzte	142	95,9
der einrichtungsinterne Sozialdienst	128	86,5
der/die Psycholog*innen	118	79,7
das Pflegepersonal	83	56,1
der/die Physiotherapeut*innen	78	52,7
der/die Rehabilitand*in (zu dem Zeitpunkt noch zur medizinischen Rehabilitation vor Ort)	26	17,6
Reha-Team/alle Mitarbeiter*innen	10	6,8
Schreibdienst	5	3,4
Ergotherapeut*innen	2	1,4
Weiß nicht	5	3,4
Gesamt	597	403,5

Anmerkung. Antwortende Personen = 148; Mehrfachnennung möglich; offene Antworten werden zum Teil in Anzahl berücksichtigt

Die Daten zeigen, dass 95,9 Prozent (142) der Ärzt*innen eine Leseberechtigung haben, gefolgt von 86,5 Prozent (128) des einrichtungsinternen Sozialdienstes. Hierbei wird deutlich, dass fast alle Ärzt*innen die Sozialdienstokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht lesen dürfen. Selbst der Prozentsatz der Personen, die ihre Dokumentation dem eigenen Sozialdienstteam zur Verfügung stellen, liegt noch knapp zehn Prozentpunkte darunter. Dies lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass die Ärzt*innen in allen medizinischen Rehabilitationseinrichtungen den Entlassungsbericht formulieren und mit ihrer Unterschrift die Verantwortung für diesen Bericht übernehmen. Die Daten unterstreichen somit die zentrale Rolle dieser Berufsgruppe hinsichtlich der klient*innenbezogenen Dokumentation.

Nur 17,6 Prozent (26) der Rehabilitand*innen, die sich noch in der medizinischen Rehabilitation befinden, dürfen die klient*innenbezogene Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht lesen. Dieser geringe Prozentsatz spiegelt sich in einer offenen Antwort wider, in der

angegeben wird, dass „alle außer [der] Rehabilitand“ (id 229) auf die Aufzeichnungen zugreifen dürften. Das Ergebnis kann auch dahingehend gelesen werden, dass kaum Rehabilitand*innen von ihrem Recht Gebrauch machen, Einsicht in ihre Akte zu nehmen, obwohl das Patientenrechtegesetz (§§ 630 a BGB ff) ihnen dieses Recht garantiert. Der Wert für die Ergotherapeut*innen liegt mit 1,4 Prozent (2) am niedrigsten. In den offenen Antworten werden zudem noch das Reha-Team als Ganzes mit 6,8 Prozent (10) sowie der Schreibdienst¹⁵⁴ mit 3,4 Prozent (5) aufgezählt. Zudem geben 3,4 Prozent (5) an, sich unsicher zu sein, wer ihre Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht lesen darf.

Bei der Auswertung der offenen Antworten zeigen sich bei zwei Personen Unsicherheiten bezüglich der Zugriffsrechte. Dies wird erkennbar bei der Angabe „unklar [ist], ob [der] Physiotherapeut“ (id 65) die eigene Dokumentation lesen durfte und bei der Bemerkung „so weit ich weiß, alle MA“ (id 142). Eine weitere Person gab an, dass bei ihrem Arbeitgeber eine „differenzierte Doku mit geteilten Zugriffsrechten“ (id 259) existiere.

Die von der DRV betonte Relevanz des Reha-Teams und die Bedeutung der Zusammenarbeit spiegeln sich nur teilweise in den Leseberechtigungen wider, unabhängig davon, ob diese über EDV-Systeme oder in Papierakten geregelt sind. Insbesondere die regelhaft nicht oder noch nicht flächendeckend akademisch geprägten Berufe haben deutlich weniger Zugriff auf die klient*innenbezogene Dokumentation des Sozialdienstes. Die eingeschränkten Leserechte können die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Qualität der medizinischen Rehabilitation beeinträchtigen. Infolgedessen kann es zu Spannungen und Unzufriedenheit innerhalb des Reha-Teams führen, da nicht alle Personen den gleichen Zugang zu Informationen haben. Informationen, die nicht zugänglich sind, können in ihrer Bedeutung für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Entscheidungsfindung schwer erkannt oder genutzt werden.

Die Frage, ob im Sozialdienst eine *Trennung zwischen der Verlaufsdokumentation und der Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht* stattfindet, wird im Folgenden beantwortet. Den Befragten wurde hierbei der Hinweis gegeben, dass die Verlaufsdokumentation rehabilitand*innenbezogene Angaben zu persönlichen Gesprächen, Telefonaten und Schriftverkehr mit Dritten umfassen kann.

¹⁵⁴ In medizinischen Einrichtungen übernimmt der Schreibdienst oft die Aufgabe, ärztliche Berichte, Notizen und Entlassungsberichte zu transkribieren oder zu bearbeiten und dabei sicherzustellen, dass diese Dokumente korrekt und professionell formatiert sind. Je nach Einrichtung gehört der Schreibdienst dieser an oder es handelt sich um einen privaten Anbieter, der im Auftrag der Einrichtung handelt.

Abbildung 32: Trennung zwischen Verlaufsdokumentation und Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	127	67,6
	Nein	52	27,7
	Weiß nicht	9	4,8
Gesamt		188	100,1

Die erhobenen Daten zeigen, dass eine deutliche Mehrheit eine Trennung zwischen der Verlaufsdokumentation und der Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht vornimmt. Dies weist auf eine weit verbreitete Praxis und möglicherweise etablierte administrative Abläufe hin. Alle Personen, die diese Frage bejaht haben, wurden genauer befragt, und zwar danach, *wer ihre Verlaufsdokumentation lesen darf*.

Abbildung 33: Leseberechtigung Verlaufsdokumentation

	Anzahl	Prozent
Der einrichtungsinterne Sozialdienst	103	92,8
Die Ärztinnen/die Ärzte	82	73,9
Der/die Psycholog*innen	70	63,1
Das Pflegepersonal	58	52,3
Der/die Ergotherapeut*innen	52	46,8
Der/die Physiotherapeut*innen	50	45,0
Weiß nicht	2	1,8
Gesamt	417	375,7

92,8 Prozent (103) der Befragten geben an, dass der einrichtungsinterne Sozialdienst die Verlaufsdokumentation einsehen darf. Die Interpretation dieses Werts stellt eine Herausforderung dar. Ungewiss bleibt, ob bei den Befragten, die diese Antwortoption nicht ausgewählt haben,

ein unterschiedliches Verständnis der Fragestellung vorliegt oder ob diese möglicherweise keine Sozialdienstkolleg*innen in ihrer Einrichtung haben und als Einzelkämpfer*in tätig sind. Grundsätzlich erschweren Urlaubs- sowie Krankheitsvertretungen die Arbeitsabläufe erheblich, wenn kein Zugang zur Verlaufsdokumentation gewährleistet ist. Die Ärzt*innen dürfen die Dokumentation bei 73,9 Prozent (82) der Befragten lesen. Hier spiegelt sich die bedeutende Rolle der Medizin wider, denn keine weitere Berufsgruppe erreicht vergleichbar hohe Zugriffsberechtigungen. Die Zugriffsberechtigungen innerhalb des Reha-Teams fallen deutlich geringer aus.

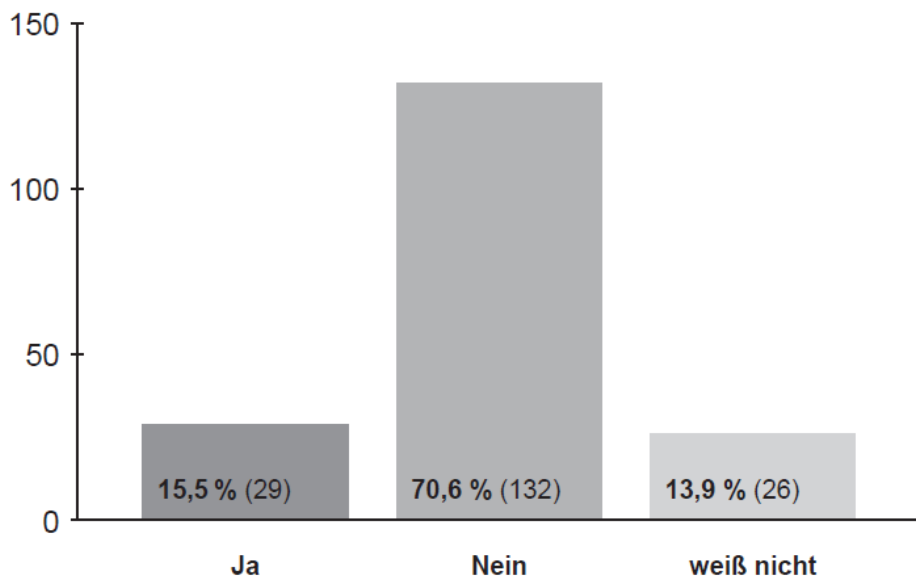
Darüber hinaus haben 13 Sozialdienstmitarbeitende das Freifeld zur Meinungsäußerung genutzt. Hier zeigt sich ein heterogenes Bild der Zugangsberechtigungen zur Verlaufsdokumentation. Während in manchen Fällen der Zugriff weitreichend ist und auch Personal umfasst, welches nicht zum Reha-Team gehört, wie beispielsweise "alle mit Zugang zum KIS, z.B. auch Hauswirtschaft" (id 11), ist er in anderen Fällen streng limitiert. So erfolgt die „Verlaufsdoku. handschriftlich, nicht von anderen einsehbar, die Doku für die DRV (Beratungsinhalte, Fazit) erfolgt im KIS, für alle einsehbar“ (id 87). Der Zugriff kann ebenfalls durch den Dokumentationsstatus geregelt sein: „handschriftliches nur ich selbst, alles im PC für [...] alle Mitarbeiter“ (id 172). Die Vielfalt der Antworten zeigt die unterschiedlichen Praktiken und Richtlinien, die innerhalb der Einrichtungen zur Anwendung kommen. Die Handhabung der Zugriffsrechte, die sowohl vom verfassenden Individuum als auch von der Organisation bestimmt werden kann, beeinflusst maßgeblich die Transparenz der sozialdienstlichen Arbeit. Zudem kann die Vermutung, dass auf handschriftliche Dokumentationen tendenziell weniger Personen Zugriff haben, anhand der freien Antworten vorsichtig gestützt werden. Hinsichtlich der Fragestellung kann kritisch angemerkt werden, dass die Antwortoption 'der/die Rehabilitand*in' nicht zur Verfügung stand, in den offenen Antworten jedoch auch nicht von den Befragten genannt wurde. In einem direkten Vergleich der Zugriffsberechtigungen der sozialdienstlichen Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht sowie für die Verlaufsdokumentation wird deutlich, dass der ärztliche Entlassungsbericht eine höhere Zahl an Berechtigungen aufweist. Dies steht im Einklang mit der hervorgehobenen Position des ärztlichen Entlassungsberichts innerhalb der Einrichtungen sowie der DRV. Grundsätzlich kritisch zu hinterfragen sind jedoch die Rechte des Reha-Teams, abseits der Medizin, hinsichtlich der Zugriffsregelungen. Die von der DRV oft propagierte Relevanz der weiteren Berufsgruppen spiegelt sich nicht in den Zugriffsrechten wider. Die Professionen, bei denen ein Studium erforderlich ist, also die Medizin sowie die Psychologie, haben mehr Zugriffsrechte als die üblicherweise ausbildungsabhängigen Berufe.

Dies auf unterschiedliche Kontaktzeiten mit den Rehabilitand*innen zurückzuführen, ist nicht zielführend, da beispielsweise Angehörige der Pflege weitaus mehr Zeit mit der zu rehabilitierenden Person verbringen als die Psycholog*innen. Vielmehr können die unterschiedlichen Zugriffsrechte auf hierarchische Strukturen und Machtverhältnisse innerhalb der Institutionen hinweisen. Ärzt*innen und Angehörige anderer Berufe, die auf einem Studium basieren, besitzen möglicherweise mehr Einfluss auf organisatorische Entscheidungen und erhalten daher größere Zugriffsberechtigungen. In vielen Einrichtungen gibt es etablierte Normen und Gewohnheiten, die den Zugang zu Informationen und die Verteilung von Zugriffsrechten prägen. Solche traditionellen Strukturen und Machtverhältnisse können dazu führen, dass bestimmte Berufsgruppen bevorzugt werden, während andere, die möglicherweise ebenso relevant für die rehabilitative Versorgung sind, weniger Zugriffsrechte erhalten. Hieraus kann dann eine fragmentarische oder verspätete Kommunikation, sowohl im Reha-Teams als auch mit den Rehabilitand*innen, resultieren. Darüber hinaus können die vorherrschende Hierarchie und die ungleiche Verteilung von Zugriffsrechten eine demotivierende Arbeitsatmosphäre zur Folge haben. Wenn Angehörige von Berufsgruppen das Gefühl haben, dass ihre Beiträge und fachlichen Kompetenzen nicht als gleichwertig anerkannt und in die Versorgung einbezogen werden, kann dies zu verminderter Arbeitszufriedenheit führen, was ebenfalls negative Auswirkungen auf die Qualität der Rehabilitand*innenversorgung haben kann. Auch eine mögliche Erklärung der Daten im Hinblick auf den Datenschutz greift nicht, da alle aufgeführten Personen, mit Ausnahme des Hauswirtschaftspersonals, einen klaren Auftrag zur medizinischen Rehabilitation des Individuums haben. In den datenschutzrechtlichen Ausführungen wird zudem keine berufsgruppenspezifische Unterscheidung vorgenommen, was die Relevanz dieser Argumentation weiter mindert. Es kann resümiert werden, dass der Anspruch einer ganzheitlichen, am bio-psycho-sozialen Modell ausgerichteten Rehabilitation folglich nicht vollständig erfüllt werden kann, da einzelnen Berufsgruppen ohne nachvollziehbaren Erklärungsansatz Informationen zur rehabilitativen Versorgung der Rehabilitand*innen vorenthalten werden.

4.6 ICF

Die untenstehenden Daten erfassen die Antworten auf die Frage, *ob zu Dokumentationszwecken die ICF verwendet* wird. Bei der Erhebung wurde zudem noch angeführt, dass es unerheblich sei, um welche Art von rehabilitand*innen bezogener Dokumentation es sich handelt.

Abbildung 34: Verwendung der ICF zu Dokumentationszwecken



Anmerkung. Antwortende Personen = 187

Bei dieser Abbildung stechen zwei Werte besonders hervor. Zum einen 70,6 Prozent (132) aller Befragten die zu Dokumentationszwecken nicht die ICF verwenden und zum anderen 13,9 Prozent (26) die nicht wissen, ob sie diese verwenden. Wobei eine zufällige, nicht intendierte Nutzung der ICF nicht denkbar ist, da ihre Anwendung regelhaft eine thematische Auseinandersetzung erfordert. Es wird deutlich, dass die Nutzung der ICF in der klient*innenbezogenen Dokumentationspraxis nicht weit verbreitet ist. Die Tatsache, dass mehr als jeder achte Befragte unsicher darüber ist, ob sie oder er die ICF benutzt oder nicht, könnte auf mehrere Faktoren hinweisen: mangelnde Integration in bestehende Dokumentationssysteme oder möglicherweise generelles Unwissen darüber, was die ICF ist und wofür sie verwendet werden kann. Welche Beweggründe dafür vorliegen, dass die *ICF nicht zu Dokumentationszwecken genutzt* wird, zeigt die nächste Abbildung auf.

Abbildung 35: Begründung für Nichtnutzung ICF

	Anzahl	Prozent
War bislang nicht notwendig	58	48,7
Unklare Vorgaben von Seiten des Kostenträgers	16	13,4
Zu wenig Zeit	16	13,4
Wird von höherer Stelle nicht gewünscht	14	11,8
Die Umsetzung ist zu kompliziert	12	10,1
Wird von mir nicht gewünscht	4	3,4
Weiß nicht	41	34,5
Gesamt	161	135,3

Anmerkung. Antwortende Personen = 119

Interessanterweise wissen 34,5 Prozent (41) der Befragten nicht, warum die ICF nicht genutzt wird. Dies offenbart eine erhebliche Wissenslücke und mangelnde Reflexion über die ICF an sich sowie ihre potenzielle Bedeutung und Verwendung. Die offenen Antworten unter ‘sonstiges, und zwar’ spiegeln teilweise die völlige Unkenntnis bezüglich der ICF wider. Eine Person fragt „was ist das?“ (id 88), eine weitere schreibt „kenne ich nicht“ (id 49) und zwei weitere kommentieren mit „nicht eingearbeitet“ (id 229) sowie „wir benutzen die KTL“ (id 20). Beim letzten Kommentar zeigt sich, dass die Person vermutlich die vollständig unterschiedlichen Klassifikationen ICF und KTL als miteinander austauschbar betrachtet. Eine Sozialdienstkraft bekennt „habe mich nicht damit auseinandergesetzt“ (id 280). Es wird auch Bezug auf die Zuständigkeiten genommen, so wird angemerkt „nicht mein Ressort als Pädagogin/Sozialarbeiterin“ (id 104) sowie „war bislang nicht Teil des Arbeitsauftrags“ (id 162). Ebenso schreibt eine Person folgendes „wurde noch nie thematisiert; völliges Chaos bei der bisherigen Dokumentation durch die vorherige Leitung“ (id 163). Eine Sozialdienstkraft gibt an, dass die „Software dafür ungeeignet“ (id 152) sei. Die Interpretation der Daten zeigt Hindernisse und Unsicherheiten bei der Anwendung der ICF auf. Bislang scheint von Seiten der Sozialarbeiter*innen schlichtweg keine Notwendigkeit erkannt worden zu sein, warum die ICF bei der klient*innenbezogenen Dokumentation zu verwenden ist. Es lässt sich resümieren, dass sich die Klassifikation seit 2001 bisher kaum in der klient*innenbezogenen Dokumentation niedergeschlagen hat.

Die unklaren Vorgaben vom Kostenträger und die Angabe von Zeitmangel deuten auf systemische und organisatorische Barrieren hin. Auf eine bewusste Entscheidung innerhalb der Einrichtung deutet die Antwort hin, dass eine Anwendung von höherer Stelle nicht gewünscht sei. Dies kann möglicherweise auf eine mangelnde Überzeugung von der Nützlichkeit der ICF oder auf bürokratische Hürden zurückzuführen sein. Um ein genaueres Bild der Anwendungspraxis zu erhalten, zeigt die nächste Abbildung die verschiedenen *Formen der Nutzung der ICF* auf.

Abbildung 36: Anwendung der ICF in welcher Form

	Anzahl	Prozent
Bei der Formulierung von Rehazielen	17	63,0
Verwendung der ICF-Grundbegriffe als 'gemeinsame Sprache' im Reha-Team	16	59,3
Anwendung der ICF-Sprache in einrichtungsinternen Textbausteinen	6	22,2
Anwendung eines ICF Core Sets	2	7,4
Anwendung der Mini-ICF-APP	1	3,7
Gesamt	42	155,6

Anmerkung. Antwortende Personen = 28; Mehrfachnennung möglich

Von den 29 Befragten, die zuvor angegeben haben die ICF in der klient*innenbezogenen Dokumentation anzuwenden, haben 27 hierzu nähere Angaben gemacht. Zudem geben in den freien Antworten zwei Personen an die ICF „in der Leistungsanforderung, für Anträge, für Verordnungen“ (id 96) sowie im „eigenen Text“ (id 40) zu verwenden. Besonders interessant sind die Daten bei genauerer Betrachtung der Trägerschaft. Hierbei stellt sich heraus, dass von den 28 Sozialdienstmitarbeiter*innen, die eine Nutzung der ICF bejahen, alleinig 23 bei einem privaten Träger beschäftigt sind. Lediglich zwei sind bei einem freigemeinnützigen und drei bei einem öffentlichen Träger angestellt. In Bezug auf die Hauptfragestellung kann erneut hervorgehoben werden, dass die Trägerschaft einen Einfluss auf die klient*innenbezogene Dokumentation hat. Hinsichtlich einer Erklärung der Daten kann angenommen werden, dass private Träger einem höheren Innovationsdruck ausgesetzt sind.

4.7 Merkmale der Befragte

In diesem Unterkapitel werden die beiden erhobenen Merkmale der Befragten dargestellt: der *Studienabschluss* und die Dauer der Tätigkeit im Sozialdienst. Die unten dargestellten Daten zeigen die Verteilung der Studienabschlüsse der Personen im Handlungsfeld. Es sind sowohl geschlossene als auch offene Antworten enthalten.

Abbildung 37: Qualifizierender Abschluss

	Anzahl	Prozent
Dipl. Sozialarbeit und/oder Dipl. Sozialpädagogik	98	53,8
Bachelor der Sozialen Arbeit	58	31,9
Master der Sozialen Arbeit	13	7,1
Dipl. Pädagogik	6	3,3
Bachelor im sozialen Bereich	2	1,1
Master im sozialen Bereich	3	1,6
Sonstiger (Fach-)Hochschulabschluss im sozialen Bereich	2	1,1
Fachfremd mit Studium	1	0,5
Fachfremd ohne Studium	1	0,5
Gesamt	184	100,9

Anmerkung. Antwortende Personen = 182; Mehrfachnennung möglich

Es ist unverkennbar, dass ein Studium der Sozialen Arbeit, unabhängig davon, mit welchem (Fach-)Hochschulabschluss es endet, bei den Sozialdienstmitarbeitenden in der medizinischen Rehabilitation den absoluten Standard darstellt. In der DVSG-Mitgliederbefragung 2017 gaben noch 15,9 Prozent der befragten Personen an, einen Abschluss außerhalb der Sozialen Arbeit zu haben (Streibelt et al., 2018). Bei Knoop et al. betrug dieser Wert 11,5 Prozent (Knoop, Scheiblich, Dettmers & Meyer-Feil, 2023). In der vorliegenden Studie beträgt dieser Anteil lediglich 8,5 Prozent. Dieser Rückgang kann ein Hinweis darauf sein, dass der Anteil an Fachkräften mit einem originären Abschluss in Sozialer Arbeit zunimmt. Allerdings können diese

Zahlen lediglich als ein Indiz gewertet werden, da die zugrunde liegenden Studiendesigns variieren und auf unterschiedliche Datenbasen beruhen. Die durch den Bologna-Prozess hervorgerufene Zergliederung der Hochschullandschaft und die im Zuge des Aufkommens immer neuer spezialisierter Studiengänge thematisierte Befürchtung, dass vermehrt Absolvent*innen anderer Studiengänge die sozialdienstlichen Aufgaben in der medizinischen Rehabilitation übernehmen und die Soziale Arbeit verdrängen, kann anhand dieser Studie nicht bestätigt werden.

Die Analyse der *Beschäftigungsdauer im Sozialdienst* weist folgende Verteilung auf.

Abbildung 38: Beschäftigungsdauer im Sozialdienst

	Anzahl	Prozent
weniger als ein Jahr	18	9,9
1 bis 4 Jahre	65	35,7
5 bis 9 Jahre	47	25,8
10 bis 14 Jahre	14	7,7
15 bis 19 Jahre	10	5,5
20 Jahre und mehr	28	15,4
Gesamt	182	100,0

Diese Verteilung zeigt sowohl eine erhebliche Zahl neuerer Angestellter als auch eine solide Basis langjährig Beschäftigter im Sozialdienst. Die mittlere gewichtete Beschäftigungsdauer¹⁵⁵ beträgt 7,7 Jahre und liegt damit in etwa im Einklang mit den Daten von Knoop et al., die in ihrer Studie eine Beschäftigungsdauer von 8,4 Jahren berechnen (Knoop et al., 2023).

¹⁵⁵ Die mittlere Beschäftigungsdauer wird als gewichteter Durchschnitt berechnet, wobei für jede Gruppe der Mittelwert der Jahre mit der Anzahl der Personen in dieser Gruppe multipliziert wurde. Das Ergebnis wird durch 182 (n) geteilt.

4.8 Auswertung der offenen Antworten

Der Fragebogen endet mit einer offenen Frage in der die Sozialdienstmitarbeitenden aufgefordert werden, an die rehabilitand*innenbezogene Dokumentation zu denken. Hinsichtlich dieser sollen sie dann drei Wünsche formulieren, was sie sofort hieran verändern würden. Insgesamt kommen 87 Personen dieser Aufforderung nach. Zusammengenommen summieren sich die Rückmeldungen der Befragten auf insgesamt circa 2 530 Wörter. Wenn auf der letzten Seite eines Fragebogens eine offene Frage steht, geht Porst, vor dem Hintergrund des höheren Zeitaufwands für das Ausfüllen, von einer Ausfüllrate von höchstens 20 Prozent aus (Porst, 2014, S. 161–168). Bei insgesamt 222 vollständig beendeten Fragebogen kann in dieser Studie ein sehr guter Wert von 39,2 Prozent erreicht werden.

