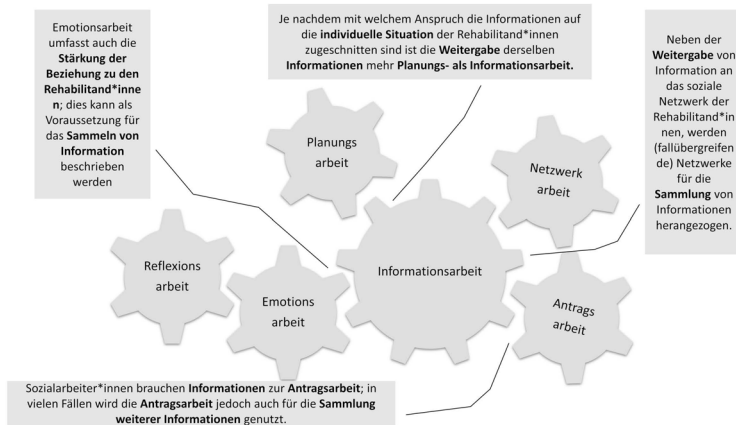


Abbildung 6: Darstellung der Arbeitsformen



Vor allem in Kombination beschreiben die Arbeitsformen die tatsächliche Praxis der Sozialen Arbeit sehr differenziert im Gegensatz zu allgemeineren Begriffen wie der Beratung oder Organisation der Nachsorge (vgl. Abbildung 6).

Die bisherige Darstellung der Arbeitsformen erfolgte ohne erweiterten Kontext und ohne ein Ziel der Aktivitäten aus Perspektive der Beteiligten. Auf die Bedingungen und Konsequenzen wurde in der Erläuterung der einzelnen Arbeitsformen zwar schon eingegangen. Diese sollen jedoch durch eine Auseinandersetzung mit den Interaktionssettings und den Aufgaben der Sozialdienste noch weiter konkretisiert werden.

ii) Interaktionssettings

Für die Praxis der Sozialen Arbeit sind nicht nur die Tätigkeiten der Professionellen relevant. Im Rahmen dieses Projekts ist deutlich geworden, dass auch das Interaktionssetting als Bedingung der Tätigkeiten berücksichtigt werden muss. Die Kategorisierung der Interaktionssettings in diesem Projekt ist dabei maßgeblich durch die Akteur*innen strukturiert. Grundsätzlich können die Interaktionssettings in die unterschiedlichen, im Folgenden aufgezählten Interaktionspartner*innen/Akteur*innen unterteilt werden.

Akteur*innen in der sozialarbeiterischen Praxis:

In der sozialarbeiterischen Praxis können folgende Akteur*innen identifiziert und strukturiert werden. Neben den Sozialarbeiter*innen und *Rehabilitand*innen* selber sind die Mitglieder des intra- und interprofessionellen *Reha-Teams* regelmäßig auftretende Akteur*innen. Dazu kommen die *An- und Zugehörigen* sowie die *Arbeitgeber*innen* beziehungsweise Protagonist*innen bei diesen (zum Beispiel BEM-Beauftragte, Kolleg*innen u.v.m.). Zusätzlich zu diesen Personen/Institutionen wurden formelle Kontakte zu *professionellen Anbietern* (zum Beispiel Haus- und Fachärzt*innen, Therapeut*innen, unter anderem andere Sozialarbeiter*innen) genannt und beobachtet. Weitere professionelle Gruppen der kontaktierten Akteur*innen sind *Sozialversicherungen und Ämter* oder *intraprofessionelle, externe Kontakte* außerhalb des Reha-Prozesses mit anderen Sozialarbeiter*innen zum Beispiel aus Arbeitskreisen oder Sozialdiensten in Krankenhäusern.