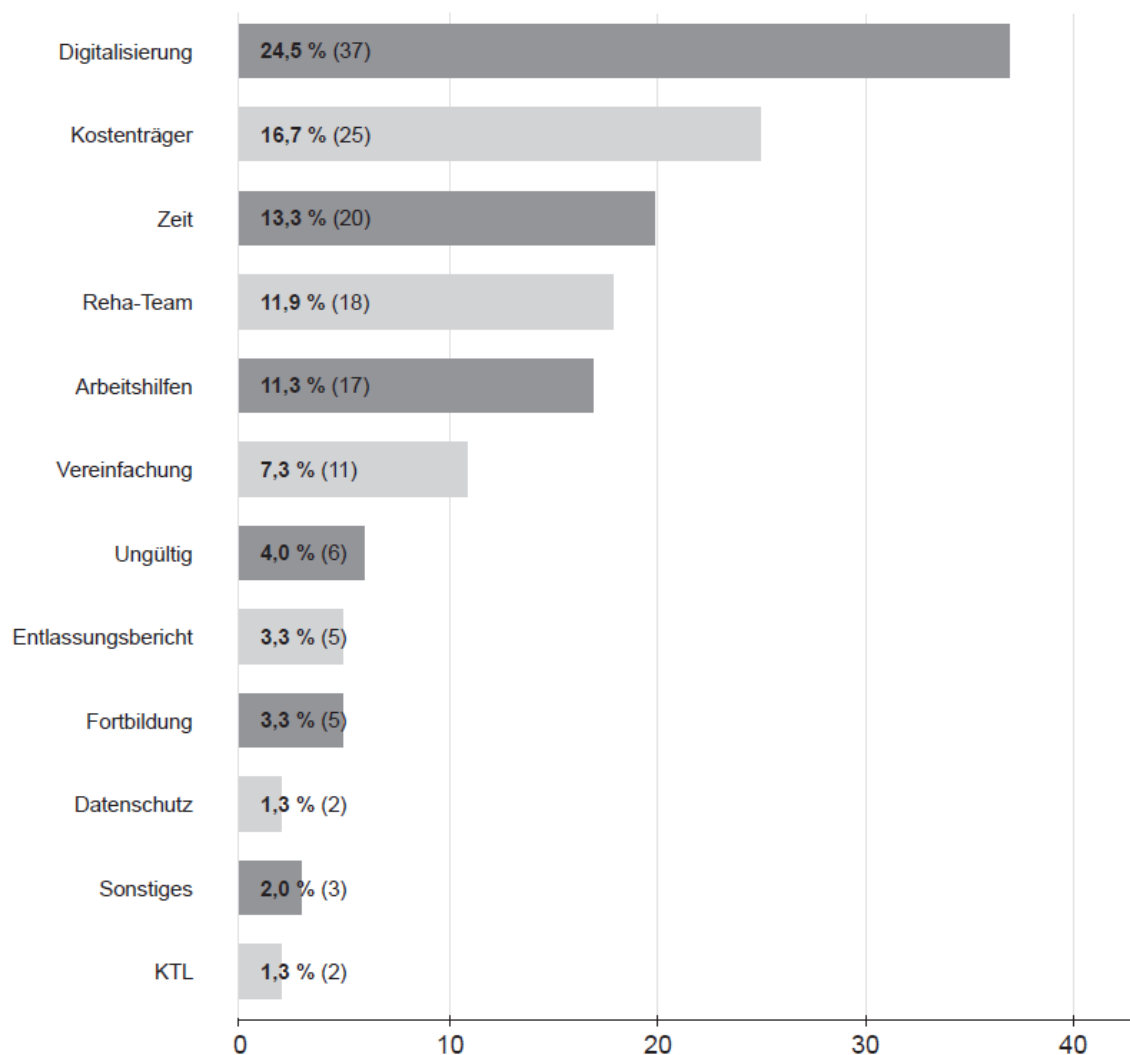
Die Auswertung dieser Daten wird anhand einer Kodierung sowie einer anschließenden Häufigkeitsauszählung vorgenommen und in der folgenden Abbildung zusammengeführt.

Abbildung 39: Kodierung von Wünschen

Kategorie	Kodes/Begriffe
Digitalisierung	ePA ; digitale Akte; Digitalisierung; Software; Hardware; Endgerät; technischer Support; digitale Schnittstellen; Wunsch nach weniger Doppeldokumentation; Schreibberechtigung; Leseberechtigung; Zugriff
Kostenträger	DRV
Zeit	mehr Zeit; höherer Personalschlüssel; Zeitfenster zur Fertigstellung rehabilitand*innenbezogener Dokumentation
Reha-Team	interdisziplinäre Kommunikation; intern; Berufsgruppen
Arbeitshilfen	Textbausteine; Vorgaben; Strukturierung
Vereinfachung	weniger Vorgaben
Entlassungsbericht	Inhalt; eigener Anteil
Fortbildung	Fortbildung; Weiterbildung
Datenschutz	Datenschutz
KTL	KTL
Sonstiges	keiner Kategorie zuordbar
Ungültig	kein Sinn entnehmbar; einzelne Wörter/Zeichen

Bei Befragten, die mehrere Wünsche äußern und dabei doppelte Angaben machen, wird die jeweilige Kategorie nur einmal berücksichtigt. Enthält eine Aussage Aspekte mehrerer Kategorien, so werden alle Kategorien vermerkt. Unter Berücksichtigung dieser Vorgehensweise kann die folgende Kategorienverteilung ermittelt werden.

Abbildung 40: Kategorienverteilung Wünsche



Anmerkung. Antwortende Personen = 87; Mehrfachkodierungen möglich

Für die weiterführende Analyse wird nun der Fokus stärker auf die inhaltlichen Aussagen gelegt. Hierdurch wird gewährleistet, dass die gesamte Breite und Tiefe der geäußerten Bedürfnisse und Anforderungen abgebildet wird.

4.8.1 Digitalisierung

Bei Betrachtung der Beiträge wird deutlich, dass mit 24,5 Prozent, fast ein Viertel der Wünsche einen Bezug zur Digitalisierung aufweisen. Eine zentrale Forderung ist „eine komplette elektronische Patientenakte!“ (id 33) „[...] in der alle relevanten Berufsgruppen [...] auch den Verlauf in elektronischer Form dokumentieren und nicht handschriftlich in der Patient*innenakte

[...]“ (id 30). Zwei Personen bringen es auf den Punkt, in dem sie schreiben „Papier ist out“ (id 111) sowie „weg von Papier, ausdrucken, abzeichnen lassen...“ (id 244). Die Wünsche zeigen, dass die gegenwärtige Praxis der doppelten klient*innenbezogenen Dokumentation – zuerst handschriftlich während des Beratungsgesprächs und anschließend die Übertragung in den PC – als ineffizient empfunden wird. Es besteht ein klarer Wunsch, diese Doppelarbeit (id 16, 144, 200, 261) zu eliminieren und die Dokumentation direkt digital zu erfassen: „Es sollte nur per PC und Tablet dokumentiert werden – statt weiterhin zusätzlich [über] die Papierakte“ (id 167). Ein „kontinuierliches Funktionieren der Technik“ (id 78) sowie „Mobile Endgeräte, mit denen ich in die Doku eintragen kann, von egal wo im Haus“ (id 220) gelten als Voraussetzung. Der Wunsch nach zuverlässiger und mobiler Hardware, die den Arbeitsablauf effizienter gestaltet, offenbart sich deutlich in dem Wunsch nach Tablets (id 16, 28, 167, 251). Zusätzlich wird auch die Bedeutung einer fachspezifischen Software für den Sozialdienst betont. Die Notwendigkeit von spezialisierten Vorlagen und einer besseren Integration der sozialen Faktoren in das KIS wird hervorgehoben: "Ein Klinikinformationssystem, dass die für die Sozialarbeit relevanten Daten ebenso zuverlässig abfragt, wie die für den ärztlichen Bereich benötigten Informationen" (id 152). Eine Voraussetzung dafür, dass die Software einen optimalen Nutzen darstellt, ist die „Digitalisierung der Dokumente“ (id 123). Hierzu gehört die „Hinterlegung und ständige Aktualisierung aller für `unsere` Indikationen im Sozialdienst wiederkehrend benötigten `Formulare` innerhalb des Klinik-Informationssystems“ (id 152). Ein weiterer Schritt wäre, dass „Vorlagen / Formulare [...] personenbezogen [...] in das System“ (id 123) eingespeist werden. Im Berufsalltag des Sozialdienstes ist es, jeweils abhängig von den psychischen sowie physischen Fähigkeiten und dem Bildungsstand der zu rehabilitierenden Person, erforderlich, Formulare für oder mit diesen auszufüllen. Wenn sich personenbezogene Daten bereits automatisch in das in der Software hinterlegte Formular einfügen würden, würde dies für den Sozialdienst eine deutliche Arbeitserleichterung darstellen. Weitere Wünsche setzen das Thema der Zugangsberechtigung in den Fokus. Ein wesentliches Problem resultiert aus der fehlenden „Dokumentation aller in der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen [...]“ (id 30). Die möglichen Folgen werden ebenfalls benannt: „[...] in zwei Kliniken erlebt, dass beispielsweise Sporttherapie und Physiotherapie sowie z.T. auch Ergotherapieabteilung [...] keine Dokumentation in Patientenakte vornimmt und dadurch möglicherweise auch relevante Informationen verloren gehen/fehlen. Ergotherapie führt z.B. ein Arbeitsplatztraining durch. Manchmal erfolgt zumindest eine mündliche Rückmeldung, wenn möglicherweise die berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann“ (id 30). Die digitale Dokumentation sollte so gestaltet sein,

dass „jeder jederzeit auf alle relevanten Patientendaten zugreifen kann“ (id 128). Dies würde zumindest die Voraussetzung dafür schaffen, dass der Informationsfluss im Reha-Team verbessert werden könnte. Die Wünsche, die die Schreib- bzw. Leseberechtigung betreffen, unterstützen die Vermutung, dass selbst in Institutionen in denen eine elektronische Akte vorhanden ist, alleinstehend oder komplementär, die Lese- und Schreibberechtigungen im Reha-Team häufig nicht transparent und allumfassend dargestellt werden. Darüber hinaus wird eine „klarere Trennung von Textbaustein Entlassbericht und [...] Verlaufsdocumentation“ (id 198) gewünscht und eine Funktion in der Software, welche es möglich macht, dass Notizen hinterlegt werden können. Eine Person greift auf, dass Rehabilitand*innen häufig über die Redundanz der abgefragten Daten klagen „[...] die Informationen wiederholen sich von Formular zu Formular, dann werden in der Reha wiederum dieselben Fragen gestellt [...]“ (id 111), hierzu wünscht sich die Person: „Informationen des Antrages sollten der Reha zur Verfügung stehen, mit einer gemeinsamen Schnittstelle [...]“ (id 111).

4.8.2 Kostenträger

In die Kategorie Kostenträger werden 16,6 Prozent der Wünsche eingeordnet. Die beiden Themen 'Einfachheit/Einheitlichkeit' sowie 'Rückmeldung/Kommunikation' treten hierbei besonders hervor. In der ersteren zeigt sich ein klarer Wunsch nach einer vereinfachten und strukturierten Dokumentation. Eine Person wünscht sich „[...] eine von der Rentenversicherung einheitlich, für alle Kliniken gleich gestaltete Vorlage für die Dokumentation, nach welcher man sich richten muss“ (id 177). Das starke Bedürfnis nach Orientierung hinsichtlich der klient*innenbezogenen Dokumentation wird ebenfalls deutlich, wenn „klare Auflagen seitens der DRV“ (id 142) sowie eine „DRV-vorgegebene Gliederung der Dokumentation“ (id 58) gefordert werden. In diesem Zusammenhang wird betont, dass „es [...] sehr hilfreich für die tägliche Praxis [wäre], wenn die Kostenträger entsprechende, einheitliche Formulare zur Erfassung der Sozialanamnese, dem Beratungsverlauf und der behandelnden Themengebiete sowie zur Eintragung der wesentlichen Ergebnisse der Beratung zur Verfügung stellen könnten (ggf. mit einer Mischung aus standardisierten sowie nicht standardisierten Antwortmöglichkeiten sowie unter Einsatz von Bezeichnungen aus der ICF-Diagnostik) und wenn diese Formulare sowohl manuell, als auch digital ausgefüllt werden könnten, damit jede Einrichtung diese für sich vor dem Hintergrund ihres hauseigenen Dokumentationssystems schnellstmöglich verwenden könnte“

(id 231). Zudem hebt dieselbe Sozialdienstkraft hervor, dass klare Vorgaben durch die Kostenträger DRV und GKV grundlegend sind, „dahingehend, welche konkreten Inhalte der Beratung für diese essentiell zu beschreiben sind und in welcher Ausführlichkeit sowie darüber, ob und wie detailliert Methoden der Beratung sowie Bezugsquellen, auf Basis derer die Beratung erfolgt, im Sozialbefund beschrieben/benannt werden sollen“ (id 231). In den Zitaten zeigt sich ein ausgeprägter Bedarf nach klaren Vorgaben, Orientierung und detaillierten Anweisungen. Der Adressat dieser Wünsche ist immer der Kostenträger, regelhaft die DRV. Der DBSH als Berufsverband, die DVSG als Fachverband oder andere sozialarbeiterische Gruppierungen werden nicht adressiert. In den Wünschen lässt sich eine große Bereitschaft erkennen, mögliche Vorgaben und sogar Auflagen, vollständig den Anforderungen des Kostenträgers entsprechend, anzuwenden. Die Idee, dass sich diese Wünsche gegebenenfalls auch innerhalb der eigenen Disziplin und Profession erarbeiten lassen, wird nicht geäußert.

Auch innerhalb des Themas 'Rückmeldung/Kommunikation' wird die Erwartungshaltung seitens der Kostenträger hinsichtlich der Sozialdienstdokumentationsinhalte oft als unklar beschrieben. Es wird „eine bessere Vernetzung mit DRV“ (id 44) und eine „bessere Informationspolitik von Seiten der Kostenträger“ (id 33) gewünscht, um die Auswirkungen der klient*innenbezogenen Dokumentation auf die Entscheidungen der DRV besser nachvollziehen zu können. „Ich wünschte mir fallbezogene Rückmeldung der DRV zur erfolgten und dokumentierten Beratung des Sozialdienstes; was ist aus der Intervention/Anregung geworden, wie ist 'der Fall' weitergegangen?“ (id 105). Die Kommunikation sollte jedoch nicht nur von dem Kostenträger in Richtung des Sozialdienstes fließen, sondern auch umgekehrt. „Ich wünschte mir einen regelmäßigen, direkten Austausch mit der DRV zu ausgewählten RehabilitandInnen im Hinblick auf die im Entl.-Bericht transportierte Dokumentation/Information“ (id 105). Unabhängig voneinander beschreibt dies eine weitere befragte Person: „Mehr persönlichen Austausch mit dem Fallmanager der DRV um komplexe Fälle professionell zu beraten, in ihrer Vielseitigkeit gerecht zu werden und dadurch auch effektiver zu lösen. Dafür ist eine verbesserte telefonische Erreichbarkeit der richtigen Mitarbeiter bei der DRV unabdingbar. Bei der DRV Bund aktuell telefonisch jemanden zu erreichen ist eine Katastrophe“ (id 259). Ein, oft in der Praxis beobachtetes Phänomen ist, dass der Sozialdienst in der Regel keinerlei Informationen darüber erhält wie es mit dem Fall nach erfolgter Abreise weitergegangen ist. Aufgrund der dann fehlenden Zuständigkeit sowie Aspekten des Datenschutzes ist es bislang die absolute Ausnahme, wenn

eine Sozialdienstkraft eine Rückmeldung erhält. Dies passiert nur dann, wenn sich die/der ehemalige Klient*in eigeninitiativ dort meldet. Hierdurch ist es dem Sozialdienst nur bedingt möglich, den Erfolg oder Misserfolg der eigenen Vorgehensweise sowie der Wirkmechanismen der eigenen Arbeit einschätzen bzw. reflektieren zu können. Einen Hinweis darauf, dass es in der Vergangenheit einen besseren Austausch mit der DRV gab, belegt dieses Zitat: „Als bedauerlich haben wir empfunden, als vor Jahren bereits die Klinikberatungen durch die RehaberaterInnen der DRV eingestellt wurden. Dieser direkte und persönliche Austausch war sehr wertvoll und fehlt jetzt“ (id 105). Es wird deutlich, dass der Verlust von etablierten Kommunikationsstrukturen als Rückschritt empfunden wird, und dass die mangelhafte Erreichbarkeit nicht nur den direkten Austausch, der als wesentlich für die effektive Fallbearbeitung betrachtet wird, sondern auch die zeitnahe Klärung dringender Fragen erschwert.

4.8.3 Zeit

Das Thema Zeit hat einen Anteil von 13,3 Prozent und bildet eine eigene Kategorie. Ein wesentlicher Wunsch ist die wiederkehrende Forderung nach "mehr Zeit" (id 79, 164, 220) für die Dokumentationsarbeit. Diese Forderung wird mehrfach hervorgehoben, was auf einen breiten Konsens unter den Befragten hindeutet, dass zusätzliche Zeit die Qualität der Dokumentation signifikant verbessern könnte. Aussagen wie "mehr Zeit um eine qualitativ höherwertigere und zeitnahe Dokumentation umzusetzen" (id 231) und "immer ausreichend Zeit, um sorgfältig dokumentieren zu können" (id 204) unterstreichen diesen Bedarf. Eine Konkretisierung erfährt dieser Wunsch dadurch, dass „feste Arbeitszeiten ausschließlich für Dokumentationen geblockt/eingeplant werden“ (id 189). Die Befragten möchten demnach nicht die Dokumentation zwischendurch erledigen, also wann es spontan zeitlich passt, sondern in einem vorher definierten Zeitfenster, das extra hierfür zur Verfügung steht, planbar ist – umgangssprachlich also geblockt – und in dem nicht doch wieder spontan Beratungsgespräche eingeplant werden. Um möglichst wenig zu vergessen bzw. sich nicht wieder neu in einen Fall hineindenken zu müssen, strebt eine Sozialdienstkraft an, dass die Dokumentationszeit „immer unmittelbar im Anschluss an den Klientenkontakt“ (id 221) stattfinden sollte. Darüber hinaus wünscht sich dieselbe Person „eine mindestens 30-minütige Dokumentationszeit je Klientenkontakt“ (id 221). Dies würde nicht nur die Qualität der Dokumentation verbessern, sondern auch sicherstellen, dass Ärzt*innen und Psycholog*innen sowie Sozialarbeiter*innen „[...] mehr Zeit pro Patient [haben], „um die Doku des anderen auch vor dem Einzelgespräch lesen zu können“ (id 177). Der

Wunsch der Sozialdienstmitarbeitenden nach einer parallelen oder äußerst zeitnahen Dokumentation deckt sich mit der Einschätzung von Borg-Laufs et al. Demnach stellen Erinnerungen eine bedeutende Fehlerquelle dar, da eine spätere Protokollierung zu selektiver Informationswiedergabe führt. Diese Praxis verstärkt Verzerrungen durch psychologische Effekte wie den Primacy-Recency-Effekt und bereits bestehende Wahrnehmungsfehler, da persönliche Tendenzen und Vorurteile sowohl bei der Beobachtung als auch in der Erinnerung die Wahrnehmung beeinflussen (Borg-Laufs et al., 2022, S. 61–62). Eine zeitnahe Dokumentation kann folglich deren Qualität steigern.

4.8.4 Reha-Team

Während es in einer der vorherigen Kategorien um die Kommunikation mit dem Kostenträger DRV geht, steht diesmal bei 11,9 Prozent der Wünsche die interne Verständigung im Mittelpunkt. Die Themen 'Wertschätzung' sowie 'Standortbestimmung' werden hierbei deutlich benannt. So wird explizit gefordert, „dass Ärztinnen und Ärzte die Dokumentation mehr schätzen und ernsthafter durchlesen“ (id 49). Dies würde sicherstellen, dass „nicht nur 'für die Akte' dokumentiert wird, sondern andere Berufsgruppen die Berichte auch lesen. Als ich bereits über ein halbes Jahr hier arbeitete, fragte ich den Chefarzt, ob meine Berichte so okay sind. Antwort: weiß ich nicht, habe noch keinen gelesen“ (id 54). Ähnliche Erfahrungen scheinen weitere Personen gemacht zu haben, diese wünschen sich „dass Ärzt*innen zuverlässig meine Dokumentation lesen“ (id 189), „mehr Interesse bei den Ärzten an den Inhalten der Dokumentation“ (id 204) sowie „[...] dass die Dokumentation gelesen wird, bevor Fragen oder sogar neue Anforderungen an den Sozialdienst gestellt werden“ (id 78). Es wird weiterhin betont, dass "keine Änderung/Streichung durch Dritte" (id 78) erfolgen sollte. Es fällt auf, dass eine fehlende Wertschätzung sowie mangelnde Kommunikation ausschließlich bei der Ärzteschaft bemängelt werden, während andere Professionen im Reha-Team diesbezüglich nicht explizit adressiert werden. In den Wünschen wird erneut eine Orientierungslosigkeit deutlich, da eine „grundsätzliche Klärung zur Standortbestimmung der Doku Sozialberatung im Reha-Entlassbericht in Zusammenspiel mit dem leitenden Arzt und der Sozialberatung [...]“ (id 280) gefordert wird. Als Ziele werden hierbei die Nutzung von Synergien sowie die Vermeidung doppelter Arbeit genannt. In den Antworten wird zudem deutlich, dass die Sozialdienstmitarbeitenden nach Bestätigung und Rückversicherung beim ärztlichen Personal suchen. Dies weist auf bestehende Hierarchien in Rehabilitationseinrichtungen hin, in denen die medizinische Seite als übergeordnet

wahrgenommen wird. Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür ist, dass in einigen Einrichtungen die übergeordnete Leitung des Sozialdienstes Mediziner*innen (Knoop, Scheiblich et al., 2024, S. 26) obliegt. Diese Konstellation könnte dazu führen, dass die Ausrichtungen und Arbeitsweisen des Sozialdienstes durch medizinische Prioritäten beeinflusst oder gar eingeschränkt werden.

4.8.5 Arbeitshilfen

Die Kategorie Arbeitshilfen vereinigt 11,3 Prozent der Wünsche auf sich. Wie in den vorherigen Kategorien, zeigt sich auch hier eine deutliche Präferenz der Befragten für strukturierte und standardisierte Vorgaben im Bereich der klient*innenbezogenen Dokumentation. Ein zentrales Anliegen ist die Forderung nach „einheitlichen Kriterien für eine berufsorientierte Anamnese“ (id 240) sowie „klare einheitliche auf die ICF bezogene Vorgaben“ (id 43). In den Zitaten wird der Bedarf nach Textbausteinen (id 200; 40; 253), „Dokumentationshilfe“ (id 94) sowie einem „schriftlichen Leitfaden für eine rehabilitand*innenbezogene Dokumentation – besonders hilfreich für neue Mitarbeiter“ (id 93) hervorgehoben. Einheitliche Kriterien und klare Vorgaben können den Mitarbeitenden Orientierung, Sicherheit sowie eine Reduzierung der Komplexität ihrer Aufgaben bieten. Im Mittelpunkt der Wünsche steht das Bedürfnis, die individuelle Arbeitsbelastung zu verringern und die Effizienz der klient*innenbezogenen Dokumentation zu steigern. Das Risiko, dass durch den Einsatz solcher Arbeitshilfen Rehabilitand*innen, die von der Arbeitsroutine abweichen, unzureichend berücksichtigt werden könnten, wird nicht thematisiert. Gleichzeitig steht eine Strukturierung durch festgelegte formale Punkte laut Borg-Laufs et al. nicht im Widerspruch zu guter fachlicher Praxis. Vielmehr können diese einen Rahmen vorgeben, der jedoch inhaltlich mit Konkretisierung und Flexibilität gefüllt wird (Borg-Laufs et al., 2022, S. 95–96).

4.8.6 Vereinfachung

Bei 7,3 Prozent der Wünsche steht eine Vereinfachung der bisher gelebten Dokumentationspraxis im Fokus. Die Sozialdienstmitarbeitenden wünschen sich eine Dokumentation, die „kurz und knapp“ (id 268) und „stichwortartig“ (id 227) gestaltet ist, um somit „für den Kostenträger weniger inhaltliche Dokumentation“ (id 194) bereitstellen zu müssen. Der folgende Wunsch sticht kategorienübergreifend besonders hervor: „dass viel Spielraum gelassen wird und eher

entbürokratisiert statt noch mehr standardisiert und kodiert“ (id 259). Diese Person gibt an, deutlich konträr zu den Wünschen der anderen Befragten, dass der Fokus auf mehr Flexibilität und Entbürokratisierung gelegt werden sollte, statt den Dokumentationsprozess weiter zu standardisieren. Während die absolute Mehrheit eine stärker standardisierte, effizientere Dokumentation bevorzugt, plädiert diese Person für einen Ansatz, der mehr individuelle Freiheiten und weniger formale Reglementierungen enthält.

Die übrigen Kategorien, die sich auf den Entlassungsbericht, Fortbildung, Datenschutz sowie die KTL beziehen, machen einen eher geringen Anteil an der Gesamtmenge der erhobenen Wünsche aus und werden vor diesem Hintergrund zusammengefasst dargestellt. Trotz der hervorgehobenen Stellung und Relevanz des ärztlichen *Entlassungsberichts* in der medizinischen Rehabilitation, nimmt dieser bei den Wünschen der Befragten eine eher untergeordnete Rolle ein. Zwei Personen geben explizit an, dass es ihnen wichtig ist, „dass [ihre] Dokumentation im Entlassungsbericht berücksichtigt wird“ (id 189). Es wird gefordert, den Dokumentationsteil der sozialen und beruflichen Beratungsinhalte und Einschätzungen des Sozialdienstes, „als vom Sozialdienst erstelltes Dokument im Entlassbrief, [zu] kennzeichnen. Teilweise wird dies im ärztlichen Teil wiedergegeben“ (id 196). Insgesamt wünschen sich drei Personen *Fortbildungen* „[...] zu richtigen/guten Dokumentation!“ (id 93) bzw. eine „Schulung[...] in Bezug auf [das] Dokumentationswesen“ (id 58). Diese Fortbildungswünsche sind ein, wenn auch kleines, Indiz für den Bedarf an Informationen bezüglich der klient*innenbezogenen Dokumentation. Ein Befragter äußert Bedenken hinsichtlich des *Datenschutzes*, indem er anmerkt: „Manche Angaben zu Hobbies etc. sind aus meiner Sicht nicht reha-relevant. Aus Sicht des Datenschutzes ist mir nicht ganz klar warum dies von uns erhoben wird“ (id 38). Diese Unsicherheit weist auf eine mögliche Lücke in der Kommunikation über die Notwendigkeit und den Nutzen des Datenschutzes hin. In der Kategorie *KTL* fordert eine Person (id 172), dass die Anwendung der einzelnen Codes ausschließlich durch eine einzelne, vorher bestimmte Berufsgruppe erfolgen sollte. Das Ziel dieser Maßnahme sei, eine eindeutige Zählung aller vom Sozialdienst erbrachten Codes zu gewährleisten und dadurch eine klare Abgrenzung vom ärztlichen Dienst ermöglichen.

5 Diskussion

Aufbauend auf den Ergebnissen, die bisher dargelegt wurden, widmet sich dieser Abschnitt der Zusammenführung, Einordnung und Diskussion derselben. Der Ausgangspunkt dieser Forschungsarbeit war die Hauptfragestellung: *Wie und unter welchen Rahmenbedingungen gestalten deutschlandweit Sozialdienste in der medizinischen somatischen Rehabilitation die klient*innenbezogene Dokumentation, und welche Erklärungsansätze können hiervon abgeleitet werden?*

5.1 Historie

Im Kapitel 2.1 werden die verschiedenen Entwicklungslinien der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation sowie die der klient*innenbezogenen Dokumentation freigelegt und nachgezeichnet. Im einem nächsten Schritt wird diese Historie als ein Erklärungsansatz für die Forschungsergebnisse herangezogen.

Es kann zusammengefasst werden, dass bis in die 1920er Jahre hinein eine hohe Entwicklungsdynamik in der Sozialen Arbeit zu verzeichnen ist. In dieser Phase verbreitet sie sich rasch im Gesundheitswesen und wird als Erwerbsberuf anerkannt. Hammerschmidt und Tennstedt bezeichnen diese dynamische Entwicklung später als progressiv innerhalb des Fürsorgewesens (Hammerschmidt & Tennstedt, 2012, 77–78). Innerhalb dieser Zeit wird die klient*innenbezogene Dokumentation und hierin enthalten die Soziale Diagnostik, von Richmond und Salomon entwickelt. Der sich in Deutschland ausbreitende Nationalsozialismus lässt die humanistische, am Individuum orientierte Hilfe in den Hintergrund treten, bis sie schließlich gänzlich verstummt. Stattdessen wird die klient*innenbezogene Dokumentation zu einem Kontroll- und Selektionsinstrument pervertiert. Die Gesundheitsfürsorge wird Teil der nationalsozialistischen Ideologie und Praxis, indem sie sich an den Grundsätzen von Ausgrenzung, Rassenhygiene und Anpassung an das totalitäre System orientiert. Während der Zeit des Nationalsozialismus orientiert sich die Soziale Arbeit stark an der Medizin als Bezugswissenschaft. Nach dem Zweiten Weltkrieg verlangsamt sich die Entwicklung deutlich, und die zuvor charakteristische Progressivität ist nicht mehr zu erkennen. Die deutliche Orientierung an der Medizin bleibt jedoch bestehen. Es gelingt der Sozialen Arbeit nicht, an die in kurzer Zeit entwickelten progressiven Ideen und Diskurse der Vorkriegszeit anzuknüpfen. Der Bruch, der in der Zeit des Nationalsozialismus entsteht, bleibt unüberwindbar.

Im Jahr 1954 wird der Wunsch formuliert, ein gleichberechtigtes Verhältnis zwischen Sozialer Arbeit und Medizin zu schaffen, das frei von einem Unterordnungsverhältnis ist (Dobrogoiski & Hagen, 1954). Trotz dieser Bemühungen bleibt dieser Wunsch bis heute aktuell, da viele Sozialdienste unter der Leitung ärztlicher Direktor*innen oder Chefärzt*innen stehen (Knoop, Scheiblich et al., 2024, S. 26). Dieses historisch gewachsene Machtverhältnis wird durch die Rolle der DRV und ihrer ebenfalls starken Orientierung an der Medizin noch verstärkt. Die im Rahmen der Erforschung der Historie aufgestellte Annahme einer starken Orientierung an der Medizin wird durch die vorliegenden erhobenen Daten bestätigt. Es zeigt sich beispielsweise, dass die Medizin häufiger eine Leseberechtigung für die klient*innenbezogene Dokumentation hinsichtlich des ärztlichen Entlassungsberichts erhält, als dies den Kolleg*innen im Sozialdienst gewährt wird (Abb. 31). In der Kategorie Reha-Team der offenen Antworten wird zudem die Medizin als einzige Profession im Reha-Team namentlich genannt. Hierin spiegelt sich der große Wunsch der befragten Sozialdienstmitarbeitenden nach Anerkennung ihrer klient*innenbezogenen Dokumentation durch die Medizin deutlich wider. Eine wichtige Erkenntnis aus der Untersuchung der Historie besteht darin, dass die Medizin von der Sozialen Arbeit im Rehabilitationsprozess als verantwortliche und richtungsweisende Instanz angesehen wird. Innerhalb der Rehabilitationseinrichtung kann von einer normalisierten Hierarchie gesprochen werden.

Es kann resümiert werden, dass es der Sozialen Arbeit nach dem Zweiten Weltkrieg bisher nicht gelungen ist, die Progressivität ihrer eigenen Entwicklung wieder aufzugreifen. Eine länger andauernde intrinsische Motivation, durch Veränderung Weiterentwicklung zu erreichen, konnte bisher nicht belegt werden. Das vorhandene Potenzial, das sich aus einem umfassenderen Verständnis von Gesundheit und Krankheit ergibt, wird bislang nicht vollständig ausgeschöpft. Dem steht nicht nur die überaus dominierende Rolle der Medizin im Gesundheitswesen entgegen, die durch die Rentenversicherungsträger und eine etwaige Vorgesetztenfunktion in der Einrichtung zusätzlich gestärkt wird, sondern mindestens ebenso ein in diesem Handlungsfeld noch unterentwickeltes Professionsverständnis der Sozialen Arbeit. Eine Stärkung des psychosozialen Anteils im bio-psycho-sozialen Modell, könnte durch eine deutliche Profilschärfung der Sozialen Arbeit erreicht werden. Dabei sei betont, dass eine vollständige Abkehr von der Medizin weder möglich noch sinnvoll ist, jedoch könnte eine weniger hierarchisch geprägte Zusammenarbeit die Position der Sozialen Arbeit deutlich stärken. Es offenbart sich ein Ungleichgewicht zwischen der externen Einflussgröße der Medizin und der aus Profession und Disziplin herauskommenden mangelnden theoretischen Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit

in der medizinischen Rehabilitation. Ein in diesem Handlungsfeld noch unterentwickeltes Professionsverständnis zeigt sich auch darin, dass die dauerhafte Implementierung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Dokumentationspraxis bislang weitgehend ausbleibt. Der geringe Nutzungsgrad (Abb. 25) wissenschaftlich entwickelter Dokumentationshilfen ist ein Indiz hierfür.

Die historische Entwicklung, das Spannungsverhältnis zwischen Sozialer Arbeit, klient*innenbezogener Dokumentation und der dominanten Rolle der Medizin prägen die heutige Praxis der Sozialdienste in der medizinischen Rehabilitation maßgeblich und können als Erklärungsansatz herangezogen werden. Die Untersuchung zeigt, dass die Gestaltung der Dokumentation stark durch die historisch gewachsenen Machtverhältnisse beeinflusst wird. Trotz der wegweisenden Ansätze von Richmond und Salomon sowie der in späteren Jahren formulierten Wünsche nach Gleichberechtigung im Verhältnis zur Medizin, konnte die Soziale Arbeit bisher kein eigenständiges und kontinuierlich weiterentwickeltes Professionsverständnis in diesem Handlungsfeld etablieren.

5.2 Vierfaches Mandat

Um das Vorgehen der Sozialdienste bei der Anfertigung der klient*innenbezogenen Dokumentation besser nachvollziehen zu können, werden die bereits im Kapitel 2.4 beschriebenen vier Mandate als Erklärungsansätze herangezogen.

Das *erste Mandat* lässt sich als rechtlicher¹⁵⁶ Auftrag der Gesellschaft an die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation verstehen (Böhnisch & Lösch, 1973; Staub-Bernasconi, 2018, S. 113). Diese rechtlichen Grundlagen (beispielsweise § 42 Abs. 3 SGB IV) sind in den Sozialgesetzbüchern verankert und können als Bezugsrahmen bezeichnet werden, der zwar eine grundlegende Orientierung bietet, für die praktische Ausgestaltung der sozialdienstlichen Tätigkeit in den Rehabilitationseinrichtungen jedoch keinen spezifischen Mehrwert hat. Unter Berücksichtigung der aufgezeigten Limitationen lässt sich festhalten, dass sowohl die zugrundeliegende Literaturrecherche als auch die Ergebnisse keine Hinweise darauf liefern, dass aus rechtlicher Sicht die Soziale Arbeit – einschließlich der klient*innenbezogenen Dokumentation

¹⁵⁶ Es wird darauf hingewiesen, dass sowohl die Forschungsfrage(n) als auch die dazu gewählte Erhebungsmethode nicht darauf abzielen, rechtliche Schwachstellen auszumachen oder auch zu überprüfen, ob eine gesetzeskonforme Umsetzung stattfindet.

– ihre Verantwortung innerhalb des groben rechtlichen Rahmens nicht erfüllt. Gleichwohl muss aber auf die Einschätzung von Igl verwiesen werden, wonach eine „verbindliche rechtliche Zuschreibung (gesundheits-)sozialarbeiterischer Interventionen zu Berufsangehörigen mit (gesundheits-)sozialarbeiterischer Ausbildung“ nur selten stattfindet (Igl, 2014, S. 1–2). Angesichts dieser rechtlichen Betrachtungen gewinnt die Frage der praktischen Umsetzung besondere Relevanz. Im Zuge dessen wird das *zweite Mandat*, das der Klient*innen, näher beleuchtet. Die mit dem Mandat einhergehende Orientierung am Individuum findet sich ebenfalls in den von der DVSG beschriebenen fallbezogenen Aufgaben wieder (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020b). In den erhobenen Praxisdaten zeigt sich jedoch die von Vlecken kritisierte fehlende Alltagsrelevanz des Mandats im Handlungsfeld deutlich (Vlecken, 2021). Zu nennen ist hierbei der sehr geringe Anteil an standardisierten Erhebungsmethoden, die originär der Sozialen Arbeit zugeschrieben werden können. Hierzu zählen der Anamnesebogen nach Dhom-Zimmermann, das Inklusions-Chart sowie die Netzwerkkarte. Alle drei Instrumente sind dazu geeignet, Daten zu erfassen, die über die rein beruflichen Aspekte des Individuums hinausreichen, und liefern erweiterte psychosoziale Informationen. Sie werden jedoch lediglich von 6,3 Prozent der Befragten genutzt (Abb. 25). Hierbei muss hervorgehoben werden, dass nicht zwangsläufig die im Fragebogen genannten Instrumente eingesetzt werden sollten, solange die gewählten Methoden effektiv bei der Erhebung von psychosozialen Angaben unterstützen. Stattdessen zeigen die Ergebnisse, dass vermehrt all die standardisierten Dokumentationsverfahren eingesetzt werden, welche primär und fast ausschließlich die Erwerbsfähigkeit in den Fokus setzen. Hierdurch wird die starke Orientierung der Sozialdienste am Ziel der DRV, nämlich der (Wieder-)herstellung der Erwerbsfähigkeit, deutlich. Die bereits zu Beginn der Arbeit formulierte Annahme, dass der klassifikatorische Ansatz in der medizinischen Rehabilitation deutlich überwiegt, wird durch die Ergebnisse der Erhebung bestätigt. Ein weiterer Anhaltspunkt für eine bislang vernachlässigte Orientierung am Individuum ist die geringe Transparenz bei der Einbeziehung der Rehabilitand*innen in den Dokumentationsprozess. Dass lediglich 17,6 Prozent der Befragten ihren Rehabilitand*innen die Möglichkeit bieten, ihre Sozialdienstokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht einzusehen, deutet darauf hin, dass die partizipative Einbindung der Klient*innen in die eigenen Rehabilitationsprozesse nur unzureichend verwirklicht wird (Abb. 31). Ein zusätzliches Argument ist die Datenlage zur Einbindung sozialdienstlicher Inhalte in den ärztlichen Entlassungsbericht. Insgesamt geben 19,7 Prozent der Befragten an, dass sie entweder keine klient*innenbezogene Dokumentation einfügen bzw. schlichtweg nicht wissen, ob ihre Dokumentation Eingang in den

Bericht findet (Abb. 27). Diese Daten legen nahe, dass bei einem Fünftel der Sozialdienstmitarbeitenden ein deutliches Defizit im Bewusstsein für die Relevanz des ärztlichen Entlassungsberichts besteht. Die eigene Dokumentation wird nicht nur in ihrer Bedeutung für den weiteren Rehabilitationsprozess, sondern vor allem für das zu rehabilitierende Individuum deutlich unterschätzt. Dies deckt sich mit der Angabe von 27,1 Prozent der Teilnehmenden, dass sie sich eher unsicher bzw. sehr unsicher fühlen bezüglich des Nutzens der eigenen Dokumentation für die zu rehabilitierende Person (Abb. 29). Eine weitere mögliche Begründung für die fehlende Alltagsrelevanz des zweiten Mandats liefern Knoop et al. Sie zeigen auf, dass Sozialarbeitende, die das Mandat der Klient*innen stärker verfolgen, sich in Teamsitzungen aktiv für die Anliegen der Rehabilitand*innen einsetzen. Diese Fürsprache beeinflusst jedoch ihr Ansehen im Reha-Team: Einige leitende Ärzt*innen empfinden sie als zu fürsorglich oder übermäßig engagiert, während andere ihr Engagement als wichtig erachten (Knoop, Freymüller et al., 2024). Diese unterschiedlichen Wahrnehmungen verdeutlichen das Spannungsfeld, das entsteht, wenn Sozialarbeitende das zweite Mandat im interdisziplinären Team vertreten.

Die Ergebnisse zeigen, dass die im zweiten Mandat geforderte Orientierung der Sozialen Arbeit am Individuum erhebliche Lücken aufweist. Diese sind ausgeprägter, als es aufgrund des inhärenten Spannungsfelds zu erwarten wäre. Der aufgezeigte Mangel kann weitreichende Folgen sowohl für die Soziale Arbeit im Handlungsfeld als auch für die Rehabilitand*innen haben. Für Letztere bedeutet ein Mangel an individueller Ausrichtung, dass ihre spezifischen psychologischen und sozialen Bedürfnisse möglicherweise nicht ausreichend identifiziert und berücksichtigt werden. Die Nichtnutzung von Sozialer Diagnostik, führt dazu, dass biografische Aspekte der Rehabilitand*innen nicht thematisiert werden. Die Möglichkeit, die Rehabilitand*innen als Expert*innen ihrer eigenen Lebenswelt wahrzunehmen und dadurch mehr über sie zu erfahren, wird in der Regel nicht genutzt. Dies kann den Rehabilitationsprozess beeinträchtigen, da Beratungen, Reha-Ziele sowie Empfehlungen zur Reha-Nachsorge nicht passgenau abgestimmt werden können. Darüber hinaus erschwert die geringe Transparenz im Dokumentationsprozess die Möglichkeit für Rehabilitand*innen, aktiv ihre eigene Rehabilitation zu gestalten und fördert ein Gefühl der Exklusion und der Passivität, anstatt zur Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu ermutigen. Selbst wenn angenommen wird, dass klient*innenbezogene Daten vom Sozialdienst erhoben werden, auch ohne die Anwendung standardisierter Diagnostik oder Dokumentationsverfahren, legen die Ergebnisse nahe, dass die notwendige Weitergabe und Nutzung dieser Daten innerhalb des Reha-Teams oder im weiteren Verlauf des Rehabilitationsprozesses nicht ausreichend sichergestellt wird (Abb. 31; 33).

Für die Sozialdienste ergeben sich ebenfalls negative Auswirkungen. Die Nichtnutzung sozialarbeiterischer Instrumente und die hiermit einhergehende geringere Informationsbreite bzw. -tiefe, können zur Folge haben, dass die von ihnen erstellten klient*innenbezogenen Dokumentationen für die ärztlichen Entlassungsberichte weniger relevant sind, wodurch ihre Rolle im interdisziplinären Reha-Team an Bedeutung verliert. Eine derartige Unterschätzung der Bedeutung der Dokumentation trägt außerdem zur Unsicherheit der Sozialdienstmitarbeitenden bei, was langfristig die Professionalität und Qualität der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld beeinträchtigen könnte.

Das durch Staub-Bernasconi benannte *dritte Mandat* rückt ethische Überlegungen und die Menschenrechte in den Mittelpunkt. Es verdeutlicht die komplexen Erwartungen der Profession an sich selbst. Diese Normen stehen im Spannungsfeld zwischen Ideal und praktischer Umsetzung, was in der Praxis insbesondere dann evident wird, wenn normative Vorgaben auf die gelebte Dokumentationspraxis und technologische Gegebenheiten treffen, wie sie in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen vorzufinden sind.

Ein wesentlicher Anspruch der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit ist es, abseits vom biomedizinischen Ansatz, die Determinanten von Gesundheit und Krankheit zu kennen und im eigenem Handeln zu berücksichtigen (Dettmers, 2015; Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., 2020b). Diese Perspektive, die biomedizinische Gesundheit nicht alleinig zu betrachten, sondern immer in Wechselwirkung mit sozialen, ökonomischen und gesellschaftlichen Faktoren setzt, stellt eine grundlegende Kompetenz der Sozialen Arbeit dar. Die praktische Integration dieser Kompetenz in das Handlungsfeld stößt im medizinisch orientierten Gesundheitswesen an ihre Grenzen. Ferner konnte anhand der Daten herausgearbeitet werden, dass sich die Sozialarbeitenden in hohem Maße an den Vorgaben zur klient*innenbezogenen Dokumentation der DRV orientieren. Dabei wünschen sie sich zusätzlich eine deutlich stärkere Orientierung hinsichtlich der klient*innenbezogenen Dokumentation und weitergehende Vorgaben, um ihre Arbeit in Einklang mit den administrativen Anforderungen zu bringen (Abb. 40). In diesem Kontext tritt die Orientierung an den professionsinhärenten Kompetenzen, die die Soziale Arbeit durch ihre eigenen theoretischen und praktischen Ansätze bestimmt, zunehmend in den Hintergrund. Diese Tendenz, sich an der Medizin sowie den administrativen Vorgaben zu orientieren und nicht den Diskurs innerhalb von Profession und Disziplin zu suchen, spiegelt sich auch in der Untersuchung der Historie wider. Diese Unterord-

nung der Sozialen Arbeit unter medizinische und administrative Paradigmen, schränkt die Entfaltung ihrer eigenen theoretischen und praktischen Potenziale im Bereich der medizinischen Rehabilitation ein.

Der bereits kritisierte, fehlende Diskurs innerhalb von Profession und Disziplin zeigt sich ebenfalls in der (Nicht-)Nutzung der ICF. Zwar widmet sich die Erhebung nicht explizit den Menschenrechten und ethischen Überlegungen, jedoch bieten Daten zur ICF Einblicke, um diese Aspekte indirekt zu beleuchten. Die ICF fördert durch die Berücksichtigung von Umweltfaktoren die Chancengleichheit von Menschen mit Behinderungen. Damit unterstützt sie die Umsetzung der Menschenrechte, indem sie als Werkzeug für inklusive nationale Gesetze dient (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2012).

Die große Diskrepanz zwischen dem Anspruch des dritten Mandats und der klient*innenbezogenen Dokumentation im Handlungsfeld wird deutlich, wenn die Antworten hinsichtlich der ICF-Nutzung analysiert werden. Von den Befragten nutzen 70,6 Prozent nicht die ICF und weitere 13,9 Prozent wissen nicht, ob sie dieses tun (Abb. 34). Die Daten zeigen, dass die geringe Nutzung der ICF nicht allein auf individuelle Entscheidungen zurückzuführen ist, sondern vielmehr auf eine Reihe systemischer Hindernisse. Zum einen verdeutlicht der häufig genannte Grund der fehlenden Notwendigkeit, dass ein Mehrwert der ICF für die klient*innenbezogene Dokumentation nicht gesehen wird. Dies kann auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden, exemplarisch seien hier die häufig genannte Komplexität der Klassifikation sowie nicht genutzte oder fehlende Fortbildungsangebote genannt. Besonders hervorzuheben ist jedoch, dass innerhalb des Handlungsfeldes bislang keine Diskussion über die praxisrelevante Nutzung stattgefunden hat. Anstatt einen professionsinternen Diskurs über die Chancen und Herausforderungen der Anwendung zu führen, erfolgt regelhaft die vermeintlich einfachere Nicht-Nutzung. Ohne einen reflexiven Diskurs oder eine Abstimmung, die über die Organisationsebene hinausgeht, zeigt sich bei der überwiegenden Mehrheit der Befragten eine pragmatische Nicht-Nutzung, die eine aktive Auseinandersetzung und Diskussion unbewusst negiert. Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass das oft angeführte Argument, die ICF biete eine 'gemeinsame Sprache' im Reha-Team (Beck et al., 2014, S. 4–5; A. Buchholz, 2015, S. 5; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 2016b, S. 11; Weis, 2004, S. 14), eher theoretisches Wunschdenken widerspiegelt und sich bislang in der Praxis der medizinischen Rehabilitation kaum durchgesetzt hat (Abb. 36).

Das dritte Mandat nach Staub-Bernasconi stellt ethische Prinzipien und die Orientierung an den Menschenrechten in den Fokus des professionellen Handelns. Dieser Anspruch unterliegt jedoch einer differenzierten kritischen Betrachtung. Insbesondere stellt sich die Frage, inwieweit die Nutzung der ICF als geeigneter Indikator für die Umsetzung dieses Mandats innerhalb der medizinischen Rehabilitation herangezogen werden kann. Darüber hinaus stellt sich die Frage, welche alternativen Studiendesigns und Indikatoren besser geeignet wären, um die Umsetzung des dritten Mandats zu bewerten, insbesondere solche, die den Faktor der sozialen Erwünschtheit in der Erhebung weitestgehend ausschließen. Knoop et al. betonen in diesem Kontext, dass im Falle von Zielkonflikten zwischen den ersten beiden Mandaten, die Bedürfnisse der Klient*innen an erster Stelle stehen sollten: „As social work is a profession based on human rights and a people-first approach, social workers should prioritize the needs of their clients in the case of potential goal conflicts“ (Knoop, Freymüller et al., 2024, S. 3). Diese Interpretation des dritten Mandats verdeutlicht, dass die Orientierung an Menschenrechten nicht nur eine normative Vorgabe ist, sondern als konkrete Handlungsanweisung aufgefasst werden kann. Dies widerspricht jedoch dem allgemeinen Verständnis der Mandatstheorie, wonach die Soziale Arbeit stets mit Spannungsfeldern konfrontiert ist und das Aushalten sowie die Reflexion dieser Spannungen als integraler Bestandteil ihres professionellen Selbstverständnisses gilt. Eine einseitige Priorisierung, wie etwa im Zweifelsfall ausschließlich zugunsten der zu rehabilitierenden Person zu entscheiden, würde die Bedeutung der anderen Mandate erheblich negieren sowie relativieren. Darüber hinaus kann die Soziale Arbeit nicht allein die Verantwortung für die Wahrung der Menschenrechte tragen, da dies sowohl ihre strukturellen Möglichkeiten übersteigen würde als auch den interdisziplinären Charakter der Arbeit im Reha-Team untergräbt.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse und deren Interpretation in dieser Studie lässt sich die Kritik von Müller-Hermann und Becker-Lenz bestätigen, dass mit der Wahrung der Menschenrechte, eine Aufgabe an die Soziale Arbeit herangetragen wird, an der diese nur scheitern kann, da sie zu umfassend und überwältigend ist (Müller-Hermann & Becker-Lenz, 2013). Selbst unter Berücksichtigung des Verständnisses des dritten Mandats nach Prasad, wonach die Menschenrechte einen „Orientierungs- und Referenzrahmen in Mandatskonflikten“ bieten können (Prasad, 2018, S. 37), scheint eine reflexive Anwendung in der Praxis weit entfernt. Wenn bereits die ICF, welche zumindest thematisch wesentlich näher am Handlungsfeld zu verorten ist, so eine geringe Relevanz in der Praxis findet, erscheinen die Menschenrechte umso mehr als Utopie.

Die Theorie des *vierten Mandats* beleuchtet die Rolle der Institutionen in der Sozialen Arbeit und die damit verbundenen Herausforderungen, die durch fortschreitende Ökonomisierung und institutionelle Vorgaben entstehen. Obwohl die Theorie des vierten Mandats nach Röh in der Disziplin der Sozialen Arbeit nur einen geringen Bekanntheitsgrad hat, zeigt sich ihre Relevanz deutlich in der Analyse der Praxis. Die zentrale Bedeutung der Institution manifestiert sich in zahlreichen Antworten und durchzieht die Erhebung als zentrales Thema. Die Rehabilitationseinrichtungen legen routinemäßig die Lese- und Schreibberechtigungen in den Rehabilitand*innenakten fest. Diese rollenbasierte Zugriffskontrolle beeinflusst maßgeblich, welche klient*innenbezogenen Informationen dem Sozialdienst und dem Reha-Team zugänglich gemacht werden. Die Erhebung macht deutlich, dass 19,0 Prozent nicht zuverlässig auf die Rehabilitand*innenakte zugreifen können (Abb. 14). Zudem wird eine mangelhafte Digitalisierung (Abb. 19; 40) der Institutionen kritisiert. Die Daten aus den geschlossenen und offenen Antwortformaten offenbaren eine starke Ausrichtung der Sozialdienstmitarbeitenden sowohl an ihrer eigenen Rehabilitationseinrichtung als auch am jeweiligen Kostenträger. Es wird bemängelt, dass es zu wenig Informationen zur Ausführung der rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation gäbe und die Erwartungen der DRV unklar seien (Abb. 18). Die Befragten wünschen sich Strukturierung und Einheitlichkeit bezüglich der klient*innenbezogenen Dokumentation (Abb. 40). Die Suche nach Informationen und Vorgaben offenbart zugleich eine gewisse Orientierungslosigkeit der Sozialen Arbeit hinsichtlich der klient*innenbezogenen Dokumentation. Sämtliche geäußerten Wünsche richten sich an die eigene Institution, die DRV als Kostenträger und/oder an die medizinischen Akteur*innen. Hervorzuheben ist, dass nach Lösungen ausschließlich außerhalb der eigenen Profession gesucht wird, statt die Antworten innerhalb des eigenen Berufsstandes zu generieren. Einzelne defizitäre Rahmenbedingungen, wie die ausbaufähige Hard- und Softwareausstattung sowie die Entlohnung, die regelmäßig unterhalb des Tarifniveaus liegt, bieten keine ausreichende Erklärung für diese Ergebnisse. Auffällig ist hierbei auch, dass die Soziale Arbeit die KTL-Kodierung ihrer Tätigkeiten bereits zu einem Anteil von 45,1 Prozent nicht selbst durchführt und zudem 20,0 Prozent nicht wissen, wer diese Aufgabe übernimmt (Abb. 21). Dadurch verliert die Soziale Arbeit die Deutungshoheit über ihre eigene Beratungstätigkeit. Eine zunächst möglicherweise als praktisch erscheinende Delegation von Verantwortung kann letztlich in einem Verlust an Wissen und Partizipation über die KTL, RTS und das Qualitätsmanagementsystem der DRV münden.