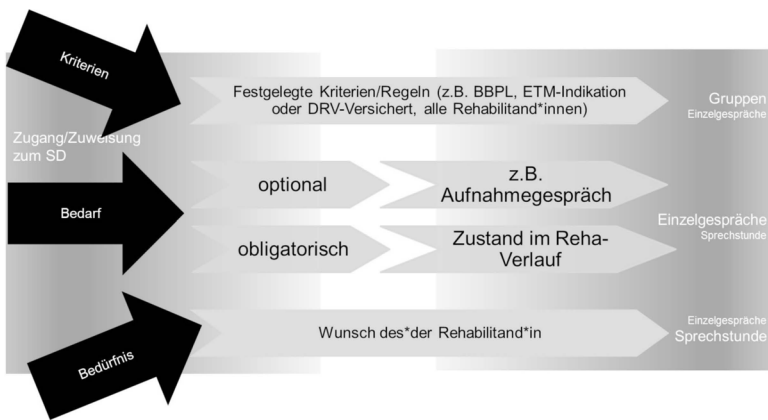
a) Interaktion mit den Rehabilitand*innen

Die Interaktion mit den Rehabilitand*innen geschieht als Einzelgespräch, im Rahmen von Sprechstunden oder in Gruppen. Jedoch ist sie vom Einzelfallbezug der Sozialdienste in den Reha-Einrichtungen geprägt. Es geht immer nur um eine Person, den Fall. Dies ist in den beiden Settings Einzelgespräch und Sprechstunde offensichtlich. Jedoch gilt dies auch für die Arbeit mit Gruppen. Im Fokus steht der oder die Rehabilitand*in allein. Die Entwicklung der Gruppe ist eine Bedingung des Interaktionssettings und kann von den Sozialarbeiter*innen als Interventionsmechanismus eingesetzt werden. Sie ist aber nicht Gegenstand der Intervention.

Zugang:

Im Folgenden werden die einzelnen Interaktionssettings mit den Rehabilitand*innen vorgestellt. Dabei werden die wichtigsten Merkmale herausgearbeitet, um Unterschiede zwischen den Interaktionssettings aufzuzeigen. Dazu gehört auch eine Auseinandersetzung mit der Zuweisung beziehungsweise Steuerung in diese Settings. Diese kann mit der Abbildung 7 im Allgemeinen beschrieben werden.

Abbildung 7: Zugangswege in den Sozialdienst



Grundsätzlich werden drei Orientierungen bei der Zuweisung unterschieden. Die Zuweisung erfolgt auf Grundlage von Kriterien, eines Bedarfs⁵ oder der Bedürfnisse der Rehabilitand*innen. Diese Orientierungen stehen in einem Zusammenhang mit bestimmten Interaktionssettings. So wird in Einzelgespräche insbesondere aufgrund eines, zum Beispiel durch den*die Ärzt*in festgestellten, Beratungsbedarfs gesteuert. Dies gilt weniger deutlich auch für die Sprechstunde. Diese wird eher von den Rehabilitand*innen auf Eigeninitiative aufgesucht. Kriterien wie zum Beispiel eine bestimmte Indikation oder ein Versicherungsstatus können auch auf eine Orientierung am Beratungsbedarf zurückzuführen sein, haben jedoch in der Praxis eine andere Bedeutung, da hier der Prozess der Feststellung des Beratungsbedarfs entfällt. Bei der Vorstellung der Interaktionssettings wird auf die Bedeutung der unterschiedlichen Zugangswege eingegangen.

5 Der Begriff des Bedarfs wird an dieser Stelle verwendet, um den in diesen Fällen vorab laufenden Prozess der (professionellen) Feststellung eines Beratungsbedarfs zu betonen. Dies schließt theoretisch an die Behandlungsbedarfstheorie (Raspe, 2007) an, der für diesen notwendige Nachweis der ability-to-benefit durch den Sozialdienst bleibt jedoch offen. Im Folgenden wird der weniger besetzte Begriff des Beratungsbedarfs verfolgt, auch wenn damit nicht die gesamten Möglichkeiten der Sozialdienste abgebildet werden.

Einzelgespräche

Einzelgespräche sind in allen Einrichtungen als Interaktionssetting zu beobachten. Eine erste Besonderheit dieser face-to-face-Situation zwischen Sozialarbeiter*in und Rehabilitand*in wird deutlich, wenn von einzelnen Sozialdiensten Ausnahmen aufgrund der Corona-Pandemie berichtet wurden und Beratungsgespräche auch telefonisch durchgeführt wurden.