Es kann resümiert werden, dass die Studienergebnisse nicht ausschließlich durch die inhärenten Spannungsfelder der vier Mandate erklärt werden können. Vielmehr zeichnet sich das Bild einer Profession ab, die sich in einer gewissen Orientierungslosigkeit befindet. Diese lässt sich primär auf das Fehlen kritischer Diskurse und Auseinandersetzungen innerhalb der eigenen Profession zurückführen. Als Folge dessen orientiert sich die Soziale Arbeit verstärkt an externen Strukturen wie der eigenen Rehabilitationseinrichtung, dem Rehabilitationsträger sowie medizinischen Akteur*innen. Die Soziale Arbeit sucht Antworten und Lösungen vermehrt außerhalb der eigenen Fachlichkeit, anstatt innerhalb des eigenen professionellen Kontexts. Zudem neigt ein im Vergleich zahlenmäßig kleineres Handlungsfeld in den Einrichtungen dazu, sich leichter und schneller der institutionellen und medizinischen Dominanz zu beugen oder zu glauben, sich beugen zu müssen. Diese Orientierungslosigkeit im Inneren birgt das Potential die Professionalität und Qualität der Sozialen Arbeit zu bedrohen, wenn keine systematische Reflexion und berufspolitische Diskussion eingeleitet wird, um die eigene Position, Eigenverantwortung und Eigenständigkeit zu stärken.

5.3 Funktion und Adressat*innen

Im Folgenden werden die Ergebnisse untersucht, um herauszufinden, welche Funktionen die klient*innenbezogene Dokumentation erfüllt. Hierbei werden die theoretischen Funktionen (Abb. 3), mit den tatsächlich in den Ergebnissen identifizierten Funktionen verglichen, um Übereinstimmungen und Abweichungen zu erkennen. Ein solches Vorgehen wird ebenfalls für die Adressat*innen der Dokumentation (Abb. 4) angewandt.

Die Rehabilitand*innenakte kann eine wichtige *Informationsquelle* für das Reha-Team darstellen, da sie unter anderem die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung enthält. Anhand der Ergebnisse kann jedoch aufgezeigt werden, dass der Zugang zur Akte weniger problemlos verläuft, als allgemein angenommen. Hierbei stellt die Führungsart der Akte einen signifikanten Einflussfaktor dar (Abb. 13). Darüber hinaus können große Unterschiede in den Leseberechtigungen innerhalb des Reha-Teams identifiziert werden (Abb. 31; 33). Einzelne offene Antworten weisen zudem darauf hin, dass der Ärzteschaft zwar in hohem Maße Leseberechtigungen für die sozialdienstliche Dokumentation erteilt werden (Abb. 31), dies jedoch nicht automatisch den Rückschluss zulässt, dass diese auch tatsächlich gelesen wird. Es fehlen wissenschaftliche

Erkenntnisse darüber, wie andere Professionen innerhalb des Reha-Teams mit ihren Zugriffsberechtigungen umgehen oder wie diese Berechtigungen möglicherweise durch die Einrichtungsleitung oder die EDV-Abteilung verteilt bzw. organisiert werden.

Eine Möglichkeit, die klient*innenbezogene Dokumentation zu nutzen, liegt in ihrer Funktion zur *Steuerung von Beratungs- und Behandlungsprozessen*. Unter Zuhilfenahme von KTL und RTS können Pfade in der rehabilitativen Versorgung aufgezeigt und im nächsten Schritt auch verbessert werden. Diese theoretische Möglichkeit wird allerdings zumindest dahingehend begrenzt, dass lediglich 48,2 Prozent der Befragten ihre Beratungen selbst unter der Anwendung von KTL verschlüsseln (Abb. 21). Der Prozess der Kodierung erfordert spezifisches Wissen bezüglich der KTL und RTS sowie ihren Rollen innerhalb des Qualitätssicherungssystem der DRV. Die Tatsache, dass über die Hälfte der befragten Personen diesen Schritt nicht ausführt, kann darauf hindeuten, dass entweder das entsprechende Wissen fehlt oder dass weder seitens der Individuen noch der Einrichtung ein Bestreben besteht, die Kodierung selbstständig bzw. vom Sozialdienst durchführen zu lassen.

Der von Tornow geäußerte Kritikpunkt, dass bei der klient*innenbezogenen Dokumentation häufig ein Misstrauen mitschwingt, welches „zu einem Exzess an Kontrolle führen kann (...)“ (Tornow, 2021, S. 412), kann anhand der Daten nicht bestätigt werden. Die befragten Sozialdienstmitarbeitenden formulieren mehrheitlich den Wunsch nach mehr bzw. eindeutigeren Vorgaben. Eine von der Einrichtung oder der Kostenträgerschaft geforderte *Legitimierung von Arbeitsprozessen* durch detaillierte und umfassende Regelungen erfolgt für den sozialdienstlichen Dokumentationsbereich kaum. Stattdessen zeigen die Daten, dass die Sozialdienstmitarbeitenden ein Bedürfnis nach Orientierung, nach klareren Richtlinien und strukturierten Prozessen haben. Vor dem Hintergrund des neuen Vergütungsmodells der DRV (§ 15 Abs. 3 SGB VI) kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Legitimationsdruck auf die Profession zukünftig steigen wird. Wie Knoop et al. bereits feststellen, fehlt bislang ein evidenzbasierter Nachweis für die positive Effektivität Sozialer Arbeit in Rehabilitationseinrichtungen (Knoop et al., 2019). Angesichts des zunehmenden Kostendrucks im Gesundheitswesen ist es fraglich, ob die Akzeptanz dieses Umstands bei Leistungs- und Kostenträgern weiterhin vorausgesetzt werden kann.

Die Funktionen *Qualitätssicherung/Evaluation* und *Statistik/Kennzahlen* sind in den ausgewerteten Daten miteinander verknüpft, weshalb sie im Folgenden gemeinsam betrachtet werden. Die Forschungsergebnisse lassen keine umfassenden oder flächendeckenden Anstrengungen der Sozialdienste zur Evaluation oder statistischen Erfassung ihrer Leistungen erkennen. Ein

Hinweis auf die fehlende flächendeckende Evaluation oder statistische Erfassung ist, dass das hierfür potenziell zu nutzende Klassifikationsverfahren KTL von weniger als der Hälfte der Befragten selbst angewendet wird (Abb. 21). Bei der ICF liegt der Nutzungsanteil sogar nur bei 15,5 Prozent (Abb. 34). Zwar wertet die DRV im Rahmen ihres umfangreichen Qualitätssicherungsverfahrens die KTL- und RTS-Daten aus, doch bietet dies den Sozialdiensten nur begrenzten Mehrwert, da originäre sozialarbeiterische Fragestellungen nicht im Fokus stehen.

Die bereits im Theorieteil formulierte Schlussfolgerung, dass abseits der Auswertung von Routinedaten der DRV bislang keine *Forschungsaktivitäten* bekannt sind, die sich mit der klient*innenbezogenen Dokumentation auseinandersetzen, wird durch die vorliegenden Daten gestützt. Dies deckt sich zudem mit Erkenntnissen aus dem Jahr 2016, in denen 75,4 Prozent der befragten Sozialarbeitenden aus der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit angaben, niemals an Forschungsprozessen beteiligt zu sein (Adolph et al., 2016, S. 42). Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung einer stärkeren Integration der Sozialen Arbeit in die Forschungslandschaft offensichtlich. Die DGSA kritisiert, dass in der Fachsystematik der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) die Soziale Arbeit nicht berücksichtigt wird. Ferner stehen für die anwendungsorientierte Forschung nicht ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit, 2020).

Gleichzeitig gilt es, auf die Einschränkungen des Fragebogens bezüglich der Erfassung der Funktionen der klient*innenbezogenen Dokumentation hinzuweisen. Es besteht zumindest die theoretische Möglichkeit, dass individuelle oder einrichtungsbezogene Reflexions- und Forschungsaktivitäten, Evaluationen sowie statistische Erhebungen und Auswertungen stattfinden, allerdings bisher weder in der vorhandenen Literatur, im wissenschaftlichen Diskurs noch in den erhobenen Forschungsdaten abgebildet werden.

Die *Adressat*innen* sowie die jeweiligen Funktionen der klient*innenbezogenen Dokumentation bedingen sich wechselseitig (Abb. 4). In der Praxis zeigt sich, dass selbst Kolleg*innen innerhalb des Sozialdienstes keinen uneingeschränkten Zugang zu der klient*innenbezogenen Dokumentation haben. Dies trifft sowohl auf die Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht (Abb. 31) als auch auf die Verlaufsdokumentation (Abb. 33) zu. Die analysierten Daten legen eine signifikante Diskrepanz offen. Theoretisch sollte das Reha-Team dem biopscho-sozialen Modell einer ganzheitlichen medizinischen Rehabilitation folgen, indem es die Informationen und Erkenntnisse aller beteiligten Professionen in ihrer Arbeit berücksichtigt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2020b, S. 10, 2022a, S. 4–5). Dennoch zeigen die erho-

benen Daten deutlich, dass die Zugriffsberechtigungen auf klient*innenbezogene Dokumentationen ungleichmäßig verteilt sind. Medizinische Fachkräfte verfügen über die umfassendsten Leseberechtigungen, wohingegen Ergotherapeut*innen lediglich auf 46,8 Prozent der sozialdienstlichen Verlaufsdokumentation sowie auf 2,0 Prozent der ärztlichen Entlassungsberichte (Abb. 31) zugreifen können. Vor dem theoretischen Hintergrund und in Anbetracht des Verständnisses der DRV hinsichtlich des Reha-Teams ist eine Bevorzugung oder Benachteiligung einzelner Professionen innerhalb des Reha-Teams nicht zu rechtfertigen. Dem immanenten Anspruch der DRV und der Sozialen Arbeit auf Transparenz wird in diesem Bereich nicht entsprochen. Diese Erkenntnis kann ebenfalls auf den Umgang mit den Rehabilitand*innen übertragen werden. Von diesen erhalten lediglich 17,6 Prozent die Möglichkeit die Sozialdienstokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht zu lesen (Abb. 31). Bislang scheint die zu rehabilitierende Person als Adressat der eigenen klient*innenbezogenen Dokumentation (noch) nicht im größeren Umfang ausgemacht worden zu sein. Die durch diese Forschungsarbeit erstmalig identifizierte ungleiche Verteilung der Leseberechtigungen, kann weitreichende Folgen für die Zusammenarbeit im interdisziplinären Reha-Team haben. Ein Mangel an Transparenz und ein unzureichender Zugang zur klient*innenbezogenen Dokumentation können den Austausch zwischen den beteiligten Professionen erheblich einschränken und somit die Qualität der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme beeinträchtigen. Zudem wird das Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung untergraben, wenn der Grad der Informiertheit zwischen einzelnen Professionen und/oder Rehabilitand*innen stark variiert. Dieses Ergebnis stimmt mit der Einschätzung von Knoop et al. überein, die ebenfalls von Schwierigkeiten berichten, wenn die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung dem Sozialdienst nicht rechtzeitig mitgeteilt wird und bezeichnen dies als 'lack of effective information management' (Knoop, Freymüller et al., 2024).

Angesichts der bereits identifizierten starken Fokussierung des Sozialdienstes auf die Leistungs- und Kostenträger überrascht dieses Ergebnis. Der Umstand, dass innerhalb der Profession der Sozialen Arbeit hierüber kein Diskurs geführt wird, fügt sich jedoch ins bisherige Bild ein und unterstreicht zudem die Erkenntnis, dass die Fachöffentlichkeit regelhaft nicht als Adressatin der klient*innenbezogenen Dokumentation wahrgenommen wird.

5.4 Schreibkompetenz und Digitalität

Diese Studie bestätigt, dass ein Abschluss in Sozialer Arbeit unter den Mitarbeitenden des Sozialdienstes in der medizinischen Rehabilitation die Regel darstellt. Mit einem Anteil von 92,8 Prozent verfügt die Mehrheit der in diesem Bereich Beschäftigten über Qualifikationen in Sozialarbeit und/oder Sozialpädagogik auf Bachelor-, Master- oder Diplomniveau (Abb. 37). Das Vorhandensein dieser akademischen Qualifikation bildet die Voraussetzung, um einen Abgleich zwischen den theoretischen sozialarbeitsbezogenen Qualifikationsstandards hinsichtlich der *Schreibkompetenz* und den erhobenen Daten vorzunehmen.

Obwohl die parallele Nutzung von digitaler und Papierakte von den Befragten regelhaft negativ bewertet wird, da sie mit Herausforderungen wie umständlichen Arbeitsabläufen und Doppelarbeit einhergeht, offenbart diese Praxis zugleich eine fast zwangsläufige Stärke. Die Fähigkeit der Mitarbeitenden, zwischen verschiedenen Dokumententypen zu navigieren und die damit verbundenen spezifischen Anforderungen zu erfüllen, deuten auf ein hohes Maß an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit sowie grundlegender Schreibkompetenz hin. Darüber hinaus zeigt sich ein Problembewusstsein gegenüber diesen strukturellen Gegebenheiten, denn die komplizierten Arbeitsabläufe und der Zeitmangel werden als Störungen identifiziert und thematisiert. Ein weiterer Indikator zur Analyse der Schreibkompetenz ist das Sicherheitsgefühl bei der Erstellung der klient*innenbezogenen Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht (Abb. 29). Der hohe Grad an Sicherheit, den die Mehrheit der Befragten bei der Erstellung empfindet, deutet darauf hin, dass sie sich diese Aufgaben zutrauen und sie annehmen. Gleichzeitig bringen sie jedoch den Wunsch nach Vorgaben zum Ausdruck, was einen Widerspruch erkennen lässt. Dieser Wunsch kann darauf hindeuten, dass die Mitarbeitenden ihre Schreibfähigkeiten effizienter nutzen und weiterentwickeln möchten, was ein Bewusstsein für die eigenen Fähigkeiten und deren Weiterentwicklungspotenziale signalisiert. Divergierend von diesem Erklärungsansatz, können die Daten auch als eine Orientierungslosigkeit interpretiert werden. Dieser scheinbare Widerspruch zeigt sich ebenfalls bei der Erstellung und Nutzung von Textbausteinen. Einerseits kann dieses Vorgehen als bewusst gewähltes Mittel gesehen werden, um den Schreibprozess zu vereinfachen und zu optimieren, was darauf hindeutet, dass der Wunsch besteht, effiziente und konsistente Dokumentationspraktiken zu etablieren. Andererseits könnte es aber auch Ausdruck von Unsicherheit bei der freien Textproduktion sein. Der von Borg-Laufs beschriebene Wunsch der Sozialarbeitenden nach einer Standardlösung (Borg-Laufs et al., 2022, 13-14, 90), wird durch die Daten bestätigt. Borg-Laufs et al. beschreiben zudem, dass

in der Kinder- und Jugendhilfe tätigen Berufsanfänger*innen häufig auf Vorlagen von Kolleg*innen oder Vorgesetzten angewiesen sind, um Unterstützung im Bereich der Dokumentation zu erhalten (Borg-Laufs et al., 2022, S. 13). Dieses Vorgehen, das den Mangel an Fortbildungen, Diskursen sowie spezifischer Literatur auszugleichen versucht, ist vermutlich auch im Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation anzutreffen. Zumindest existieren keine Daten oder Belege, die das Gegenteil vermuten lassen. „Insoweit besteht aber die Gefahr, dass durch diese Art des ‘Lernens’ von Generation zu Generation ‘Mustervorschläge’ weitergegeben werden, die weder hinreichend aktuell fachlichen und methodischen Erkenntnissen noch den Erfordernissen der Praxis, noch dem Berufsauftrag und ebenso wenig den Bedürfnissen der Klienten bzw. Klientinnen entsprechen“ (Borg-Laufs et al., 2022, S. 13).

Andererseits sollte kritisch hinterfragt werden, ob die Erstellung und Nutzung von Textbausteinen ausreicht, um die von der Europäischen Kommission mit dem Bachelorgrad erwartete Innovationsfähigkeit zu belegen. Im Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse wird auch die Fähigkeit zum Transfer und zur selbstständigen Gestaltung weiterführender Lernprozesse beschrieben. Ein Wissenstransfer erscheint jedoch nahezu unmöglich, wenn es kaum vorhandenes Wissen in Form von Veröffentlichungen, Diskursen oder Materialien zur klient*innenbezogenen Dokumentation gibt, auf das rekuriert werden kann.

Ein Aspekt, der nicht nur in Bezug auf die Schreibkompetenz hervortritt, ist, dass lediglich 17,6 Prozent der Sozialdienstmitarbeitenden der zu rehabilitierenden Person einräumen, die sie betreffende Dokumentation einzusehen (Abb. 31). Eine Leseberechtigung der Rehabilitand*innen kann ein Indikator für deren Partizipation im Dokumentationsprozess darstellen. Die Antworten deuten sowohl auf eine mangelnde Transparenz gegenüber der zu rehabilitierenden Person hin als auch darauf, dass deren Partizipation an ihrer eigenen Dokumentation wahrscheinlich gering ist. Für diese Zurückhaltung können verschiedene Gründe angeführt werden, die indirekt mit der Schreibkompetenz der Sozialarbeitenden zusammenhängen. Möglicherweise besteht die Angst, dass die dokumentierten Informationen missverstanden werden, insbesondere wenn sie Fachvokabular enthalten. Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass es eine Diskrepanz zwischen der Dokumentation und den Wünschen und/oder Wahrnehmungen der zu rehabilitierenden Person geben kann. Ein weiterer Grund könnte das Fehlen klarer Richtlinien oder Standards sein, die Transparenz und Partizipation in der klient*innenbezogenen Dokumentation ausdrücklich fordern und Hinweise für die praktische Umsetzung in der Praxis

geben. Als ein Motiv kann auch hier der Zeitfaktor in Bezug auf die Umsetzung angeführt werden. Ein naheliegender Gedanke in diesem Kontext ist die mögliche Überzeugung der Sozialdienstmitarbeitenden, dass die Dokumentation für die zu rehabilitierende Person als irrelevant oder uninteressant angesehen wird. Diese letztere Annahme kann jedoch widerlegt werden, da 79,5 Prozent der Befragten der Dokumentation für die zu rehabilitierende Person eine sehr hohe bis hohe Relevanz zuschreiben (Abb. 30). Die Ursachen für dieses sozialarbeiterische Handeln können nicht abschließend geklärt werden, was auf einen weiteren Forschungsbedarf in diesem Bereich hinweist.

Auf Basis der erhobenen Daten lässt sich ein grundlegendes Bewusstsein für die eigenen Kompetenzen in der klient*innenbezogenen Dokumentation feststellen. Die Mitarbeitenden zeigen Interesse am Thema und dessen Weiterentwicklung. Allerdings birgt die aktuell sehr häufig praktizierte doppelte Aktenführung eine paradoxe Situation (Abb. 13). Während sie Flexibilität einfordert bzw. demonstriert, beansprucht sie gleichzeitig Zeitressourcen. Diese Zeit fehlt potenziell für die Entwicklung innovativer Konzepte bzw. die wissenschaftliche Fundierung und Validierung der erstellten Textbausteine.

Diese Untersuchung bringt relevante Erkenntnisse zur Schreibkompetenz der Sozialdienstmitarbeitenden im Handlungsfeld zutage. Das weitgehende Fehlen des Themas Schreibkompetenz im QR SozArb, im Kerncurriculum Sozialer Arbeit sowie im QGSA bedeutet nicht zwangsläufig, dass diese Kompetenz ohne weiteres gegeben ist. Die Befunde verdeutlichen vielmehr, dass die im Studium erworbenen Kompetenzen nicht hinreichend sind, um nachhaltig die Weiterentwicklung des Handlungsfeldes im Hinblick auf die klient*innenbezogene Dokumentation zu sichern. Ein erschwerender Faktor in der gegenwärtigen Transformationsphase ist die zunehmende Digitalität und Digitalisierung, auf die Reichmann bereits 2022 hingewiesen hat (Reichmann, 2022, S. 9). Es wird deutlich, dass ein Innovationspotential in dieser Hinsicht nicht als gegeben betrachtet werden kann. Stattdessen ist eine erhebliche Anpassung der Dokumentation an bestehende Rahmenvorgaben zu beobachten, während Eigeninitiative, die über die standardisierte Verwendung von Textbausteinen hinausgeht, oft nur limitiert vorhanden ist. Diese Situation wirft Fragen zur Qualität und praktischen Anwendung der Schreibkompetenz auf.

Bei dem erfolgten Abgleich zwischen den theoretischen sozialarbeitsbezogenen Qualifikationsstandards hinsichtlich der Schreibkompetenz und den erhobenen Daten müssen zwei wesentliche Limitationen berücksichtigt werden. Zum einen basieren die erhobenen Daten auf Selbsteinschätzungen der Teilnehmenden, wobei der Fragebogen nicht ausschließlich für diesen Abgleich konzipiert war, sondern bewusst offen gestaltet wurde, um verschiedene Themenbereiche zu erforschen. Zum anderen kann die Schreibkompetenz der Sozialdienstmitarbeitenden nicht in Gänze analysiert werden, da keine inhaltliche Auswertung klient*innenbezogener Dokumentationen vorgesehen ist. Trotz dieser Einschränkungen ist der Abgleich essenziell, um Aufschluss darüber zu geben, wie die Sozialdienste deutschlandweit ihre klient*innenbezogene Dokumentation in der medizinischen somatischen Rehabilitation gestalten.

Die Untersuchungsergebnisse zur Schreibkompetenz der Sozialdienstmitarbeitenden zeigen, dass die Herausforderungen in der Dokumentation auf strukturelle und organisatorische Faktoren zurückzuführen sind. Im Kontext der technologischen Transformation gewinnt hierbei auch die Frage nach der *Digitalität* zunehmend an Bedeutung.

Die Untersuchungsergebnisse hinsichtlich der Büroausstattung der Sozialdienste belegen, dass zwar eine grundlegende digitale Infrastruktur vorhanden ist, jedoch regelhaft keine umfassende Hard- und Softwareausstattung von den Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung gestellt wird. Die COVID-19-Pandemie fungiert in diesem Kontext zwar als Katalysator für die digitale Transformation im Gesundheitswesen (Kleemann, Beß & Antic, 2024, S. 648–649) und es ist anzunehmen, dass inzwischen der Grad der Digitalisierung gestiegen ist. Dennoch befindet sich die Auseinandersetzung mit potenziellen digitalen Veränderungen bei den Sozialdiensten noch in den Anfängen. Beispielsweise ist die Hardwareausstattung für mobiles Arbeiten innerhalb der Einrichtungen als besonders ausbaufähig zu bewerten. Darüber hinaus fehlt 13,9 Prozent der Befragten der Zugang zur einrichtungsinternen Dokumentationssoftware, was die Effektivität und Effizienz der Arbeitsprozesse zusätzlich beeinträchtigt (Abb. 12). Die offenen Antworten der Befragten beweisen, dass fast ein Viertel sich bedeutende Veränderungen im Bereich der Digitalisierung und Digitalität wünscht. Es wird nicht nur der Bedarf an Hard- und Softwarelösungen deutlich, sondern auch der Wunsch nach einem effektiveren Umgang hiermit innerhalb der Reha-Teams. In den offenen Antworten zur Kategorie Digitalisierung wird ersichtlich, dass zumindest ein Teil der Befragten sich der Tatsache bewusst ist, dass eine verbesserte Ausstattung neue Dokumentationsroutinen ermöglichen könnte, wodurch Zeit, die ansonsten in doppelte Schreibaufgaben investiert würde, anderweitig genutzt werden könnte. Zudem

zeigt sich, dass niemand der Befragten eine Rückkehr zu Papier und Stift wünscht, was das Bewusstsein und die Offenheit für die Vorteile digitalisierter Arbeitsprozesse widerspiegelt. Im Jahr 2014 beschreiben Haupt, Kramer und Adolph bereits die Vorteile professioneller Software für den Sozialdienst. Hierzu „müssen die von der Sozialen Arbeit erbrachten Leistungen einfach und effizient erfasst werden, damit sie ausgewertet und transparent abgebildet werden können. Das erfordert kompetente und anwenderfreundliche IT-Lösungen, die sich an den Anforderungen und Bedürfnissen der Nutzer orientieren, Fallinformationen sowie Netzwerkaspekte berücksichtigen und sektorenübergreifendes Handeln abbilden“ (Haupt et al., 2014, S. 36). Die Rückmeldungen lassen folgende Schlussfolgerung zu. Eine Software, welche die von Kramer, Haupt und Adolph beschriebenen Vorzüge besitzt, scheint nicht zu existieren bzw. sich zumindest im Handlungsfeld bislang nicht durchgesetzt zu haben.

Vor dem Hintergrund der fortschreitenden Digitalisierung und des zunehmenden Einsatzes von KI-Technologien ist es entscheidend, dass sowohl auf der Ebene der Sozialdienste als auch auf Einrichtungsebene eine Auseinandersetzung mit diesem Transformationsprozess erfolgt. Hierbei sollte der Aspekt der Digitalität, also beispielsweise die Vergabe von Lese- und Schreibberechtigungen sowie die Gestaltung und Anwendung standardisierter Dokumentationshilfen, umfassend berücksichtigt werden. Es gilt zu hinterfragen, welche Akteur*innen mit welchen Motivationen direkt oder indirekt Einfluss auf die Gestaltung der klient*innenbezogenen Dokumentation nehmen und welche Rolle die Soziale Arbeit hierbei einnehmen möchte. Alle Themen mit Bezug zur Digitalität sollten aktiv von den Sozialdiensten (mit-)gestaltet werden, damit sie nicht von Einrichtungsleitungen und deren EDV-Abteilungen dominiert wird.

Es kann resümiert werden, dass das unausgeschöpfte Potential beim Thema Digitalität in Verbindung mit der klient*innenbezogenen Dokumentation groß ist und sich auf verschiedene Bereiche erstreckt. In jeder Kategorie der offenen Antworten (Abb. 40) besteht diesbezüglich die Möglichkeit für Veränderungen, die im besten Falle zu Verbesserungen führen können. Insbesondere der Faktor Zeit sowie der Wunsch nach unterstützenden Arbeitshilfen könnten maßgeblich von einer verbesserten Digitalität profitieren.

6 Zusammenfassung und Ausblick

Dieses Kapitel stellt die aus den Ergebnissen und dem Diskussionsteil abgeleiteten Erklärungsansätze, orientiert an der Hauptfragestellung¹⁵⁷, zusammenfassend dar. Hierbei gilt, dass die Erklärungsansätze miteinander in einer Wechselbeziehung stehen. Zum Beispiel müssen die Dominanz der Medizin und die geringe Entwicklungsdynamik der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen als miteinander verknüpft und sich zum Teil gegenseitig bedingend gesehen werden. Vor diesem Hintergrund wird auf eine Platzierung oder auch Hierarchisierung der Erklärungsansätze verzichtet. Am Ende der Arbeit werden mögliche Forschungsdesiderate benannt, die sich aus den Erklärungsansätzen ableiten lassen.

Dominanz der Medizin

Die Forschungsergebnisse zur historischen Entwicklung der Sozialen Arbeit verdeutlichen, dass seit dem Nationalsozialismus eine starke Orientierung an der Medizin als Bezugswissenschaft besteht. In Deutschland wird das Gesundheitswesen, einschließlich der medizinischen Rehabilitation, maßgeblich von der Medizin geprägt und dominiert. Dies zeigt sich insbesondere in der Praxis der DRV, die der Medizin die verantwortliche Steuerung des Rehabilitationsprozesses in den Einrichtungen überträgt und sie als führende Instanz ansieht. Es konnte aufgezeigt werden, dass sich die Dominanz der Medizin auch in der Wahrnehmung der Sozialdienstmitarbeitenden zeigt, die die Medizin als maßgebliche Instanz innerhalb der Einrichtung und bei der Steuerung des Rehabilitationsprozesses ansehen. Diese normalisierte Hierarchie prägt auch die klient*innenbezogene Dokumentationspraxis entscheidend und wird durch die von der DRV zugewiesene Leitungsfunktion der Medizin zusätzlich verstärkt. Diese historische und strukturelle Ausrichtung dient als ein Erklärungsansatz für die aktuelle klient*innenbezogene Dokumentationspraxis.

Geringe Entwicklungsdynamik der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Der Sozialen Arbeit im Akutkrankenhaus gelingt es nach dem zweiten Weltkrieg nicht an die vorherige progressive Entwicklung anzuschließen. Der Bruch, der in der Zeit des Nationalsozialismus entsteht, bleibt unüberwindbar. Die Soziale Diagnostik, als Teil der klient*innenbezogenen Dokumentation wird in den 1960er und 1970er Jahren einseitig als Stigmatisierung wahrgenommen betrachtet (Geißler-Piltz, 2006). Eine Aufarbeitung der nationalsozialistischen

¹⁵⁷ Wie und unter welchen Rahmenbedingungen gestalten deutschlandweit Sozialdienste in der medizinischen somatischen Rehabilitation die klient*innenbezogene Dokumentation, und welche Erklärungsansätze können hiervon abgeleitet werden?

Vergangenheit findet erst ab den 1980er Jahren statt (Siebert, 2022, S. 66). Erst mit der Einführung des RehaAnglG im Jahre 1974 kann sich die Soziale Arbeit im Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation etablieren. Eine umfassende kritische Auseinandersetzung mit der klient*innenbezogenen Dokumentation im Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation hat sowohl innerhalb der Profession als auch im wissenschaftlichen Diskurs bislang nicht stattgefunden. Sowohl die möglichen Funktionen der klient*innenbezogenen Dokumentation als auch die Berücksichtigung verschiedener Adressat*innen, werden derzeit nicht in ihrem gesamten Umfang genutzt. Eine nicht ausreichende Auseinandersetzung kann ebenfalls für die Chancen und Herausforderungen der ICF im Handlungsfeld festgestellt werden.

Lücke zwischen theoretischen Rahmenvorgaben und praktischer Anwendbarkeit in der Sozialen Arbeit

Bei der Einordnung der Rahmenvorgaben für die klient*innenbezogene Dokumentation zeigt sich auf der Mikroebene eine fehlende Konkretion für die klient*innenbezogene Dokumentation (Abb. 7). Diese Lücke führt dazu, dass Sozialdienstmitarbeitende in der Regel eine erhebliche Kompetenz hinsichtlich Adaption und Operationalisierung der vorhandenen, abstrakteren Rahmenvorgaben benötigen. Auf der Mesoebene kann lediglich die KTL mit einer starken Konkretion der Rahmenvorgaben eingeordnet werden. Eine Option, die KTL effektiv zu nutzen, liegt in ihrer Funktion zur Steuerung von Beratungs- und Behandlungsprozessen. Mithilfe der KTL können nicht nur rehabilitative Versorgungspfade in der Einrichtung aufgezeigt und im Anschluss optimiert werden, sondern es besteht auch die Möglichkeit, dass der Sozialdienst die Zielgruppen selbstständig hinsichtlich relevanter Themen und deren Häufigkeit auswertet und evaluiert. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass die KTL von den Sozialdiensten bislang kaum für diese Zwecke genutzt wird. Das theoretische Potenzial dieser, der Mesoebene zugeordnete, Klassifikation aktiv zu nutzen wird regelhaft von den Sozialdiensten nicht genutzt. So verschlüsseln lediglich 48,2 Prozent der Befragten ihre Beratungsleistungen eigenständig mit der KTL (Abb. 21). Dieser begrenzte Einsatz kann auf mangelndes Wissen über die KTL und deren Bedeutung innerhalb des Qualitätssicherungssystems der DRV zurückgeführt werden. Die hohen Anforderungen hinsichtlich Adaptions- und Operationalisierungsfähigkeit welche an die Sozialdienstmitarbeitenden gestellt werden, können mehrheitlich von diesen nicht erfüllt werden. Die Lücke zwischen theoretischen Rahmenvorgaben und praktischer Anwendbarkeit ist zu groß.

Bedürfnis nach Orientierung

Bei den befragten Sozialdienstmitarbeitenden zeigt sich ein starkes Bedürfnis nach Struktur, Orientierung, Vorgaben sowie Rückmeldungen hinsichtlich der klient*innenbezogenen Dokumentation. Dieses Bedürfnis geht einher mit einer starken Orientierung an den Vorgaben der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung sowie der DRV. Angesichts der fehlenden Konkretion der Rahmenvorgaben für die klient*innenbezogene Dokumentation auf der Mikroebene (Abb. 7), entwickeln viele Sozialdienste praxisorientierte Lösungen in Form von Textbausteinen (Abb. 25). Trotz dieser Herausforderungen zeigt sich bei den Sozialdienstmitarbeitenden eine bemerkenswerte Eigeninitiative in Bezug auf die Erstellung und Nutzung derselbigen. Diese Praxis spiegelt Flexibilität und Anpassungsfähigkeit wider und kann als Grundlage für eine Weiterentwicklung der Dokumentationspraxis dienen.

*Vernachlässigte Orientierung an Rehabilitand*in*

Hinsichtlich der vom Sozialdienst verwendeten Sozialen Diagnostik zeigt sich, dass ein sehr geringer Anteil an standardisierten Erhebungsmethoden verwendet wird, die der Sozialen Arbeit originär zugeschrieben werden können (Abb. 25). Dabei besitzt die Soziale Arbeit das Potenzial sowie die erforderlichen Methoden, über die rein berufliche Situation der zu rehabilitierenden Person hinauszugehen und deren weitere individuelle Lebenskontexte zu berücksichtigen. Diese Aspekte bringt die Soziale Arbeit jedoch bislang nicht in ausreichendem Maße in die klient*innenbezogene Dokumentation ein. Dies betrifft insbesondere Aspekte, die über ein ausschließlich biomedizinisches Verständnis sowie eine auf die (Wieder-)herstellung der Arbeitsfähigkeit gerichtete Perspektive hinausgehen. Die Forschungsergebnisse zur Leseberechtigung zeigen, dass eine systematische Partizipation der Rehabilitand*innen am Dokumentationsprozess in der Regel nicht vorgesehen ist und auch von den Sozialdiensten nicht durchgeführt wird (Abb. 31).

Struktur und Forschungsaktivität im Handlungsfeld

Im Vergleich zu anderen Handlungsfeldern im Gesundheitswesen ist die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation mit einer Geschichte von rund 50 Jahren relativ jung. Darüber hinaus ist die Zahl der Vollzeitäquivalente mit circa 3 000 Sozialarbeitenden, die 2018 in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen tätig waren, vergleichsweise gering (Blankenburg & Cosanne, 2021, 142). Diese Struktur begünstigt die bislang unzureichende Auseinandersetzung mit der klient*innenbezogenen Dokumentation. Das daraus resultierende Defizit an spezifischer Literatur und Fortbildungsveranstaltungen, die auf das Handlungsfeld zugeschnitten sind, kann als Erklärungsansatz für die vorliegenden Ergebnisse herangezogen werden.

Ungenutztes Potential bei Digitalität

Die Ergebnisse legen dar, dass insbesondere bei der Art der Aktenführung, bei den technischen Möglichkeiten des mobilen Arbeitens innerhalb der Einrichtung sowie der Vergabe und Transparenz von Leseberechtigungen für die klient*innenbezogene Dokumentation ungenutztes Potential vorliegt. Ein Viertel aller Wünsche bei den offenen Antworten bezieht sich alleinig auf das Gebiet der Digitalisierung (Abb. 40).

Abschließend lassen sich aus den dargelegten Ergebnissen und Erklärungsansätzen mehrere zentrale Forschungsdesiderate ableiten. Eine weiterführende Auswertung des bereits vorliegenden Datensatzes erscheint insbesondere im Hinblick auf die Indikation Psychosomatik vielversprechend. Die insgesamt 32 Fragebogen (Abb. 8) bilden hierfür eine valide Grundlage. Die Ergebnisse der statistischen Berechnungen können analysiert und mit den Daten der somatischen Indikationen verglichen werden, um potenzielle Unterschiede sowie Gemeinsamkeiten zu identifizieren. Im Fokus kann dabei die Frage stehen, ob und inwiefern sich der höhere Personalschlüssel, eine längere Rehabilitationsdauer sowie ein stärkerer Fokus auf die psycho-soziale Situation auf die klient*innenbezogene Dokumentation auswirken. Darüber hinaus bietet sich als Ansatzpunkt für zukünftige Forschungen eine qualitativ ausgerichtete Sichtung, Einordnung und Bewertung der klient*innenbezogenen Dokumentation an. Dabei könnte der Fokus insbesondere darauf liegen, ob und in welcher Weise die starke Orientierung der Sozialen Arbeit an der Medizin sich in der Sprache sowie der Auswahl der dokumentierten Inhalte widerspiegelt.

Im unter Kostendruck¹⁵⁸ stehendem Rehabilitationsbereich birgt eine Stagnation der Entwicklung der klient*innenbezogenen Dokumentation sowie ein fehlender Diskurs über die Chancen und Herausforderungen das Risiko, dass die Relevanz der Sozialen Arbeit für die medizinische Rehabilitation nicht ausreichend sichtbar wird. Leistungen, die nicht dokumentiert werden bzw. nicht transparent und für das Reha-Team einsehbar sind, erscheinen in diesem Kontext, als ob die Berufsgruppe keinen substantziellen Beitrag leisten würde, was langfristig zu einer Marginalisierung führen könnte (Kramer, 2016, S. 6). Vor dem Hintergrund umfassender Transformationsprozesse im Zuge der Gesundheitsreformen wird deutlich, dass die Soziale Arbeit ihre Stärken, insbesondere den psychosozialen Anteil im bio-psycho-sozialen Modell, stärker im Handlungsfeld hervorheben sollte.

¹⁵⁸ Beispielsweise sieht § 15 Abs. 9-10 SGB VI bis zum 1. Januar 2026 eine Überprüfung der Wirksamkeit der Qualitätsstandards von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation vor, verbunden mit der Einführung einer davon abhängigen Vergütung.

Literaturverzeichnis

- Adolph, H. (2014). DVSG-Sozialarbeiter- und Mitgliederbefragung 2013. Einschätzung zur Situation und Perspektive der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 11(1), 36–38.
- Adolph, H., Kowalski, C. & Nitzsche, A. (2016). DVSG-Mitgliederbefragung 2015. Teil I – Fallbezogene und nicht-fallbezogene Tätigkeiten in Beratung. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 13(1), 40–43.
- Adolph, H. & Seibert, H. (2016). Annähernd 56.000. Die Zahl der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Gesundheitswesen ist schwer zu ermitteln. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 13(4), 29–33.
- American Board of Clinical Social Work (Hrsg.). (2024, 11. November). *What is Clinical Social Work?* Verfügbar unter: <https://abcswh.memberclicks.net/what-is-clinical-social-work>
- Aner, K. & Hammerschmidt, P. (2018). *Arbeitsfelder und Organisationen der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (SpringerLink Bücher, Bd. 6). Wiesbaden: Springer VS.
- Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (Hrsg.). (2007). *Dokumentation und Leitlinienkonkurrenz — die Verschriftlichung der Medizin* (SpringerLink Bücher). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ascher. (1896). Die Volksheilstätten für Lungenkranke. Ein Beitrag zur socialen Hygiene. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 22, 581–583.
- Ayaß, W. & Tennstedt, A. (n. d.). *Ausbau und Differenzierung der Sozialpolitik seit Beginn des neues Kurses (1890-1904). Die Praxis der Rentenversicherung und das Invalidenversicherungsgesetz von 1899* (Henning, H. & Tennstedt, F., Hrsg.) (Quellensammlung zur Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914).
- Bäcker-Strücker, V. & Kunz, G. (1988). Patientenbezogene EDV-fähige Dokumentation und Statistik klinischer Sozialarbeit. *Sozialdienst im Krankenhaus, Sonderdruck*, (1).
- Baldauf, S. & Vitols, K. (2019). *Branchenanalyse medizinische Rehabilitation. Wirtschaftliche Perspektiven, Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen* (Hans-Böckler-Stiftung, Hrsg.) (Working Paper Forschungsförderung 160). Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-007359/p_fofoe_WP_160_2019.pdf
- Bartosch, U. (2019). *Hochschulbildung mit Kompetenz. Eine Handreichung zum Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse (HQR)*. Verfügbar unter: https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-03-Studium/02-03-02-Qualifikationsrahmen/HQR_Handreicherung_241019_final_ohne_HRK.pdf

- Beck, L., Cibis, W., Ewert, T., Grotkamp, S., Jokoby, A. & Lossin, B. (2014). *Nutzung der ICF im deutschen Rehabilitationssystem. Positionspapier der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)* (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V., Hrsg.). Heidelberg. Verfügbar unter: https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/StN_F%C3%B6rderung_der_Nutzung_der_ICF_Stand_9_10_14.pdf
- Becker, V. (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V., Hrsg.). (2015, 30. Juli). *Begleitende Sozialberatung während einer stufenweisen Wiedereingliederung – Evaluation eines Nachsorgeangebotes. Forum B, Schwerbehinderten- und Arbeitsrecht, betriebliches Eingliederungsmanagement, Diskussionsbeitrag Nr. 10/2015*. Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht.
- Berger-Grabner, D. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Hilfreiche Tipps und praktische Beispiele* (Lehrbuch, 3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Bieker, R. & Niemeyer, H. (Hrsg.). (2022). *Träger, Arbeitsfelder und Zielgruppen der Sozialen Arbeit* (Grundwissen soziale Arbeit, 5/6, 2., überarbeitete Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Blandow, J. (2019). Dokumentationen in der Heimerziehung. Reflexionen über Sinn und Zweck, Voraussetzungen und Probleme. In H. Henes & W. Trede (Hrsg.), *Dokumentation pädagogischer Arbeit. Grundlagen und Methoden für die Praxis der Erziehungshilfen* (2. Auflage, 42-56). Regensburg: Walhalla u. Praetoria Verlag.
- Blankenburg, K. & Cosanne, E. (2021). Gesellschaftliche Trends und Beschäftigtenzahlen in Praxisfeldern gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers & J. Bischoff (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. Mit 13 Abbildungen und 14 Tabellen* (2., aktualisierte Auflage, 138-146). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Blanz, M. (2021). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit. Grundlagen und Anwendungen* (2. Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Bleck, C. (2011). *Effektivität und Soziale Arbeit. Analysemöglichkeiten und -grenzen in der beruflichen Integrationsförderung* (Transfer aus den Sozial- und Kulturwissenschaften, Bd. 13). Berlin: Frank & Timme.
- Böhnisch, L. & Lösch, H. (1973). Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination. Zur gegenwärtigen Diskussion über den politisch-sozialen

- Standort des Sozialarbeiters. In H.-U. Otto & S. Schneider (Hrsg.), *Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit* (Kritische Texte zur Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Band 2, S. 21–40). Neuwied: Luchterhand.
- Borg-Laufs, M., Seidenstücker, B. & Röchling, W. (2022). *Gutachtliche Stellungnahmen in der Sozialen Arbeit* (Grundlagentexte soziale Berufe, 2., vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2016). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Extras online* (Springer-Lehrbuch, Limitierte Sonderausgabe, 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Braches-Chyrek, R. (2013). *Jane Addams, Mary Richmond und Alice Salomon. Professionalisierung und Disziplinbildung Sozialer Arbeit*. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.
- Brack, R. (2002). *Minimalstandards für die Aktenführung in der Sozialarbeit. Vorschlag zur Vereinheitlichung der Erfassung von Merkmalen zu Klient- bzw. Beratungsdaten* (4., vollständig überarbeitete Fassung). Luzern: interact.
- Brosius, H.-B., Haas, A. & Koschel, F. (2016). *Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung* (Lehrbuch, 7., überarbeitete und aktualisierte Auflage). Wiesbaden: Springer VS.
- Brosius-Gersdorf, F. & Gersdorf, H. (2024). *Das neue System der Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherung. § 15 SGB VI auf dem Prüfstand des (EU-)Wettbewerbs- und Verfassungsrechts* (Schriften zum Öffentlichen Recht, Bd. 1514, 1st ed.). Berlin: Duncker & Humblot. Verfügbar unter: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=31370094>
- Buchholz, A. (2015). Die ICF und ihre Bedeutung für die Versorgungspraxis. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 11(4), 4–6.
- Buchholz, I. & Kohlmann, T. (2013). Ziele von Patienten der medizinischen Rehabilitation – Eine Übersicht zum Forschungsstand in Deutschland. Patient goals for medical rehabilitation - overview of the current state of research in Germany. *Die Rehabilitation*, 52(2), 75–85.
- Büchner, S. (2012). *Soziale Arbeit als transdisziplinäre Wissenschaft. Zwischen Verknüpfung und Integration* (VS research, 1. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag.

- Bundesagentur für Arbeit. (2023, Juli). *Blickpunkt Arbeitsmarkt: Akademikerinnen und Akademiker. Sozialwesen*. Verfügbar unter: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Akademikerinnen/Berufsgruppen-Nav.html#faq_1563774
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (Hrsg.). (n. d.). *Rehabilitation und Teilhabe im Überblick*. Verfügbar unter: <https://www.bar-frankfurt.de/themen/reha-prozess/rolle-der-leistungserbringer-im-reha-prozess/rehabilitation-und-teilhabe-im-ueberblick.html>
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (Hrsg.). (2015, 30. April). *Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX*. Verfügbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_downloadmaterialien/themen/qualitaetsmanagement/Vereinbarung.pdf
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (Hrsg.). (2016a). *Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen. (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“) vom 20. Juni 2016*.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (Hrsg.). (2016b). *ICF-Praxisleitfaden 2. Medizinische Rehabilitationseinrichtungen* (2. überarbeitete Auflage). Frankfurt am Main. Verfügbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_grundlagen/pdfs/PL.ICF2.web.pdf
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (Hrsg.). (2018). *Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe* (Springer Reference Medizin). Berlin: Springer.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (Hrsg.). (2021, Juni). *Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation. Rahmenempfehlungen Allgemeiner Teil*. Frankfurt am Main. Verfügbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/MedRehaAllgemein.web.pdf
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (Hrsg.). (2022). *Rehabilitationssport und Funktionstraining. Rahmenvereinbarung. Stand 26.11.2021*. Frankfurt am Main. Verfügbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/RVRehasport.web.pdf
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (Hrsg.). (2023, Dezember). *Liste der auf der Ebene der BAR anerkannten QM-Verfahren und ihre herausgebenden Stellen*. Verfügbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/datenbanke_und_verzeichnisse/Zertifizierung/downloads/2023-12-01Liste_anerkannte_QM_Verfahren.pdf

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2024, 4. Juli). *Die elektronische Patientenakte (ePA)*. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte>
- Bundesrechnungshof (Hrsg.). (2009). *Bemerkungen 2009 zur Haushalts- und Wirtschaftslage des Bundes*. Verfügbar unter: <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/bemerkungen-jahresberichte/jahresberichte/1-archiv/2009/2009-bemerkungen-gesamtbericht-pdf>
- Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V. (Hrsg.). (2021, 30. Juni). *Fragen & Antworten (FAQ) zur Kinder- & Jugendreha*. Verfügbar unter: <https://www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de/fragen-antworten/>
- Bürger, W. & Buschmann-Steinhage, R. (2000). Rehabilitative Angebotsformen. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (S. 139–162). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bürger, W. & Deck, R. (2009). SIBAR - ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. SIBAR – a Short Screening Instrument for the Assessment of Need for Occupation Related Treatment in Medical Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48(4), 211–221.
- Bürge, R. (2012). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. In P. Clausing, U. Koch, U. Preusker & U. Wandschneider (Hrsg.), *Handbuch für die Reha-Praxis* (Gesundheitswesen in der Praxis, S. 61–94). Heidelberg: medhochzwei.
- Cosanne, E. & Huck, F. (2020). Fortbildung: Zugang, Motivation und Bedarfe. Ergebnisse der DVSG-(Mitglieder-)Befragung 2019. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 17(2), 12–15.
- Dettmers, S. (2015). *Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA* (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., Hrsg.). Berlin.
- Dettmers, S. & Bischoff, J. (2021). Einleitung. In S. Dettmers & J. Bischoff (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. Mit 13 Abbildungen und 14 Tabellen* (2., aktualisierte Auflage, 13–16). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (Hrsg.). (n. d.). *Positionspapier MBOR für Rehabilitanden der AHB/ AR*. Berlin.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (Hrsg.). (2020). *Forderungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für Forschung der Sozialen Arbeit. Ein Positionspapier des Vorstands der DGSA*. Sersheim.

- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V. (Hrsg.). (2016). *Kerncurriculum Soziale Arbeit. Eine Positionierung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit*. Verfügbar unter: https://www.dgsa.de/fileadmin/Dokumente/Aktuelles/DGSA_Kerncurriculum_final.pdf
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). (2015, in der Fassung vom 2019, 1. Juli). *Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI* (Sozialmedizin und Rehabilitation). Berlin. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_reha_nachsorge.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). (2019). *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung*. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). (2022). *Berichte zur Reha-Qualitätssicherung. Therapeutische Versorgung (KTL). Bewertungskennzahlen und Qualitätspunkte*. Berlin. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/klassifikationen/dateianhaenge/KTL/Bewertungskennzahlen_und_Qualitaetspunkte.html
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). (2023, Januar a). *Beschreibung der Kernangebote der Reha-Nachsorge. Anlage 1 zum Rahmenkonzept zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation*. Berlin. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/beschreibung_kernangebote_reha_nachsorge.pdf?__blob=publicationFile&v=10
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). (2023b). *Reha-Qualitätssicherung. Grundlagen, Ziele und Dimensionen*. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/grundlagen_ziele_dimensionen.html
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). (2023, Juli c). *Empfehlungen für den Datenschutz in Rehabilitationseinrichtungen, die für die Deutsche Rentenversicherung vertraglich tätig sind. (Datenschutz-Empfehlungen)*. Berlin. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/datenschutz_empfehlungen_vertragskliniken.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). (2024). *Wieder wohlfühlen hat ein Zuhause. Unsere Klinik-Standorte im Überblick*. Verfügbar unter: <https://www.driv-reha.de/kliniken>

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (n. d.a). *Entwöhnungsbehandlung - ein Weg aus der Sucht* (15 Aufl.). Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (n. d.b). *Sozialmedizinischer Verlauf im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation (SMV) –MUSTERBERICHT–. Bericht zur Reha-Qualitätssicherung; Rehabilitationen in den Jahren 2018 und 2019; Fachklinik für Onkologie.* Verfügbar unter:

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_allgemein/musterbericht-smv.pdf%3F__blob%3Dpublication-File%26v%3D2&ved=2ahUKEwjK2o--27CIAxUv9LsIHeifK-zIQFnoECBgQAQ&usg=AOvVaw2-ag2peGHBHEiX1Ch9MaYB

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2009, April). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2014a). *KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation* (6. Auflage). Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2014, Juli b). *Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Medizinische Reha-Einrichtungen* (Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung). Berlin. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_strukturqualitaet/Broschuere_Strukturanforderungen.html

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2016-2024). *Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung durch den Rentenversicherungsträger*. Verfügbar unter: https://www.rehainfo-aerzte.de/de/Inhalt/50_Rente/04_Sozialmed_Leistungsbeurteilung/sozialmed_leistungsbeurteilung_index.html#:~:text=Zur%20Entscheidung%20%C3%BCber%20einen%20Rentenantrag%20beurteilt%20der%20Rentenversicherungstr%C3%A4ger,welche%20krankheitsbedingten%20Gef%C3%A4hrdungs-%20und%20Belastungsfaktoren%20zu%20ber%C3%BCcksichtigen%20sind.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2017a). *Peer Review – Somatische Indikationen. Manual mit Checkliste. Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation* (9. Auflage). Berlin. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_peer_review/PRV_2015_Checkliste_Manual_Somatisch_Indikation.pdf?__blob=publicationFile&v=2

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2017b). *Strukturierter Qualitätsdialog. Der Strukturierte Qualitätsdialog mit Reha-Einrichtungen als ein Instrument der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung*. Berlin. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_allgemein/SQD-Broschuere.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2017, Dezember c). *Medizinische Voraussetzungen der Anschlussrehabilitation. AHB-Indikationskatalog*. Berlin. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/ahb_indikationskatalog.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2019, Dezember). *Reha-Bericht 2019. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik mit dem Fokusthema „Gestärkt ins Leben: Kinder- und Jugendrehabilitation der Rentenversicherung“*. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2020, Februar a). *Reha-Therapiestandards. Chronischer Rückenschmerz für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung*. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2020, Februar b). *Reha-Therapiestandards. Hüft- und Knie- TEP für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung*. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2021, Januar a). *Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015*.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2021b). *Reha-Atlas 2020. Die Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung in Zahlen, Fakten und Trends*. Berlin. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Rehaatlas/2020/rehaatlas_2020_download.html
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2021c). *Reha-Bericht 2021. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2021, 5. Juli d). *Rentenversicherung in Zahlen 2021*. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2021, Dezember e). *Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung* (3., vollständig überarbeitete Auflage) (Sonderausgabe der DRV; DRV Schriften). Berlin.

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2022, Januar a). *Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015*.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2022b). *Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2022, September c). *Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft. Der Weg zur Reha; Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation; Reha rechnet sich* (17. Auflage) (301). Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2022, Dezember d). *Reha-Bericht 2022. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Mit dem Fokusthema: Abhängigkeitserkrankungen. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2023a). *Rehabilitand*innenbefragung - stationäre somatische Rehabilitation. Skalenbildung: Subjektiver Behandlungserfolg*. Verfügbar unter: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rehabilitandenbefragung.html>
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2023b). *Rehabilitand*innenbefragung – stationäre somatische Rehabilitation. Skalenbildung: Zufriedenheit*. Verfügbar unter: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rehabilitandenbefragung.html>
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2023c). *Therapeutische Versorgung (KTL). Bericht 2023. MUSTERBERICHT. Bericht zur Reha-Qualitätssicherung; Rehabilitation im Jahr 2021; Fachklinik für Orthopädie*.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2023, Juni d). *AHB Die Anschlussrehabilitation. Das Einleitungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund*. Informationen für Ärzte, Sozialdienste und Leistungsträger. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2023, Juli e). *Strukturqualität von Reha-Fachabteilungen. Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung* (3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin.

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2023, Oktober f). *Reha-Bericht 2023. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Mit dem Fokusthema: Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2024a). *Duale Reha. Ein einzigartiges Angebot unserer Klinikgruppe*. Verfügbar unter: https://www.klinikgruppe-drv-bund.de/DE/unsere_kliniken/duale_reha/duale_reha.html
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2024b). *Rehabilitand*innenbefragung. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden haben das Wort*. Verfügbar unter: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rehabilitandenbefragung.html>
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2024c). *Reha-Einrichtungen. Deutschlandweites Netz an Rehabilitationseinrichtungen*. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Einrichtungen/reha-einrichtungen_node_functional.html
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2024, Oktober d). *Reha-Bericht 2024. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Mit dem Fokusthema: „Reha heißt das Zauberwort“: Medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung bei Kindern und Jugendlichen. Berlin.
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (Hrsg.). (2020). *Reha-Definition der DVfR*. Verfügbar unter: <https://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/reha-definition-der-dvfr/page>
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.). (n. d.a). *Ausgaben Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. Konzeptionelles Selbstverständnis*. Verfügbar unter: <https://dvsg.org/veroeffentlichungen/fachzeitschriften/ausgaben-klinsa/>
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.). (n. d.b). *MBOR-Curricula*. Verfügbar unter: <https://dvsg.org/veroeffentlichungen/arbeitshilfen/mbor-curricula/>
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.). (2019). *Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen* (4. überarbeitete Auflage). Berlin.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.). (2020a). *Rahmenempfehlungen zur Einrichtung von Stellen der Sozialen Arbeit in ambulanten und stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Arbeitsplatzbeschreibung*.

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.). (2020b). *Rahmenempfehlungen zur Einrichtung von Stellen der Sozialen Arbeit in ambulanten und stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Aufgabenbeschreibung.*
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.). (2020c). *Rahmenempfehlungen zur Einrichtung von Stellen der Sozialen Arbeit in ambulanten und stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Stellenbeschreibung.*
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (2021). *Satzung (Fassung vom 17.11.2021)* (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., Hrsg.).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). (2012). *ICF Version 2005. Einführung.* Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/zusatz-02-vor-einfuehrung.htm>
- Deventer, A. & Ewert, T. (2009). ICF in der ärztlichen Arbeit. Mehr als eine neue Klassifikation. *Deutsches Ärzteblatt*, 106(38), 1832-1835.
- Dhom-Zimmermann, S. (2014). Für eine strukturierte Anamnese. Leitfaden für Soziale Diagnose in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 11(1), 21–23.
- Diehl, R. (1997). Rehabilitation: Neue Rechtsvorschriften. *Deutsches Ärzteblatt*, 94(23), 1551–1552.
- Dillman, D. A., Smyth, J. D. & Christian, L. M. (2014). *Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys. The Tailored Design Method* (4. Auflage). s.l.: Wiley.
- Dobrogoiski, M. von & Hagen, W. (1954). Amtsarzt und Fürsorgerin. *Mitteilungsblatt Deutscher Berufsverband der Sozialarbeiterinnen*, (21), 4.
- Dörschlag, A., Bönninghaus-John, S. & Müller, R. (1991). Krankenhaussozialdienste in Nordrhein-Westfalen – eine Bestandsaufnahme. *Sozialdienst im Krankenhaus*, (1-2), 25–27.
- Dowe, D., Kuba, K. & Wilke, M. (Hrsg.). (2009). *FDGB-Lexikon. Funktion, Struktur, Kader und Entwicklung einer Massenorganisation der SED (1945-1990)* (Arbeitspapiere des Forschungsverbundes SED-Staat, Bd. 36). Berlin: Forschungsverbund SED-Staat. Verfügbar unter: <http://library.fes.de/FDGB-Lexikon/>
- Dudeck, A., Glattacker, M., Gustke, M., Dibbelt, S., Greitemann, B. & Jäckel, W. (2011). Reha-Zielvereinbarungen - gegenwärtige Praxis in der stationären medizinischen Rehabilitation. Goal Setting in Inpatient Medical Rehabilitation: Exploring the Current Practice. *Die Rehabilitation*, 50(5), 316–330.

- Ermel, N. & Stüwe, G. (2019). *Lehrbuch Soziale Arbeit und Digitalisierung*. Weinheim: Juventa Verlag ein Imprint der Julius Beltz.
- Europäische Kommission (Hrsg.). (2007). *Schlüsselkompetenzen für lebenslanges Lernen – ein Europäischer Referenzrahmen*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft.
- Europäische Kommission (Hrsg.). (2019). *Der Europäische Qualifikationsrahmen. Förderung des Lernens, der Beschäftigung und der grenzüberschreitenden Mobilität*. Zehnjähriges Bestehen. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Fachbereichstag Soziale Arbeit. (2023). *Home*. Verfügbar unter: <https://www.fbts-ev.de/>
- Farrenberg, D. & Schulz, M. (2020). *Handlungsfelder Sozialer Arbeit. Eine systematisierende Einführung*. Weinheim: Beltz.
- Fischer, J. & Graßhoff, G. (2021). Fachkräftemangel? An was mangelt es den Fachkräften? Über die Situation des Personals in der Sozialen Arbeit. In J. Fischer & G. Graßhoff (Hrsg.), *Fachkräfte! Mangel! Die Situation des Personals in der Sozialen Arbeit. 3. Sonderband Sozialmagazin* (Beiheft zum »Sozialmagazin«, Bd. 3, S. 8–10). Weinheim: Beltz Juventa.
- Fleßner, A. (2017). *Die Volkskrankheit. Tuberkulosebekämpfung in der NS- und in der Besatzungszeit im Bezirk Oldenburg-Bremen* (Histoire, Bd. 123). Bielefeld: transcript-Verlag.
- Franzen, A. (2019). Antwortskalen in standardisierten Befragungen. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Auflage 2019, 843-854). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H. G. & Mühlem, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit* (Studienmodule Soziale Arbeit). Weinheim: Beltz Juventa.
- Franzkowiak, P. & Kuhn, A. (2009). *Studienbrief Soziale Arbeit und Gesundheit– Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Studiengang basa-online, Modul o16* (2. vollständig überarbeitete, erweiterte und aktualisierte Fassung). Brandenburg: ZFH Koblenz/ AWW.
- Funcke, S. (2023). *Qualitätscontrolling in der Rehabilitation. Eine empirische Analyse zur Steuerung von KTL und ICF* (1. Aufl.). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint Springer Gabler.
- Gahleitner, S. B., Hahn, G. & Glemser, R. (2013). Einleitung. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 5* (Klinische Sozialarbeit - Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 5, 7-16). Köln: Psychiatrie Verlag.

- Gahleitner, S. B. & Pauls, H. (2021). Klinische Sozialarbeit. In R.-C. Amthor, B. Goldberg, P. Hansbauer, B. Landes & T. Wintergerst (Hrsg.), *Kreft/Mielenz Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Mit E-Book inside* (9. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 528–530). Weinheim: Beltz Juventa.
- Gbe-bund.de. (Hrsg.). (2024, 2. Februar). *Vorsorge- und Rehabilitationskliniken in Deutschland nach Betriebsgrößenklassen in den Jahren 2018 bis 2022 [Graph]*. In Statista. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/29695/umfrage/deutschland-geoeffnete-vorsorge-und-reha-kliniken-2008>
- Gehlmann, E., Nieslony, F. & Petrov, V. I. (2017). *Schriftsätze im Jugendamt. Ein Praxisleitfaden* (2. Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Geiser, K. (2000). Dokumentation von Beratung. Zielgerichtete Aktenführung gehört zum professionellen Standard Sozialer Arbeit. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 147(5+6), 110–113.
- Geißler-Piltz, B. (2006). Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 2, 7–11.
- Geißler-Piltz, B. & Gerull, S. (2009). Einleitung. In B. Geißler-Piltz & S. Gerull (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings* (S. 9–12). Opladen: Budrich UniPress.
- Gerull, S. (2009). „dann nutzt alles Wissen nichts“. Wissen und Expertise in multiprofessionellen Arbeitssettings. In B. Geißler-Piltz & S. Gerull (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings* (35–44). Opladen: Budrich UniPress.
- Glattacker, M., Farin-Glattacker, E., Quaschnig, K., Dibbelt, S. & Bredehorst, M. (2015, März). *Arbeitsbuch Reha-Ziele. Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation* (Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg.). Berlin.
- Glattacker, M., Quaschnig, K., Bredehorst, M., Dibbelt, S., Greitemann, B. & Farin-Glattacker, E. (2016). Reha-Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation: eine bundesweite Bestandsaufnahme. A German Survey of Goal Setting and Goal Agreement in Medical Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 55(3), 143–149.
- Gödecker-Geenen, N. (2001). Die Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK) – heute und in Zukunft – Standortbestimmung – Ideen – Visionen. In P. Reinicke

- (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft* (S. 31–39). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Goldbach, C. (2019). *Das Recht der Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation* (Schriften zum Sozialrecht, Bd. 53). Baden-Baden: Nomos.
- GOREHA GmbH. (ohne Jahr). *Über uns. Meilensteine*. Verfügbar unter: <https://caspar-health.com/de-de/uber-uns>
- Grampp, G. (2019). *Die ICF verstehen und nutzen* (BALANCE Beruf, 3. Auflage). Köln: BALANCE buch + medien verlag.
- Haas, P. (2017). *Elektronische Patientenakten. Einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakten als Basis für integrierte patientenzentrierte Behandlungsmanagement-Plattformen*.
- Habermann-Horstmeier, L. & Lippke, S. (2021). Grundlagen, Strategien und Ansätze der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. In M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (Springer Reference Pflege - Therapie - Gesundheit, S. 47–63). Berlin: Springer.
- Häder, M. (2019). *Empirische Sozialforschung. Eine Einführung* (4. Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint: Springer VS.
- Hafner, K. H. & Winau, R. (1974). „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Eine Untersuchung zu der Schrift von Karl Binding und Alfred Hoche. *Medizinhistorisches Journal*, (3), 227–254.
- Hähner-Rombach, S. (2000). *Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs* (Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft, Bd. 14). Zugl.: Stuttgart, Univ., Diss., 1999. Stuttgart: Steiner.
- Hammerschmidt, P. & Tennstedt, F. (2012). Der Weg zur Sozialarbeit: Von der Armenpflege bis zur Konstituierung des Wohlfahrtsstaates in der Weimarer Republik. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Auflage, 73-86). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Harnach, V. (2021). *Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme* (Soziale Dienste und Verwaltung, 7., überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

- Hartel, M. J., Staub, L. P., Röder, C. & Eggli, S. (2011). High incidence of medication documentation errors in a Swiss university hospital due to the handwritten prescription process. *BMC Health Services Research*, 11(199), 1–6.
- Hauck-Thum, U. & Noller, J. (2021). Zur Einführung. In U. Hauck-Thum & J. Noller (Hrsg.), *Was ist Digitalität? Philosophische und pädagogische Perspektiven* (Springer eBook Collection, V-VII). Berlin: J.B. Metzler.
- Hauner, R. (2023). *Ihr Recht auf Kur und Reha. Ansprüche kennen, nutzen, durchsetzen* (Nomos eLibrary Jura Grundlagen). Regensburg, Baden-Baden: Walhalla Fachverlag; Nomos Verlagsgesellschaft.
- Haupt, J., Kramer, U. & Adolph, H. (2014). Anforderungen an IT zur Unterstützung in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Ergebnisse der DVSG-Sozialarbeiter- und Mitgliederbefragung 2013 Teil III. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 11(3), 36–39.
- Hausdörfer-Reinert, S. (2005). *Von der Krüppelfürsorge zur Rehabilitation für Körperbehinderte. Ein Beitrag zur Verortung Sozialer Arbeit* (Gesundheit, Pflege, Sozialarbeit, Bd. 22). Lage: Jacobs.
- Heiner, M. (2013). Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 5* (Klinische Sozialarbeit - Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 5, 18-34). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Hensen, P. (2019). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis* (Lehrbuch, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Wiesbaden, Heidelberg: Springer Gabler.
- Hering, S. & Münchmeier, R. (2014). *Geschichte der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (5., überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Hildebrandt, R. (1994). Die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in der DDR und in den neuen Bundesländern. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, (3), 15–25.
- Hoff, P. (2018). Biographische und Krankheitsanamnese in der Psychiatrie. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (Springer Reference Medizin, 5. Auflage, S. 533–541). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Höhne, A., Behrens, J., Schaepe, C., Schubert, M. & Zimmermann, M. (2007). Die Betriebszentrierung im Rehabilitationssystem der DDR [Company centredness in the rehabilitation system of the German Democratic Republic, GDR]. *Die Rehabilitation*, 46(4), 233–237.

- Hollederer, A. & Wildner, M. (2015). Versorgungsforschung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und das öffentliche Gesundheitswesen. Health Services Research for the Public Health Service (PHS) and the Public Health System. *Gesundheitswesen*, 77(03), 232–236.
- Homfeldt, H. G. & Sting, S. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Ernst Reinhardt.
- Igl, G. (2014). *Voraussetzungen und Anforderungen an die rechtliche Regulierung von Aufgaben und Tätigkeiten der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Ergebnisse eines Gutachtens für die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.*
- (2023, 24. Januar). *Informationsveranstaltung zum Sozialmedizinischen Verlauf*. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Videos/DE/DRV/Veranstaltungen/2023_01_24_sozialmedizinischer_verlauf.html
- Institut für Rehabilitationsforschung Norderney (Hrsg.). (2019, Juli). *Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation. Praxishilfe. Vorläufige Leistungsbeurteilung*. Verfügbar unter: <https://www.leistungsbeurteilung-reha.de/prozessablauf/vorlaeufige-leistungsbeurteilung/>
- Jäschke, T. (Hrsg.). (2018). *Datenschutz und Informationssicherheit im Gesundheitswesen. Grundlagen, Konzepte, Umsetzung* (2. Auflage). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Verfügbar unter: <https://livivo.idm.oclc.org/login?url=https://e-bookcentral.proquest.com/lib/zbmed-ebooks/detail.action?docID=5481338>
- Jüttemann, A. (2015). *Die preußischen Lungenheilstätten. 1863-1934 - unter besonderer Berücksichtigung der Regionen Brandenburg, Harz und Riesengebirge*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kappeler, M. (2022). Die Auslöschung der Erinnerung an die Beteiligung Sozialer Arbeit an der NS-Bevölkerungspolitik durch Organisationen, Institutionen und Personen in der sogenannten Nachkriegszeit. In R. C. Amthor, C. Kuhlmann & B. Bender-Junker (Hrsg.), *Kontinuitäten und Diskontinuitäten Sozialer Arbeit nach dem Ende des Nationalsozialismus. Band 1: Berufsbiografische Verläufe zwischen ideologischen Kontinuitäten, Migration und Reeducation* (1. Auflage, 20-34). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kappeler, M. (2023). Soziale Arbeit und Nationalsozialismus. In S. Bliemetsrieder & G. Fischer (Hrsg.), *Erinnern, Bildung, Menschenrechte. Zugänge zur Geschichte Sozialer Arbeit* (Research, korrigierte Publikation, 25-43). Wiesbaden: Springer VS.

- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (SpringerLink Bücher, 2. überarbeitete Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. & Wasem, J. (Hrsg.). (2019). *Krankenhaus-Report 2019. Das digitale Krankenhaus* (Krankenhaus-Report, Bd. 2019). Berlin: Springer Open.
- Kleemann, T., Beß, A. & Antic, A. (2024). Digitalisierung im Gesundheitswesen. In L. Fend & J. Hofmann (Hrsg.), *Digitalisierung in Industrie-, Handels- und Dienstleistungsunternehmen. Konzepte - Lösungen - Beispiele* (4., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 637–673). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Klüsche, W. (Hrsg.). (1999). *Ein Stück weitergedacht ... Beiträge zur Theorie- und Wissenschaftsentwicklung der Sozialen Arbeit*. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Knödler, C. & Pehl, M. (2020). *Datenschutz und Schweigepflicht in der Sozialen Arbeit. Erläuterungen und Schaubilder für Ausbildung und Praxis*. Regensburg: Walhalla u. Praetoria Verlag.
- Knoop, T., Dettmers, S. & Meyer, T. (2019). Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung. Social Work in Medical Rehabilitation - A Review of Current Research. *Die Rehabilitation*, 58(2), 89–95.
- Knoop, T., Freymüller, N., Dettmers, S. & Meyer-Feil, T. (2024). On the development of a professional mandate by social workers in medical rehabilitation- key results from the SWIMMER Project. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 5, 1383995. <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1383995>
- Knoop, T., Scheiblich, N., Dettmers, S. & Meyer-Feil, T. (2023). Praxis der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Entwicklung einer empirisch fundierten Programmtheorie. Social work in medical rehabilitation – Development of an empirically grounded programme theory. *Die Rehabilitation* [Social work in medical rehabilitation - Development of an empirically grounded programme theory], 62(6). <https://doi.org/10.1055/a-2134-2243>
- Knoop, T., Scheiblich, N., Dettmers, S. & Meyer-Feil, T. (2024). *Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Praxis und Wirkmechanismen Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation* (Gesundheit, Kommunikation und Gesellschaft, Band 2). Bielefeld: transcript.
- Knoop, Tobias, Meyer, Thorsten. (2019). Prädiktoren der Inanspruchnahme sozialarbeiterischer Leistungen durch RehabilitandInnen aus orthopädischen und kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation*, 124–135.

- Koch, C. (socialnet Lexikon, Hrsg.). (2020, 10. September). *Dokumentation*. Verfügbar unter: <https://www.socialnet.de/lexikon/1581>
- Konrad, K. (2015). *Mündliche und schriftliche Befragung. Ein Lehrbuch* (Forschung, Statistik & Methoden, Band 4, 8., erweiterte und aktualisierte Auflage). Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
- Kramer, U. (2016). Aufwand und Nutzen von Kennzahlen. Dokumentation und Analysen in der Leistungsbeschreibung Sozialer Arbeit. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 13(4), 6–9.
- Kraus, R. (1994). Strukturen und Einrichtungen der Rehabilitation in der DDR und in den neuen Bundesländern. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, (3), 26–37.
- Kubowicz, E., Ruder, N. & See, M. J. (2023). *Studientext der Deutschen Rentenversicherung Nr. 31. Datenverarbeitung in der Rentenversicherung* (27. Auflage) (Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg.).
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2020). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt* (Springer eBook Collection). Wiesbaden: Springer VS.
- Kuhlmann, C. (2004). Zur historischen Dimension der Diagnostik am Beispiel von Alice Salomon. In M. Heiner (Hrsg.), *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit – Ein Handbuch* (11-25). Berlin: Eigenverl. des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Kuhlmann, C. (2012). Soziale Arbeit im nationalsozialistischen Herrschaftssystem. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Auflage, 87-107). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kultusministerkonferenz. (2017). *Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse*. Verfügbar unter: https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-03-Studium/02-03-02-Qualifikationsrahmen/2017_Qualifikationsrahmen_HQR.pdf
- Kunz, G. (2001). Sozialarbeit in Rehabilitationskliniken. In P. Reinicke (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft* (78-85). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kutscher, N. (2020). Ethische Fragen Sozialer Arbeit im Kontext von Digitalisierung. In N. Kutscher, T. Ley, U. Seelmeyer, F. Siller, A. Tillmann & I. Zorn (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Digitalisierung* (S. 347–361). Weinheim: Beltz Juventa.
- Leopold, D. (2017). Ein Neubeginn im Zeichen des „Wirtschaftswunders“. Vor sechs Jahrzehnten wurde die „Rentenreform 1957“ verabschiedet. *WzS Wege zur Sozialversicherung*, 44–46.

- Ley, T. (2021). *Zur Informatisierung Sozialer Arbeit. Eine qualitative Analyse sozialpädagogischen Handelns im Jugendamt unter dem Einfluss von Dokumentationssystemen* (Edition Soziale Arbeit). Weinheim: Beltz.
- Ley, T. & Reichmann, U. (2020). Digitale Dokumentation in Organisationen Sozialer Arbeit. In N. Kutscher, T. Ley, U. Seelmeyer, F. Siller, A. Tillmann & I. Zorn (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Digitalisierung* (S. 241–254). Weinheim: Beltz Juventa.
- Ley, T. & Seelmeyer, U. (2014). Dokumentation zwischen Legitimation, Steuerung und professioneller Selbstvergewisserung. Zu den Auswirkungen digitaler Fach-Anwendungen. *Sozial Extra*, 38(4), 51–55.
- Leyck Dieken, M. (Hrsg.). (2021). *Nationale Arena für digitale Medizin. Wandel. Werte. Wege*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Loddenkemper, R. & Konietzko, N., Seehausen, V., Bauer, T., Pfeifer, M. (2020). 125 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose e.V. (DZK). 125 Years German Central Committee for the Fight against Tuberculosis (DZK). *Pneumologie*, (74), 719–741.
- Löffler, S., Wolf, H. D. & Vogel, H. [Heiner]. (2008). Das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen – Entwicklung und Validierung. *Gesundheitswesen*, 70.
- Lohmann, S., Decker, J., Müller, M., Strobl, R. & Grill, E. (2011). The ICF forms a useful framework for classifying individual patient goals in post-acute rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(2), 151–155.
- Lück, D. & Baur, N. (2008). Vom Fragebogen zum Datensatz. In N. Baur & S. Fromm (Hrsg.), *Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene. Ein Arbeitsbuch* (Lehrbuch, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, 18-52). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lutz, R. (2011). *Das Mandat der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mai, H. (2023, 23. Juni). *Anforderungen der DRV an ein MBOR-Konzept, Anforderungsprofil, Zuweisung, E-Bericht. MBOR-Interdisziplinärer Fachaustausch*, Erkner.
- Menold, N. (2015). *Schriftlich-postalische Befragung* (GESIS Survey Guidelines). Mannheim. Verfügbar unter: https://www.gesis.org/fileadmin/upload/SDMwiki/Schriftlich-postalische_Befragung_Menold_08102015_1.1.pdf
- Merchel, J. (2019). Pädagogische Dokumentation zwischen Etikettierung und Ausweis fachlichen Handelns. In H. Henes & W. Trede (Hrsg.), *Dokumentation pädagogischer Arbeit*.