Während der Beobachtung frage ich [Beobachter TK], wie sich Frau A. verhalten hat, als es wegen der Corona-Pandemie teilweise nicht möglich war, mit den Rehabilitand*innen persönlich zu sprechen. Frau D. erläutert zunächst, dass zu dieser Zeit etwas verloren gegangen sei, da sie die Reaktion der Rehabilitand*innen auf bestimmte vorgeschlagene Themen nicht sehen konnte, um entsprechend zu reagieren. Sie wählt dafür die Beispiele Grad der Behinderung und Pflegegrad, die scheinbar bei manchen Rehabilitand*innen zu Unverständnis führen, da diese einen Bedarf in dieser Hinsicht bei sich nicht sähen und dann entsprechend erobst reagieren würden. In der Zeit habe sie viel ausprobiert. Zum Beispiel habe sie den Rehabilitand*innen bestimmte Antragsformulare über die Hauspost zukommen lassen, diese selber am PC geöffnet und sie dann gemeinsam am Telefon ausgefüllt. Frau D. bewertet dieses Vorgehen als nicht gleichwertig mit dem üblichen Vorgehen mit Kontakt. Auf Nachfrage berichtet sie, dass die telefonische Beratung von Rehabilitand*innen jedoch bei kleinen Fragen aus der Zeit übriggeblieben sei. (E6 BP\TKII: 263–281)

In dieser Sondersituation ging also eine wichtige Facette für das Setting verloren, die sich auf die Emotionen des Gegenübers bezieht. Sozialarbeiter*innen reagieren auf die Emotionen der Rehabilitand*innen, wie es bereits bei der Arbeitsform Emotionsarbeit beschrieben wurde, und identifizieren damit mitunter ihre Aufträge. Emotionen spielen auch in der Gruppe eine Rolle, jedoch können Sozialarbeiter*innen diese in genanntem Setting nicht so intensiv wahrnehmen und dementsprechend nicht so individuell darauf reagieren. Dazu kommt, dass sich aufgrund des Rahmens manche Themen nicht für Gruppen eignen, wohingegen der Fokus im Einzelgespräch natürlicherweise auf dem Fall liegt. Entsprechend gibt es Themen, die aus den Gruppen in die Einzelgespräche verlagert werden.

Ein weiteres Merkmal der Einzelgespräche ist die tendenzielle Bekanntheit des Themas der Beratungsgespräche. Dieses Merkmal soll aus zwei Perspektiven beleuchtet werden. Zum einen soll der Einfluss der Zugangswege (1) zu den Einzelgesprächen auf die Bekanntheit der Themen besprochen werden. Damit

in Beziehung steht die Vorbereitung auf diese Termine (2) durch die Sozialarbeiter*innen.

(1) Der Zugang zu den Einzelgesprächen verläuft im Vergleich zu den anderen Zugangswegen und Interaktionssettings hauptsächlich über eine bedarfsorientierte Steuerung (vgl. Abbildung 7).

Der Fokus bei der folgenden Darstellung liegt dabei auf der optionalen bedarfsorientierten Steuerung durch die Sozialarbeiter*innen selber und andere Berufsgruppen. Der bedürfnisbasierte Zugang soll ebenfalls diskutiert werden, wird jedoch bei der Vorstellung der Sprechstunden als Interaktionssetting näher beleuchtet.

Die Sozialarbeiter*innen stellen selten im Vorfeld der Einzelgespräche einen Beratungsbedarf der Rehabilitand*innen fest. In einer teilnehmenden Einrichtung wurden vor der Corona-Pandemie und damit vor der Erhebung alle Rehabilitand*innen für ein Aufnahmegespräch gesehen. In diesem wäre eine Entscheidung über einen weiterführenden Beratungsbedarf möglich gewesen. Die Sozialarbeiter*innen beschrieben zudem andere Vorteile (kein Informationsvorsprung der anderen Professionen) als den direkten Zugriff und damit die Möglichkeit der Bedarfsfeststellung, schilderten aber zugleich einen damit verbundenen Terminstress. Hinsichtlich der Terminierung von Folgeterminen ist der Sozialdienst wiederum in einem Großteil der Einrichtungen selbstständig. Kriterien für diese Zuweisung sind hauptsächlich die zeitlichen Rahmenbedingungen der in der Regel halbstündlichen Termine. Tätigkeiten, die noch nicht abgeschlossen worden sind, werden auf weitere Termine vertagt. Dazu kommen Themen, die sich im Erstgespräch ergeben haben und denen in einem weiteren Termin extra nachgegangen werden soll. Daraus ergibt sich, dass die Sozialarbeiter*innen in diesen Fällen die Themen im Vorfeld genau kennen und sich oder die Rehabilitand*innen entsprechend vorbereiten können.