- Grundlagen und Methoden für die Praxis der Erziehungshilfen* (2. Auflage, S. 15–41). Regensburg: Walhalla u. Praetoria Verlag.
- Merchel, J. (2021). Qualitätsentwicklung. In R.-C. Amthor, B. Goldberg, P. Hansbauer, B. Landes & T. Wintergerst (Hrsg.), *Kreft/Mielenz Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Mit E-Book inside* (9. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 684–687). Weinheim: Beltz Juventa.
- Miller, G. (1956). The Magical Number Seven Plus or Minus Two: Some Limits on our Capacity for Processing Information. *Psychological Review*, 81–97.
- Moos, G. & Peters, A. (2015). *BWL für soziale Berufe. Eine Einführung* (utb.de Bachelor-Bibliothek, Bd. 3120, 2. aktualisierte Auflage). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Moosbrugger, H. & Brandt, H. (2020a). Antwortformate und Itemtypen. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (3. Auflage, 91–117).
- Moosbrugger, H. & Brandt, H. (2020b). Itemkonstruktion und Antwortverhalten. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (3. Auflage, 67–89).
- Morfeld, M., Koch, U., Bergelt, C. & Mehnert, A. (2016). Versorgung mit Rehabilitationsleistungen. In O. Razum & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (6. durchgesehene Auflage, 909–930). Weinheim: Beltz Juventa.
- Mühlum, A. & Gödecker-Geenen, N. (2003). *Soziale Arbeit in der Rehabilitation* (UTB, Bd. 2473). München, Stuttgart: Reinhardt; UTB.
- Müller-Baron, I. & Woiton, E. (2018). Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen. In Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (Hrsg.), *Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe* (Springer Reference Medizin, 307–313). Berlin: Springer.
- Müller-Hermann, S. & Becker-Lenz, R. (2013). Die Soziale Arbeit als „Menschenrechtsprofession“ – Ein (zu) hoher Anspruch. In E. Mührel & B. Birgmeier (Hrsg.), *Menschenrechte und Demokratie. Perspektiven für die Entwicklung der Sozialen Arbeit als Profession und wissenschaftliche Disziplin* (Soziale Arbeit in Theorie und Wissenschaft, 125–141). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Muschalla, B. (2021). Soft Skills wanted?! – (Arbeits)Fähigkeiten und Fähigkeitsanforderungen am Arbeitsplatz beschreiben mit dem Fähigkeitsrating Mini-ICF-APP. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 52(2), 311–324.

- Neuffer, M. (2023). Konsolidierung und Aufruhr 1960-1970. Der Weg in die Professionalisierung der Sozialen Arbeit. *Soziale Arbeit*, 72(8-9), 285-291.
- Nitzsche, A., Adolph, H. & Kowalski, C. (2016). DVSG-Mitgliederbefragung 2015. Teil II: Ressourcen und Belastungen in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 13(2), 28–32.
- Noller, J. (2021). Philosophie der Digitalität. In U. Hauck-Thum & J. Noller (Hrsg.), *Was ist Digitalität? Philosophische und pädagogische Perspektiven* (Springer eBook Collection, S. 39–54). Berlin: J.B. Metzler.
- Pantuček-Eisenbacher, P. (1999). *Soziale Diagnose. Möglichkeiten und Grenzen eines relativ selbständigen Abschnitts "Diagnose" im Family Casework. Kurzfassung eines Referats von Peter Pantuček auf der Jahrestagung des Bundessozialamtes / Mobile Beratungsdienste in Werfenweng / Salzburg am 19.5.1999.* Verfügbar unter: http://www.pantucek.com/texte/swt_diagnose.html
- Pantuček-Eisenbacher, P. (Fachhochschule St. Pölten, Hrsg.). (2017, Januar). *Die Entwicklung des Inklusions-Charts. Prozess – Praxis – Terminologie.* Verfügbar unter: https://www.inklusionschart.eu/index.php?option=com_content&view=article&id=38:die-entwicklung-des-inklusions-charts-prozess-praxis-terminologie&catid=15&Itemid=143
- Pantuček-Eisenbacher, P. (2019). *Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Parpan-Blaser, A. (2011). *Innovation in der Sozialen Arbeit. Zur theoretischen und empirischen Grundlegung eines Konzeptes* (VS research, 1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Porst, R. (2014). *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch* (Studienskripten zur Soziologie, 4. erweiterte Auflage). Wiesbaden: Springer VS.
- Radekow, B., Deppe, I. & Foerster, L. (2019). *130 Jahre gesetzliche Rentenversicherung. 1889-2019.* München: August Dreesbach Verlag.
- Rademaker, A. L. (2016). Soziale Arbeit mit Gesundheitsbezug. Auf dem Weg zur Profilierung einer Fachdisziplin? *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 13(4), 35–38.
- Reichmann, U. (2022). *Schreiben und Dokumentieren in der Sozialen Arbeit. Struktur, Orientierung und Reflexion für die berufliche Praxis* (2. überarbeitete und aktualisierte). Opladen und Toronto: Barbara Budrich.
- Reinicke, P. (1988). *Tuberkulosefürsorge. Der Kampf gegen eine Geißel der Menschheit. Dargestellt am Beispiel Berlins 1895-1945.* Weinheim: Dt. Studien-Verl.

- Reinicke, P. (1994). *KrankenHaus. Sozialarbeiter als Partner in der Gesundheitsversorgung. Eine Einführung* (Berufsfelder Sozialer Arbeit, Bd. 12). Weinheim: Beltz.
- Reinicke, P. (1998). *Soziale Krankenhausfürsorge in Deutschland. Von den Anfängen bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs* (Bd. 2). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Leske + Budrich).
- Reinicke, P. (2001a). Rückblick auf die Entwicklung der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK). In P. Reinicke (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft* (15-22). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Reinicke, P. (Hrsg.). (2001b). *Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Reinicke, P. (2008). *Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Geschichte, Dokumente, Lebensbilder*. Freiburg: Eigenverl. des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Reinicke, P. (2012). *Tradition hat Zukunft. Stationen zur Entwicklung der sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.* (3. Auflage). Berlin.
- Reuband, K.-H. (2019). Schriftlich-postalische Befragung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Auflage 2019, S. 769–786). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. New York: Russel Sage Foundation.
- Ring, E. (1976). Monotonie im Fragebogen stört die Vergleichbarkeit der Ergebnisse und muß ausgeschaltet werden. Questionary Monotony endangers the Comparability of Results. It Should Be Avoided. In ESOMAR (Hrsg.), *Research That Works For Today's Marketing Problems. ESOMAR Congress. Special Groups* (S. 429–446). Amsterdam: ESOMAR.
- Ritter, G. A. (1991). *Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich* (2. Aufl.). Berlin/München/Boston: Walter de Gruyter. Verfügbar unter: <https://e-bookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5049033>
- Röh, D. (2006). Die Mandate der Sozialen Arbeit. In wessen Auftrag arbeiten wir? *Soziale Arbeit*, 55(12), 442–449.
- Röh, D. (2013). *Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Rost, D. H. (2022). *Interpretation und Bewertung pädagogischer und psychologischer Studien. Eine Einführung* (utb Erziehungswissenschaft, Psychologie, Bd. 8518, 4., überarbeitete und erweiterte Auflage). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf
- Salomon, A. (1926). *Soziale Diagnose* (Die Wohlfahrtspflege in Einzeldarstellungen, Bd. 3). Berlin: Carl Heymanns Verlag.
- Samter, H. (1904). Die Fürsorge für Lungenleidende. *Zeitschrift für das Armenwesen*, 5(11).
- Schäfer, P., Bartosch, U., Bassarak, H., Epe, H., Karsten, M. E., Kühl, H. et al. (2016). *Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SozArb)* (Version 6.0) (Fachbereichstag Soziale Arbeit (FBTS), Hrsg.). Verabschiedet vom Fachbereichstag Soziale Arbeit in Würzburg, am 08. Juni 2016.
- Schmidt, L., Kaluscha, R., Mitschele, A. & Lindow, B, Klosterhuis, Here, Krischak, G. (2015). Die Anwenderbefragung zur Aktualisierung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). The User Survey on the Revision of the Classification of Therapeutic Procedures. *Die Rehabilitation*, 54, 346–350.
- Schmidt, S. J. (2012). *Lernen, Wissen, Kompetenz, Kultur. Vorschläge zur Bestimmung von vier Unbekannten*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Schmon, M. (2016). IT-Unterstützung gewinnt an Bedeutung. Klassifikationssysteme und der Einsatz von Softwarelösungen in der Sozialen Arbeit. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 13(4), 16–18.
- Schmon, M. & Bienia, S. (2013). IIT-Lösungen in der Sozialen Arbeit. Ergebnisse einer Studie zur Verbreitung von Softwarelösungen in der Sozialen Arbeit im Krankenhaus. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 10(4), 27–30.
- Schut, H. A. & Stam, H. J. (1994). Goals in rehabilitation teamwork. *Disability and Rehabilitation*, 16(4), 223–226. <https://doi.org/10.3109/09638289409166616>
- Seidel, C. (1991). Rehabilitation in der ehemaligen DDR. *Die Rehabilitation*, (30), 199–204.
- Siebert, A. (2022). Das Feld der Behindertenhilfe von 1949–1975 – randständig und unbeachtet. Ergebnisse aus der Studie: Heimkinderzeit in der katholischen Behindertenhilfe. In R. C. Amthor, C. Kuhlmann & B. Bender-Junker (Hrsg.), *Kontinuitäten und Diskontinuitäten Sozialer Arbeit nach dem Ende des Nationalsozialismus. Band 2: Institutionen, Ausbildung und Arbeitsfelder Sozialer Arbeit nach 1945* (1. Auflage, S. 65–78). Weinheim: Beltz Juventa.

- Sievers, C. (2023). *Beiträge und Analysen. Gesundheitswesen aktuell 2023. Die ICF – Klassifikation oder Konzept?* bifg. BARMER Institut für Gesundheitsforschung (Repschläger, U., Schulte, C. & Osterkamp, N., Hrsg.).
- Simon, B., Golenia, L., Kräutter, U. & Preuß, T. (2020). Value-Based-Care Ansätze zur Verbesserung der Ergebnisqualität in der Rehabilitation. Von der populationsbezogenen Qualitätssicherung zur datenevidenz-getriebenen Qualitätsentwicklung mittels Big Data Analyse. *KU Gesundheitsmanagement*, 89(6), 57–60.
- Stadler, H. & Wilken, U. (2004). *Pädagogik bei Körperbehinderung* (Studentexte zur Geschichte der Behindertenpädagogik, Bd. 4). Weinheim, Basel, Berlin: Beltz Verlag.
- Statistisches Bundesamt. (2021, 4. Februar). *Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2019 nach Trägern und Bundesländern*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/Tabellen/gd-vorsorge-reha-bl.html>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2023). *Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2022 nach Trägern und Bundesländern*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/Tabellen/gd-vorsorge-reha-bl.html>
- Staub-Bernasconi, S. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität* (utb-studi-e-book, Bd. 2786, 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Ausgabe). Leverkusen, Opladen, Toronto: UTB; Barbara Budrich.
- Stern, M. J., Bilgen, I. & Dillman, D. A. (2014). The State of Survey Methodology: Challenges, Dilemmas, and New Frontiers in the Era of the Tailored Design. *Field Methods*, 26(3), 284–301.
- Strauß, E. (1913-1914). Soziale Fürsorge in amerikanischen Krankenhäusern. Monatsschrift für das gesamte Frauenleben unserer Zeit. *Die Frau*, 21, 156–159.
- Streibelt, M., Adolph, H., Gödecker-Geenen, N. & Keßler, C. (2018). Zugang zum Sozialdienst in Reha-Einrichtungen. Ergebnisse der DVSG Mitgliederbefragung 2017 (Teil II). *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 15(1), 33–37.
- Streibelt, M., Gerwinn, H., Hansmeier, T., Thren, K. & Müller-Fahrnow, W. (2007). SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation - Analysen zur Konstruktvalidität und Prognosegüte. SIMBO: A Screening Instrument for Identification of Work-Related Disabilities – Analyses of Construct and Prognostic Validity. *Die Rehabilitation*, 46(5), 266–275.

- Streibelt, M., Neuderth, S., Vorsatz, N. & Vogel, H. [Heiner] (2012, 10. Mai). *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR). Anforderungen an berufsbezogene Gruppen und Modellrechnung der ökonomischen Auswirkungen*. 7. Fachtagung des Zentrum Patientenschulung, Würzburg. Verfügbar unter: http://www.zentrum-patientenschulung.de/tagungen/tagung2012/Do_1_Streibelt_Anforderung.pdf
- Stucki, G., Zampolini, M., Juocevicius, A., Negrini, S. & Christodoulou, N. (2017). Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical and Rehabilitation Medicine. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(2), 299–307.
- Süß, W. & Bernhard, P. (Zentrum für Zeithistorische Forschung, Hrsg.). (2018). *Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben „Ermordung und pflegerische Vernachlässigung von Tuberkulose-Patienten in den Kliniken der gesetzlichen Rentenversicherung im Nationalsozialismus“*. Verfügbar unter: https://www.fna-rv.de/SharedDocs/Downloads/Projektberichte/Projektbericht_2014-09.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Taylor, C. & White, S. (2000). *Practising reflexivity in health and welfare. Making knowledge*. Buckingham, Philadelphia, PA: Open University Press.
- Tennstedt, F. (1976). Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In M. Blohmke (Hrsg.), *Handbuch der Sozialmedizin in drei Bänden* (S. 385–492). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Tornow, H. (2021). Dokumentieren im Alltag Sozialer Arbeit. *Jugendhilfe*, 59(4), 412–418.
- Tüllmann, A. (1934). Neue Aufgaben des Fürsorgedienstes im Krankenhaus. *Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen*, 30(8), 178.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). (1997). *Abschlußbericht der Reha-Kommission-Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung* (DRV Schriften 7). Frankfurt am Main.
- Vereinte Nationen. (2018). *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Demokratie braucht Inklusion. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein*.
- Vlecken, S. (2021). Doppelt Mandat, Tripelmandat. In R.-C. Amthor, B. Goldberg, P. Hansbauer, B. Landes & T. Wintergerst (Hrsg.), *Kreft/Mielenz Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Mit E-*

- Book inside* (9. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 205–208). Weinheim: Beltz Juventa.
- Vogel, M., Walther, A. L. & Deck, R. (2017). Telefonische sozialdienstliche Nachsorge zur Verbesserung der beruflichen Reintegration nach stationärer medizinischer Rehabilitation. Telephone Aftercare by Social Services to Improve Return to Work after Medical Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, (56), 379–388.
- Vossen, J. (2009). Tuberkulosefürsorge in Deutschland 1900 bis 1945. In M. Forßbohm, G. Loytved, B. Königstein & F.-C. Bange (Hrsg.), *Handbuch Tuberkulose für Fachkräfte an Gesundheitsämtern* (Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Bd. 25, 19-47). Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Wehner, C. (2019a). Die Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung in Geschichte und Gegenwart: Eine Einführung. In C. Wehner (Hrsg.), *Aufbrüche in der Rehabilitation. Geschichte und Gegenwart der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung* (S. 7–21) [Bochum]: sv:dok, Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger.
- Wehner, C. (2019b). Von Heilstätten und Rehabilitationszentren. Die rehabilitative Versorgungsstruktur der Rentenversicherung zwischen Kaiserreich und Gegenwart. In C. Wehner (Hrsg.), *Aufbrüche in der Rehabilitation. Geschichte und Gegenwart der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung* (111-141) [Bochum]: sv:dok, Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger.
- Weichbold, M. (2019). Pretest. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Auflage 2019, 349-356). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Weis, I. (2004). Gemeinsame Sprache für Behandlungsteam, Kostenträger und Medizinischen Dienst. Die ICF-Codierung (International Classification of Functioning) in der Praxis Sozialer Arbeit. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 1(2), 14–17.
- Weis, I. (2006). Rehabilitationsträger regeln Kooperation mit Sozialdiensten. Inhalte, Schwerpunkte und Arbeitsweise der Sozialarbeit im Gesundheitswesen werden anerkannt. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 3(3), 41–43.
- Welti, F. (2005). *Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen* (Jus publicum, Bd. 139). Zugl.: Kiel, Univ., Habil.-Schr., 2004/05. Tübingen: Mohr Siebeck. Verfügbar unter: <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-16-148725-5>

- Wenzel, T.-R. & Morfeld, M. (2017). Nutzung der ICF in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland: Anspruch und Wirklichkeit [Use of the ICF in medical rehabilitation in Germany: claims and reality]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 60(4), 386–393.
- Widera, T., Volke, E. & Buschmann-Steinhage, R. (2017). Reha-Nachsorge im Wandel – Aktuelle Rahmenbedingungen und Herausforderungen für Rentenversicherungsträger und Leistungserbringer. *RVaktuell*, (11/12), 320–326.
- World Health Organization (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Hrsg.). (2005). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*.
- Worringen, U. & Niehues, C. (2022, August). *Modul 3 Sozialmedizin im Reha-Team. Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ - Version 2022* (3.) (Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg.) (Sozialmedizin in der medizinischen Rehabilitation). Berlin. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/fort_und_weiterbildung/Curriculum_Sozialmedizin/Manual_Team_Modul_3.html
- Züll, C. & Menold, N. (2019). Offene Fragen. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Auflage 2019, 855–862). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Anhang

Fragebogen.....	2
Codeplan.....	26
Anschreiben.....	41
Kontaktkärtchen.....	42
Reminder.....	44
Pressetext.....	46

Die Dokumentation des Sozialdienstes in der medizinischen Rehabilitation

Herzlich willkommen und vielen Dank für Ihr Interesse an dieser Studie!

Sehr geehrte Sozialdienstmitarbeiterin, sehr geehrter Sozialdienstmitarbeiter,

die Dokumentation ist in der Rehabilitation ein wichtiges Thema. Daher würden wir gerne mehr über Ihre klient*innenbezogene Dokumentation erfahren. Im Fokus des Fragebogens stehen hierbei die Aufzeichnungen, welche direkt im Zusammenhang mit Ihren DRV-Rehabilitand*innen stehen und von Ihnen im Verlauf der Rehabilitation angefertigt werden.

Ihre Teilnahme an dieser Befragung ist natürlich freiwillig. Wir erheben lediglich anonymisierte Daten, d. h. weder wir noch jemand anderes kann Ihre Antworten Ihrer Person zuordnen oder erfahren, wer an dieser Befragung teilgenommen hat und wer nicht. Hierzu ist es wichtig, dass Sie in keines der Sonstiges- und Kommentarfelder Ihren Namen und/oder die Ihrer Einrichtung angeben.

Bitte nehmen Sie sich 10-15 Minuten Zeit, um den Fragebogen auszufüllen. Wir freuen uns sehr über Ihre Teilnahme!



Christina Keßler M.A.



Prof. Dr. Albrecht Rohrmann

Sollten Sie Fragen oder Schwierigkeiten mit dem Online-Formular haben, melden Sie sich gerne per E-Mail (christina.kessler@student.uni-siegen.de).

Bevor es losgeht noch zwei Hinweise:

- Bitte benutzen Sie zum Navigieren die Vor- und Zurück- Buttons im Fragebogen und nicht die des Browsers!
- Es ist möglich, den Fragebogen zwischenzuspeichern, wenn Sie die Arbeit unterbrechen wollen.

In dieser Umfrage sind 27 Fragen enthalten.

Indikation

Für DRV-Rehabilitand*innen welcher Indikation sind Sie überwiegend zuständig? *

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Chronische Schmerzstörung
- ☐ Gastroenterologie und/oder Gynäkologie und/oder Urologie
- ☐ Geriatrie
- ☐ Kardiologie und/oder Angiologie und/oder Ophthalmologie
- ☐ Neurologie Phase A/B/E/F/G und/oder Sucht und/oder Pädiatrie
- ☐ Neurologie Phase C/D
- ☐ Onkologie
- ☐ Orthopädie und/oder Unfallchirurgie
- ☐ Pneumologie und/oder Dermatologie
- ☐ Psychosomatik
- ☐ Rheumatologie
- ☐ Stoffwechselstörung und/oder Lymphologie und/oder Adipositas

Arbeitsplatz

Bitte beantworten Sie zunächst folgende Fragen zu Ihrer Arbeitsstelle.

Wer ist der Träger Ihrer Rehabilitationseinrichtung?

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Private Trägerschaft (z. B. MEDIAN, MEDICLIN, Helios, Wicker etc.)
- ☐ Freigemeinnützige Trägerschaft (z. B. soziale Vereinigungen, karitative Organisationen, kirchliche Orden)
- ☐ Öffentliche Trägerschaft (z. B. DRV-Kliniken)
- ☐ Weiß nicht

Wie viele stationäre Behandlungsplätze hat die Rehabilitationseinrichtung, in der Sie aktuell tätig sind?

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ bis 100
- ☐ 101 bis 200
- ☐ 201 bis 300
- ☐ 301 bis 400
- ☐ 401 bis 500
- ☐ über 501
- ☐ Es handelt sich um eine ausschließlich ambulante Rehabilitationseinrichtung
- ☐ Weiß nicht

Von welcher deutschen Rentenversicherung wird Ihre Rehabilitationseinrichtung federführend betreut?

➊ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ DRV Bund
- ☐ DRV Baden-Württemberg
- ☐ DRV Bayern Süd
- ☐ DRV Berlin-Brandenburg
- ☐ DRV Braunschweig-Hannover
- ☐ DRV Hessen
- ☐ DRV Knappschaft-Bahn-See
- ☐ DRV Mitteldeutschland
- ☐ DRV Nord
- ☐ DRV Nordbayern
- ☐ DRV Oldenburg-Bremen
- ☐ DRV Rheinland
- ☐ DRV Rheinland-Pfalz
- ☐ DRV Saarland
- ☐ DRV Schwaben
- ☐ DRV Westfalen
- ☐ Weiß nicht

Welche technischen Möglichkeiten stellt Ihnen die Rehabilitationseinrichtung in Ihrem Büro zur Verfügung?

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐ Festnetztelefon

☐ tragbares Festnetztelefon

☐ Smartphone

☐ Computer

☐ Tablet/Laptop

☐ Internetzugang

☐ Faxgerät

☐ Zugang zur einrichtungsinternen Dokumentationssoftware (z. B. Krankenhaus-Informationssystem)

☐ Sonstiges:

Die Rehabilitand*innenakte

In der Rehabilitand*innenakte können beispielsweise Informationen zur Sozial- und Berufsanamnese sowie zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung stehen.

Wie wird in Ihrer Einrichtung die Rehabilitand*innenakte geführt?

➊ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ausschließlich auf Papier
- ☐ Auf Papier wie auch digital
- ☐ Ausschließlich digital
- ☐ Sonstiges

Können Sie zuverlässig auf die für Ihre Arbeit relevanten Informationen in der Rehabilitand*innenakte zugreifen?

➋ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ ja
- ☐ nein

Die Dokumentation

Die Dokumentation der Beratungsinhalte kann umfassen: Notizen bzw. Gesprächsmitschriften, die Ergebnisse von Sozialer Diagnostik, Berufsanamnesen, Rehaziele, besondere berufliche Problemlagen etc.

Nicht gemeint ist hier: die Dokumentation der KTLs (Klassifikation therapeutischer Leistungen).

Stört Sie etwas besonders bei Ihrer rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation?

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ nein, nichts

☐ ja, und zwar...

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja, und zwar...' bei Frage ' [F30Stoerung]' (Stört Sie etwas besonders bei Ihrer rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation?)

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐ eingeschränkte Verfügbarkeit technischer Unterstützung

☐ fehlende/unpassende Software

☐ häufige Unterbrechungen

☐ umständliche Arbeitsabläufe/Doppelarbeit

☐ unklare Erwartungen seitens der DRV

☐ unzureichende Informationen zur Ausführung der rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation

☐ zu wenig Zeit für die rehabilitand*innenbezogene Dokumentation

☐ Sonstiges:

Wenn Sie an ein Vier-Augen-Beratungsgespräch denken: Wie dokumentieren Sie in der Regel erstmalig die Beratungsinhalte?

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Handschriftlich

☐ Am Tablet

☐ Am PC

☐ Sonstiges

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) ist ein fester Bestandteil des ärztlichen Entlassungsberichts. Die im direkten Rehabilitand*innenkontakt erbrachten Leistungen können verschlüsselt bzw. kodiert werden. Dies kann bei einer 30minütigen Einzelberatung für eine stufenweise Wiedereingliederung wie folgt aussehen:

KTL	Code	Dauer	Anzahl
D	562	F	01

Wer bestimmt in Ihrer Einrichtung wie die Leistungen des Sozialdienstes als KTL verschlüsselt bzw. kodiert werden?

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐ Sozialdienstmitarbeiter*innen

☐ Andere Mitarbeiter*innen

☐ Weiß nicht

☐ Sonstiges:

Standardisierte Dokumentationsverfahren

In einer auf den Rehabilitanden bezogenen Dokumentation können beispielsweise Informationen über die Berufsanamnese und/oder die Biografie festgehalten werden. Dafür können von den Sozialdienstmitarbeitenden standardisierte Dokumentationsverfahren genutzt werden wie z. B. Formulare, Anamnesebögen, Instrumente zur sozialen Diagnostik und Textbausteine.

Nicht gemeint sind hier Formulare der DRV (G0XXX) oder die arbeitnehmerbezogene Dokumentation (z. B. Arbeitszeiterrechnung).

Nutzen Sie für den Rehabilitand*innenkontakt standardisierte Dokumentationshilfen? *

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ ja

☐ nein

☐ weiß nicht

Warum nutzen Sie für den Rehabilitand*innenkontakt keine standardisierten Dokumentationshilfen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'nein' bei Frage '[F50StandardieDoku]' (Nutzen Sie für den Rehabilitand*innenkontakt standardisierte Dokumentationshilfen?)

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐ Wird von höherer Stelle nicht gewünscht

☐ Wird von mir nicht gewünscht

☐ Zu zeitintensiv

☐ Die Anwendung/Auswertung ist zu kompliziert

☐ Weiß nicht

☐ Sonstiges:

Welche standardisierten Dokumentationshilfen nutzen Sie?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [F50StandardieDoku]' (Nutzen Sie für den Rehabilitand*innenkontakt standardisierte Dokumentationshilfen?)

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Anamnesebogen nach Dhom-Zimmermann
- ☐ einrichtungsinterne Textbausteine
- ☐ Inklusions-Chart
- ☐ Mini-ICF-APP
- ☐ Netzwerkkarte
- ☐ SIBAR (Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation)
- ☐ SIMBA (Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch- beruflich orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation)
- ☐ WAI (Work Ability Index)
- ☐ Würzburger Screening
- ☐ Sonstiges:

Der ärztliche Entlassungsbericht

Für DRV-Rehabilitand*innen muss in der Regel ein einheitlicher, ärztlicher Entlassungsbericht angefertigt werden. Dieser beinhaltet u. a. die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung.

Finden sich in der Regel die von Ihnen verfassten Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht wieder?

*

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ ja

☐ nein

☐ weiß nicht

Warum finden sich in der Regel Ihre Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht nicht wieder?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'nein' bei Frage '[F60InhalteEbericht]' (Finden sich in der Regel die von Ihnen verfassten Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht wieder?)

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐ Wird von höherer Stelle nicht gewünscht

☐ Wird von mir nicht gewünscht

☐ Die technische Umsetzung ist (zu) schwierig

☐ Weiß nicht

☐ Sonstiges:

Wenn Sie an den ärztlichen Entlassungsbericht denken: Wie sicher fühlen Sie sich bei der Erstellung der Dokumentation in Bezug auf

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
 Antwort war 'ja' bei Frage ' [F60InhalteEbericht]' (Finden sich in der Regel die von Ihnen verfassten Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht wieder?)

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	sehr sicher	eher sicher	eher unsicher	sehr unsicher
... die Platzierung Ihrer Inhalte (z. B. Blatt 2, Gliederungspunkt 2.1)	☐	☐	☐	☐
... die Relevanz der eigenen Beratungsinhalte für die DRV	☐	☐	☐	☐
... den Datenschutz	☐	☐	☐	☐
... den Nutzen für den Rehabilitanden	☐	☐	☐	☐

Wenn Sie an den ärztlichen Entlassungsbericht denken: Wie hoch schätzen Sie die Relevanz der von Ihnen angefertigten Dokumentation für die folgenden Personen/Gruppen ein?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
 Antwort war 'ja' bei Frage '[F60InhalteEbericht]' (Finden sich in der Regel die von Ihnen verfassten Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht wieder?)

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	sehr hohe Relevanz	hohe Relevanz	geringe Relevanz	sehr geringe Relevanz
Für Sie	☐	☐	☐	☐
Für den/die Rehabilitanden*in	☐	☐	☐	☐
Für das Sozialdienstteam	☐	☐	☐	☐
Für andere Berufsgruppen in Ihrer Einrichtung	☐	☐	☐	☐
Für die DRV	☐	☐	☐	☐

Wer darf in der Regel Ihre Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht lesen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [F60InhalteEBericht]' (Finden sich in der Regel die von Ihnen verfassten Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht wieder?)

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ ausschließlich Sie
- ☐ der/die Rehabilitand*in (zu dem Zeitpunkt noch zur medizinischen Rehabilitation vor Ort)
- ☐ der einrichtungsinterne Sozialdienst
- ☐ die Ärztinnen/die Ärzte
- ☐ das Pflegepersonal
- ☐ der/die Physiotherapeut*innen
- ☐ der/die Psycholog*innen
- ☐ Weiß nicht
- ☐ Sonstiges:

Verlaufsdokumentation

In einer Verlaufsdokumentation können sich zum Beispiel rehabilitandenbezogene Angaben zu persönlichen Gesprächsinhalten, Telefonaten sowie der Schriftverkehr mit Dritten befinden.

Findet bei Ihnen eine Trennung zwischen der Verlaufsdokumentation und der Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht statt?

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ ja

☐ nein

☐ weiß nicht

Wer darf in der Regel Ihre Verlaufsdokumentation lesen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'ja' bei Frage ' [F70TrennungDoku]' (Findet bei Ihnen eine Trennung zwischen der Verlaufsdokumentation und der Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht statt?)

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ ausschließlich Sie
- ☐ der einrichtungseigene Sozialdienst
- ☐ die Ärztinnen/die Ärzte
- ☐ der/die Ergotherapeut*innen
- ☐ das Pflegepersonal
- ☐ der/die Physiotherapeut*innen
- ☐ der/die Psycholog*innen
- ☐ Weiß nicht
- ☐ Sonstiges:

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Verwenden Sie zu Dokumentationszwecken die ICF?

Hierbei ist es unerheblich, um welche Art von rehabilitand*innen bezogener Dokumentation es sich handelt.

! Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ ja

☐ nein

☐ weiß nicht

☐ Sonstiges

Warum verwenden Sie nicht die ICF zu Dokumentationszwecken?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'nein' bei Frage '[F80VerwendungICF]' (Verwenden Sie zu Dokumentationszwecken die ICF? Hierbei ist es unerheblich, um welche Art von rehabilitand*innen bezogener Dokumentation es sich handelt.)

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Wird von mir nicht gewünscht
- ☐ Wird von höherer Stelle nicht gewünscht
- ☐ War bislang nicht notwendig
- ☐ Die Umsetzung ist zu kompliziert
- ☐ Unklare Vorgaben von Seiten des Kostenträgers
- ☐ Zu wenig Zeit
- ☐ Weiß nicht

☐ Sonstiges:

In welcher Form nutzen Sie die ICF in der Dokumentation?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [F80VerwendungICF]' (Verwenden Sie zu Dokumentationszwecken die ICF? Hierbei ist es unerheblich, um welche Art von rehabilitand*innen bezogener Dokumentation es sich handelt.)

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Anwendung der Mini-ICF-APP
- ☐ Bei der Formulierung von Rehazielen
- ☐ Anwendung eines ICF Core Sets
- ☐ Anwendung der ICF-Sprache in einrichtungswinternen Textbausteinen

☐

Verwendung der ICF-Grundbegriffe als „gemeinsame Sprache“ im Reha-Team

☐ Sonstiges:

Zu Ihrer Person

Beantworten Sie bitte noch einige Fragen zu Ihrer Person.

Welchen qualifizierenden Abschluss haben Sie?

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐ Dipl. Sozialarbeit und/oder Dipl. Sozialpädagogik

☐ Bachelor der Sozialen Arbeit

☐ Master der Sozialen Arbeit

☐ Keine Angabe

☐ Sonstiges:

Wie lange sind Sie schon im Sozialdienst einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung tätig?

➊ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ weniger als ein Jahr
- ☐ 1 bis 4 Jahre
- ☐ 5 bis 9 Jahre
- ☐ 10 bis 14 Jahre
- ☐ 15 bis 19 Jahre
- ☐ 20 Jahre und mehr
- ☐ Keine Angabe

Denken Sie bitte an die rehabilitand*innen bezogene Dokumentation: Wenn Sie drei Wünsche frei hätten – was würden Sie sofort verändern?

Da die Wünsche veröffentlicht werden, hier bitte keine personenbezogenen Daten wie z. B. Namen angeben!

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Wunsch 1

Wunsch 2

Wunsch 3

Danke für Ihre Teilnahme!

Wir möchten Ihnen ganz herzlich für Ihre Mithilfe danken. Ihre Antworten wurden gespeichert.

Es ist geplant die Ergebnisse in der DVSG Fachzeitschrift „Forum sozialarbeit + gesundheit“ zu veröffentlichen.

Fragegruppe	Code	Fragestellung, gesamt Merkmal/Variable	Antworten Merkmalsausprägung	Skalenniveau	Fragenart	Filterfrage	Pflichtfrage	Mehrfach- antworten
Rehabilitand*innen enakte	F21ZugriffAkte	Können Sie zuverlässig auf die für Ihre Arbeit relevanten Informationen in der Rehabilitand*innenakte zugreifen?	1 = ja 2 = nein	Nominalskala	Geschlossene Alternativfrage	Nein	Nein	Nein
Dokumentation	F30Stoerung	Stört Sie etwas besonders bei Ihrer rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation?	1 = nein, nichts 2 = ja, und zwar...	Nominalskala String-Variable	Geschlossene Alternativfrage	Ja	Nein	Nein
Dokumentation	F31WelcheStoerung		1 = eingeschränkte Verfügbarkeit technischer Unterstützung 1 = ja 0 = nein 2 = fehlende/unpassende Software 1 = ja 0 = nein 3 = häufige Unterbrechungen 1 = ja 0 = nein 4 = umständliche Arbeitsabläufe/Doppelarbeit 1 = ja 0 = nein 5 = unklare Erwartungen seitens der DRV 1 = ja 0 = nein 6 = unzureichende Informationen zur Ausführung der rehabilitand*innenbezogenen Dokumentation 1 = ja 0 = nein 7 = zu wenig Zeit für die rehabilitand*innenbezogene Dokumentation 1 = ja 0 = nein 8 = sonstiges	Nominalskala	Halboffene Auswahlfrage	Nein	Nein	Ja

Fragegruppe	Code	Fragestellung, gesamt Merkmal/Variable	Antworten Merkmalsausprägung	Skalenniveau	Fragenart	Filterfrage	Pflichtfrage	Mehrfach- antworten
Dokumentation	F32	erstmaligeDoku	Wenn Sie an ein Vier-Augen-Beratungsgespräch denken: Wie dokumentieren Sie in der Regel erstmalig die Beratungsinhalte?	Nominalskala	Halboffene Auswahlfrage	Nein	Nein	Nein
			1 = Handschriftlich					
			2 = am Tablet					
			3 = Am PC					
			4 = anders, und zwar	String-Variable				
Klassifikation therapeutischer Leistungen	F40	KTL	Wer bestimmt in Ihrer Einrichtung wie die Leistungen des Sozialdienstes als KTL verschlüsselt bzw. kodiert werden?	Nominalskala	Halboffene Auswahlfrage	Nein	Nein	Ja
			1 = Sozialdienstmitarbeiter*innen					
			2 = Andere Mitarbeiter*innen					
			99 = Weiß nicht					
			4 = Sonstige Person. und zwar	String-Variable				
Standardisierte Dokumentations- verfahren	F50	Standard	Nutzen Sie für den Rehabilitand*innenkontakt standardisierte Dokumentationshilfen?	Nominalskala	Geschlossene Auswahlfrage	Ja	Ja	Nein
			1 = ja					
			2 = nein					
			99 = weiß nicht					
Standardisierte Dokumentations- verfahren	F51	Warum keine Standard	Warum nutzen Sie für den Rehabilitand*innenkontakt keine standardisierten Dokumentationshilfen?	Nominalskala	Halboffene Auswahlfrage	Nein	Nein	Ja
			1 = Wird von höherer Stelle nicht gewünscht					
			2 = Wird von mir nicht gewünscht					
			3 = Zu zeitintensiv					
			4 = Die Anwendung/Auswertung ist zu kompliziert					
			99 = Weiß nicht					
			6 = Sonstiges, und zwar	String-Variable				

Fragegruppe	Code	Fragestellung, gesamt Merkmal/Variable	Antworten Merkmalsausprägung	Skalenniveau	Fragenart	Filterfrage	Pflichtfrage	Mehrfach- antworten
Standardisierte Dokumentations- verfahren	F52WelcheDokuHilfen	Welche standardisierten Dokumentationshilfen nutzen Sie?	1 = Anamnesebogen nach Dhom-Zimmermann 1 = ja 0 = nein	Nominalskala	Halboffene Auswahlfrage	Nein	Nein	Ja
			2 = einrichtungsinterne Textbausteine 1 = ja 0 = nein					
			3 = Inklusions-Chart 1 = ja 0 = nein					
			4 = Mini-ICF-APP 1 = ja 0 = nein					
			5 = Netzwerkkarte 1 = ja 0 = nein					
			6 = SIBAR (Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation) 1 = ja 0 = nein					
			7 = SIMBA (Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation) 1 = ja 0 = nein					
			8 = WAI (Work Ability Index) 1 = ja 0 = nein					
			9 = Würzburger Screening 1 = ja 0 = nein					
			10 = andere, und zwar	String-Variable				

Fragegruppe	Code	Fragestellung, gesamt Merkmal/Variable	Antworten Merkmalsausprägung	Skalenniveau	Fragenart	Filterfrage	Pflichtfrage	Mehrfach- antworten
Ärztlicher Entlassungs- bericht	F60InhalteEBericht	Finden sich in der Regel die von Ihnen verfasste Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht wieder?	1 = ja 2 = nein 99 = weiß nicht	Nominalskala	Geschlossene Auswahlfrage	Ja	Ja	Nein
Ärztlicher Entlassungs- bericht	F61keineDokuEBericht	Warum finden sich in der Regel Ihre Inhalte im ärztlichen Entlassungsbericht nicht wieder?	1 = Wird von höherer Stelle nicht gewünscht 1 = ja 0 = nein 2 = Wird von mir nicht gewünscht 1 = ja 0 = nein 3 = Die technische Umsetzung ist (zu) schwierig 1 = ja 0 = nein 99 = Weiß nicht 5 = sonstiges, und zwar	Nominalskala	Halboffene Auswahlfrage	Nein	Nein	Ja
Ärztlicher Entlassungs- bericht	F62SicherheitDoku	Wenn Sie an den ärztlichen Entlassungsbericht denken: Wie sicher fühlen Sie sich bei der Erstellung der Dokumentation in Bezug auf...?	1 = sehr sicher 1 = ja 0 = nein 2 = eher sicher 1 = ja 0 = nein 3 = eher unsicher 1 = ja 0 = nein 4 = sehr unsicher 1 = ja 0 = nein	Ordinalskala	Geschlossene Auswahlfrage	Nein	Nein	Nein

Fragegruppe	Code	Fragestellung, gesamt Merkmal/Variable	Antworten Merkmalsausprägung	Skalenniveau	Fragenart	Filterfrage	Pflichtfrage	Mehrfach- antworten
Ärztlicher Entlassungs- bericht	F63hilfreichDoku	Wenn Sie an den ärztlichen Entlassungsbericht denken: Wie hoch schätzen Sie die Relevanz der von Ihnen angefertigten Dokumentation für die folgenden Gruppen/Personen ein?		Ordinalskala	Geschlossene Auswahlfrage	Nein	Nein	Nein
		1 = Für Sie	1 = sehr hohe Relevanz	Ordinalskala	Geschlossene Auswahlfrage	Nein	Nein	Nein
			1 = ja					
			0 = nein					
			2 = hohe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
			3 = geringe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
			4 = sehr geringe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
			1 = sehr hohe Relevanz	Ordinalskala	Geschlossene Auswahlfrage	Nein	Nein	Nein
		2 = Für den/die Rehabilitanden *in	1 = ja					
			0 = nein					
			2 = hohe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
			3 = geringe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
			4 = sehr geringe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
			1 = ja					
			0 = nein					
			2 = hohe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
			3 = geringe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
			4 = sehr geringe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					

Fragegruppe	Code	Fragestellung, gesamt Merkmal/Variable	Antworten Merkmalsausprägung	Skalenniveau	Fragenart	Filterfrage	Pflichtfrage	Mehrfach- antworten
		3 = Für das Sozialdienstteam	1 = sehr hohe Relevanz	Ordinalskala	Geschlossene Auswahlfrage	Nein	Nein	Nein
			1 = ja					
			0 = nein					
			2 = hohe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
			3 = geringe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
			4 = sehr geringe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
		4 = Für andere Berufsgruppen in Ihrer Einrichtung	1 = sehr hohe Relevanz	Ordinalskala	Geschlossene Auswahlfrage	Nein	Nein	Nein
			1 = ja					
			0 = nein					
			2 = hohe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
			3 = geringe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
			4 = sehr geringe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
		5 = Für die DRV	1 = sehr hohe Relevanz	Ordinalskala	Geschlossene Auswahlfrage	Nein	Nein	Nein
			1 = ja					
			0 = nein					
			2 = hohe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
			3 = geringe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					
			4 = sehr geringe Relevanz					
			1 = ja					
			0 = nein					

Fragegruppe	Code	Fragestellung, gesamt Merkmal/Variable	Antworten Merkmalsausprägung	Skalenniveau	Fragenart	Filterfrage	Pflichtfrage	Mehrfach- antworten
Ärztlicher Entlassungs- bericht	F64Dokulesen	Wer darf in der Regel Ihre Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht lesen?	1 = ausschließlich Sie 1 = ja 0 = nein 2 = der/die Rehabilitand*in (zu dem Zeitpunkt noch zur medizinischen Rehabilitation vor Ort) 1 = ja 0 = nein 3 = der einrichtungsinterne Sozialdienst 1 = ja 0 = nein 4 = die Ärztinnen/die Ärzte 1 = ja 0 = nein 5 = die Ergotherapeut*innen 1 = ja 0 = nein 6 = das Pflegepersonal 1 = ja 0 = nein 7 = der/die Physiotherapeut*innen 1 = ja 0 = nein 8 = der/die Psycholog*innen 1 = ja 0 = nein 99 = Weiß nicht 10 = andere, und zwar	Nominalskala	Halboffene Auswahlfrage	Nein	Nein	Ja
				String-Variable				

Verlaufs- dokumentation	F70TrennungDoku	Findet bei Ihnen eine Trennung zwischen der Verlaufsdokumentation und der Dokumentation für den ärztlichen Entlassungsbericht statt?	1 = ja 2 = nein 99 = weiß nicht	Nominalskala	Geschlossene Auswahlfrage	Nein	Nein	Nein

Fragengruppe	Code	Fragestellung, gesamt Merkmal/Variable	Antworten Merkmalsausprägung	Skalenniveau	Fragenart	Filterfrage	Pflichtfrage	Mehrfach- antworten
Verlaufs- dokumentation	F71LesenVerlaufsdocu	Wer darf in der Regel Ihre Verlaufsdokumentation lesen?	1 = ausschließlich Sie	Nominalskala	Halboffene Auswahlfrage	Nein	Nein	Ja
			1 = ja					
			2 = nein					
			2 = der einrichtungseigene Sozialdienst					
			1 = ja					
			2 = nein					
			3 = die Ärztinnen/die Ärzte					
			1 = ja					
			2 = nein					
			4 = der/die Ergotherapeut*innen					
			1 = ja					
			2 = nein					
			5 = das Pflegepersonal					
			1 = ja					
			2 = nein					
			6 = der/die Physiotherapeut*innen					
			1 = ja					
			2 = nein					
			7 = der/die Psycholog*innen					
			1 = ja					
			2 = nein					
			99 = Weiß nicht					
			9 = andere, und zwar	String-Variable				
Internationale Klassifikation der Funktions- fähigkeit, Behinderung und Gesundheit	F80VerwendungICF	Verwenden Sie zu Dokumentationszwecken die ICF? Hierbei ist es unerheblich, um welche Art von rehabilitand*innen bezogener Dokumentation es sich handelt.	1 = ja	Nominalskala	Halboffene Auswahlfrage	Ja	Nein	Nein
			2 = nein					
			99 = weiß nicht					
			4 = sonstiges, und zwar	String-Variable				

Fragegruppe	Code	Fragestellung, gesamt Merkmal/Variable	Antworten Merkmalsausprägung	Skalenniveau	Fragenart	Filterfrage	Pflichtfrage	Mehrfach- antworten
			3 = Anwendung eines ICF Core Sets					
			1 = ja					
			2 = nein					
			4 = Anwendung der ICF-Sprache in einrichtungsinternen Textbausteinen					
			1 = ja					
			2 = nein					
			5 = Verwendung der ICF-Grundbegriffe als „gemeinsame Sprache“ im Reha-Team					
			1 = ja					
			2 = nein					
			6 = sonstiges, und zwar	String-Variable				

Zu Ihrer Person	F90 Welcher Abschluss	Welchen qualifizierenden Abschluss haben Sie?	1 = Dipl. Sozialarbeit und/oder Dipl. Sozialpädagogik	Nominalskala	Halboffene Auswahlfrage	Nein	Nein	Ja
			1 = ja					
			2 = nein					
			2 = Bachelor der Sozialen Arbeit					
			1 = ja					
			2 = nein					
			3 = Master der Sozialen Arbeit					
			1 = ja					
			2 = nein					
			88 = Keine Angabe					
			5 = sonstiger Abschluss	String-Variable				

Zu Ihrer Person	F91 Dauer Sozialdienst	Wie lange sind Sie schon im Sozialdienst einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung tätig?	1 = weniger als 1 Jahr	Ordinalskala	Geschlossene Auswahlfrage	Nein	Nein	Nein
			2 = 1 bis 4 Jahre					
			3 = 5 bis 9 Jahre					
			4 = 10 bis 14 Jahre					
			5 = 15 bis 19 Jahre					
			6 = 20 Jahre und mehr					
			88 = Keine Angabe					

Der Sozialdienst und die Dokumentation

Ihre Meinung zählt!

Siegen, den
1. Juni 2021

Universität Siegen
Hölderlinstr. 3
57068 Siegen

Christina Keßler M.A.
02527 94 71 64
christina.kessler@
student.uni-siegen.de

Sehr geehrte Sozialdienstmitarbeiterin,
sehr geehrter Sozialdienstmitarbeiter,

die Dokumentation ist im Alltag des Sozialdienstes ein wichtiges Thema. Wir interessieren uns für Ihre Sichtweise und bitten Sie daher, an unserer Befragung zum Thema „Die Dokumentation des Sozialdienstes in der medizinischen Rehabilitation“ teilzunehmen. Wir möchten hierdurch einen Überblick über die verschiedenen Dokumentationsvorgänge erhalten.

Für diese Studie werden circa 700 Sozialdienste in Deutschland befragt. Der Fokus der Erhebung liegt auf der somatischen (i. d. R. dreiwöchigen) Rehabilitation von erwachsenen DRV-Rehabilitand*innen.

Durch Ihre Teilnahme liefern Sie als Expertin und Experte wichtige Denkanstöße zur Weiterentwicklung von Theorie und Praxis des Sozialdienstes in der medizinischen Rehabilitation. Wir würden uns daher sehr freuen, wenn Sie sich 10–15 Minuten Zeit nehmen und den folgenden Fragebogen ausfüllen.



Hier geht es direkt zur Umfrage
oder unter <https://u-si.de/r5pz3>

Die Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig und anonym.

Diese Studie wird unterstützt vom Fachbereich Rehabilitation und Teilhabe der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG). Es ist geplant die Ergebnisse in der Fachzeitschrift „Forum sozialarbeit + gesundheit“ zu veröffentlichen.

Nur wenn sich möglichst viele Personen an der Befragung beteiligen, erhalten wir aussagekräftige Ergebnisse. Bitte geben Sie diesen Brief und/oder die Kärtchen daher auch in Ihrem Team weiter.

Für Fragen und Anregungen können Sie uns gerne kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen

Christina Keßler M.A.

Prof. Dr. Albrecht Rohrmann



Der Sozialdienst und
die Dokumentation
Ihre Meinung zählt!

Liefern Sie als Experte*in wichtige Denkanstöße
zur Weiterentwicklung von Theorie und Praxis des
Sozialdienstes in der medizinischen Rehabilitation!

Die Bearbeitungszeit beträgt nur ca. 10–15 Min.
Die Teilnahme an der Befragung ist
selbstverständlich freiwillig und anonym.





Hier geht es direkt zur Umfrage
oder unter <https://u-si.de/r5pz3>



Sehr geehrte Sozialdienstmitarbeiterin,
sehr geehrter Sozialdienstmitarbeiter,

wir möchten Sie heute an unsere Onlinebefragung erinnern.
Sollten Sie bereits an der Befragung teilgenommen haben,
danken wir Ihnen dafür recht herzlich.

Sofern Sie noch nicht teilgenommen haben, wären wir
Ihnen sehr dankbar, wenn Sie Ihre Expertise für unser
Forschungsprojekt „Die Dokumentation des Sozialdienstes
in der medizinischen Rehabilitation“ zur Verfügung
stellen würden. Die Bearbeitungszeit beträgt nur etwa
10–15 Minuten.

Die Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich
freiwillig und anonym. Diese Studie wird unterstützt vom
Fachbereich Rehabilitation und Teilhabe der Deutschen
Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
(DVSG). Es ist geplant die Ergebnisse in der Fachzeitschrift
„Forum sozialarbeit + gesundheit“ zu veröffentlichen.

Mit freundlichen Grüßen

Christina Keßler M.A.

Prof. Dr. Albrecht Rohrmann

Universität Siegen
Hölderlinstr. 3
57068 Siegen

Christina Keßler M.A.
02527 94 71 64
christina.kessler@student.uni-siegen.de

Universität Siegen | Fak. II/Dep. EWP | A. Rohrmann | 57068 Siegen



Der Sozialdienst
und die Dokumentation
Ihre Meinung zählt!



Hier geht es direkt zur Umfrage
oder unter <https://u-si.de/r5pz3>

Studie: Der Sozialdienst in der medizinischen Rehabilitation – Ihre Meinung zählt!

Die Dokumentation ist im Alltag des Sozialdienstes ein wichtiges Thema. Um mehr über die verschiedenen Dokumentationsvorgänge zu erfahren, schreibt die Universität Siegen in den kommenden Wochen deutschlandweit ca. 700 Sozialdienste postalisch an. Der Fokus der Erhebung liegt auf der somatischen (i. d. R. dreiwöchigen) Rehabilitation von erwachsenen DRV-Rehabilitand*innen.

Die Teilnahme an der Onlinebefragung dauert nur 10-15 Minuten und ist selbstverständlich freiwillig und anonym. Nur wenn sich möglichst viele Personen an der Studie beteiligen, sind zuverlässige Ergebnisse zu erwarten. Auf diese Weise können Sozialdienstmitarbeiter*innen wichtige Denkanstöße zur Weiterentwicklung von Theorie und Praxis leisten.

Diese Studie wird unterstützt vom Fachbereich Rehabilitation und Teilhabe der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG). Es ist geplant die Ergebnisse in der Fachzeitschrift „Forum sozialarbeit + gesundheit“ zu veröffentlichen.

Für Fragen können Sie gerne Christina Keßler, christina.kessler@student.uni-siegen.de kontaktieren.