Sozialarbeiterin Frau A: Ich gucke, dass ich Sie noch mal planen lasse, **für diesen Änderungsantrag**. (Rehabilitandin: Machen wir.) Da wärs dann ganz schön, wenn Sie Ihren alten Antrag mal mitbringen. (E4 B\Frau A: 596–598)

Zudem verfügen die Sozialarbeiter*innen in diesen Fällen über eine Selbstständigkeit, die es ihnen ermöglicht, personbezogene und Umweltfaktoren der Rehabilitand*innen oder Rahmenbedingungen des Sozialsystems zu berücksichtigen.

Wir im Sozialdienst vergeben unsere Termine selber [...] es spielen oft externe Faktoren im Sozialdienst mit rein, die ich bei der Terminierung berücksichtigen muss. (.) [...] **wenn** (.) ein Patient **eingeschränkter** ist in der Kommunikation, im Kommunikativen, oder vielleicht auch (.) in der Übersetzung, weil er mehr Türkisch als (I: Ja.) Deutsch spricht (I: Ja.) und da **Angehörige** kommen möchten, [...] muss ich natürlich gucken, wann passt es dem **Angehörigen** und wann kann der **da** sein, wenn der aus [Ort 1] kommt oder was? (I: Ja, ja.) Ne? Dann terminiere ich den aber auch **so** (.) [...], dass der Angehörige **dabei** sein kann [...] **oder** ich hab' jetzt noch irgendwie was mit Behörden zu klären und mache fix 'n Telefontermin mit irgend 'ner Behörde, wo der Patient dann aber auch zugegen sein sollte. (E9 I\Herr A: 1249–1282)

Über diese Möglichkeiten verfügen jedoch nicht alle Sozialarbeiter*innen, so dass eine mit dem zuvor benannten Beispiel in Verbindung gebrachte Flexibilität vermisst wird und als wichtige Voraussetzung der Profession gesehen werden kann.

Wenn ich'n Patienten hier im Einzel sitzen habe und der hat wirklich 'ne (.) Problematik, dann ist das auch kein **Problem** irgendwie in der Therapieplanung zu schreiben: »Den muss ich jetzt nochmal sehen, nächste Woche oder diese Woche nochmal.« Aber manchmal kriegen die das dann auch nicht auf die Reihe [und da] muss ich ehrlich sagen, das nimmt mir auch 'n Stück Selbstständigkeit. Und ich finde (.) [...] das eigentlich **wichtig**, ja, dass auch **ich** mal selbstständig sein (Lacht) darf. Und ich würde lieber meine Einzelgespräche auch selbstständig einplanen. (E2 I\Frau C: 96–108)

Die bedarfsorientierte Steuerung der Erstgespräche durch andere Berufsgruppen ist sehr verbreitet. Bei diesen spielt in fast allen teilnehmenden Einrichtungen die Medizin als im Reha-Prozess zentrale Profession die wichtigste Rolle und wird im Folgenden näher beleuchtet. Andere Berufsgruppen wurden nur dann genannt, wenn sie viel Zeit mit den Rehabilitand*innen verbringen. In den stationären Reha-Einrichtungen waren dies damit insbesondere die Pflegekräfte. Andere Berufsgruppen erfüllten diese Voraussetzung unter bestimmten Bedingungen. So verbringen in manchen teilnehmenden Einrichtungen therapeutische Berufsgruppen besonders viel Zeit mit den Rehabilitand*innen. Eine Einrichtung stellt jedoch eine Ausnahme dar. Alle Berufsgruppen steuern in dieser gleichberechtigt in den Sozialdienst. Hinsichtlich der Bekanntheit des Themas der Beratung ergeben sich jedoch zu

den Einrichtungen mit einem eher medizinfokussierten bedarfsorientierten Zugang keine Besonderheiten.

Der Großteil der Sozialdienste arbeitet auf Zuweisung durch die Ärzt*innen, was sich über die Steuerungsmechanismen der Einrichtungen ergibt. Über die Steuerung in den Sozialdienst, die sich im Rahmen der ärztlichen Gespräche vollzieht, können nur begrenzt Aussagen getroffen werden. In den Interviews mit den Leitungskräften, die aufgrund des Studiendesigns die einzigen Möglichkeiten für Anhaltspunkte zu dieser Frage liefern, konnten jedoch unterschiedliche Herangehensweisen identifiziert werden.

- a) Anamnese: Die Ärzt*innen führen systematisch eine Berufs- oder Sozialanamnese durch und steuern entsprechend. Der Fokus liegt hier jedoch auf den beruflichen Themen.
- b) Verweisung: Bei bestimmten Themen (zum Beispiel Grad der Behinderung, Rente, StW), die von den Rehabilitand*innen angesprochen oder nachgefragt werden, verweisen die Ärzt*innen (oder Pflegekräfte, Therapeut*innen) an den Sozialdienst, entweder direkt mit einem Termin oder erwähnen die Möglichkeit zur Sprechstunde.
- c) »Bremsen«: Hier stehen die Erwartungen der Rehabilitand*innen an die Sozialdienste im Vordergrund. Die Ärzt*innen sind mit diesen Erwartungen in ihren Gesprächen konfrontiert und die Interviewpartner*innen beschreiben diese als überzogen oder falsch. In Folge bremsen sie die Erwartungen eher und kommen nicht allen Wünschen mit einem Termin nach. In diesen Schilderungen wird auch die Strategie des Verweizens verfolgt. Geschildert wurde dies nur in den psychosomatischen Reha-Einrichtungen.

Dazu kommen noch weitere weniger ärzt*innenzentrierte Zugangswege wie die vorab genannten Zugänge über Therapeut*innen oder Pflegekräfte. Eine psychosomatische Reha-Einrichtung berichtet zwar auch von der Zuweisung durch die Mediziner*innen oder Psycholog*innen, diese kann jedoch unmittelbar im Team besprochen und hinterfragt werden.

Und das ist eigentlich immer 'ne gemeinsame Entscheidung. [...] heute war zum Beispiel etwas, (.) da ist 'ne Patientin, die ist noch im Arbeitsverhältnis. Und wir hatten schon vor 'n paar Wochen gesagt, wie unsere Empfehlung ist. Jetzt hat sie 'n Rentenwunsch geäußert. Unsere Empfehlung hat sich bis dahin noch nicht **geändert**. [...] die Therapeutin halt bat, [darum] dass ich sie

nochmal **ein**plane. Und ich hab' gesagt: »Ja, aber wenn sich **ihre** Einstellung (.) nicht ändert, dann brauch ich sie nicht wiedersehen, weil ich brauch' im Prinzip nicht nochmal das gleiche hören, was sie mir vor 'n paar Wochen gesagt hat.« Deswegen soll sie erstmal gucken und überprüfen, wie weit die Patientin ist. Und wenn die weiter ist oder weitere Informationen braucht, **dann** kann ich sie wieder einplanen. (E2 I\Frau D: 138–154)

Darüber hinaus haben die Sozialarbeiter*innen in diesem Fall die Chance, relevante Informationen zu sammeln und Nachfragen zu stellen.

Hinsichtlich der Bekanntheit der Themen in den Einzelgesprächen müssen zusätzlich die Bedingungen des Informationsflusses in den Einrichtungen diskutiert werden. Sowohl bei den Zuweisungen aus einer systematischen Anamnese als auch bei den situativen Verweisungen spielt die Weitergabe des identifizierten Problems beziehungsweise des angesprochenen Anliegens der Rehabilitand*innen eine Rolle. Eine Übermittlung dieser Informationen bei der Anmeldung findet in mehreren Einrichtungen statt. Diese sind jedoch unterschiedlich stark differenziert, zudem unterscheiden sich die Kommunikationsmittel. Mögliche Erklärungen dafür werden in der zuweisenden Person gesehen, die die Kompetenzen und Tätigkeiten der Sozialarbeiter*innen unterschiedlich einschätzen. Besonders auffällig ist dies, wenn es einen regelmäßigen Personalwechsel in der zuweisenden Profession gibt. Dies wird von den Sozialarbeiter*innen einer Einrichtung explizit bemängelt. Ein Sozialdienst einer anderen teilnehmenden Einrichtung kämpft mit der fehlenden Anerkennung des Sozialdienstes und bringt die Schwierigkeiten bei der Zuweisung mit falschen oder fehlenden Informationen mit dem fehlenden Wissen um den Sozialdienst selbst in Verbindung. Die Mitarbeiter*innen sind bemüht, diesen Stand zu verändern und stellen die Arbeit in den ärztlichen Gremien vor. In der Einrichtung, bei der sich die Zuweisung im Team vollzieht, bestehen diese Probleme nicht.

Hinsichtlich der Bekanntheit der Themen kann zudem nicht erwartet werden, dass sämtliche Anliegen von den Ärzt*innen oder anderen zuweisenden Berufsgruppen erkannt werden. Dafür ist die Einschätzung unter den Einrichtungen zu sehr verbreitet, dass weitere Themen in den Beratungsgesprächen auftauchen. Als eine Folge des beschriebenen bedarfsbasierten Zugangs werden deshalb von den Sozialarbeiter*innen weitere Informationen als die genannten Anliegen im Vorfeld verarbeitet und Hypothesen zu möglichen weiteren Beratungsthemen verwertet. Dies ist immer noch möglich, wenn das Ge-

sprach bereits läuft, wie das bereits an anderer Stelle schon aufgeführte Zitat von Herrn B. zeigt:

Sozialarbeiter Herr B: Ich guck ma eben in ihre Akte rein, ob mir noch was zu ihnen einfällt. (Druckergeräusche) [Beruf des*der Rehabilitand*in]. (11 Sek.) Sie sind **verheiratet**? (E1, B Herr B: 311–314)

(2) Auf zwei unterschiedlichen Ebenen (Einrichtung (a), Sozialarbeiter*in (b)) können Faktoren mit einem Einfluss auf die Möglichkeiten der Vorbereitung ausgemacht werden.

(a) Die strukturellen Bedingungen des Informationszugangs und die Präsenz der Sozialdienste (vgl. Präsenz der Sozialdienste ermöglichen überhaupt erst eine Vorbereitung auf die Gespräche. Anhand von zwei teilnehmenden Einrichtungen (E5 und E10), in denen die Sozialarbeiter*innen Hypothesen über Beratungsbedarfe im Vorfeld aufstellten, sollen die Bedeutung der Bedingungen für die Entwicklung von Hypothesen beschrieben werden. Beide Sozialdienste verfügen in der Regel über ausreichende Ressourcen, zum Beispiel genügend Zeit und/oder Zugriffsmöglichkeiten auf die Dokumentation der Aufnahmegespräche, Anamnesebögen der Rehabilitand*innen beziehungsweise Visitenabsprachen der Ärzt*innen. Die herangezogenen Informationen stammen nicht direkt vom Sozialdienst, sondern werden von den Ärzt*innen gesammelt. Dadurch entsteht eine informationelle Abhängigkeit von der Medizin, einer Facette der Präsenz der Sozialdienste in Reha-Einrichtungen.

Im ersten Fall arrangieren sich die Sozialarbeiter*innen mit den gesammelten Daten, müssen diese jedoch noch verarbeiten, also durchsuchen und handhabbar zusammenstellen. Der Sozialarbeiter vor Ort betont jedoch trotzdem den offenen Ausgang der Gespräche.

Ich [...] guck mir [...]so im Schnelldurchlauf,[...] die Arztdoku durch. Und notier' mir [...] auch so'n bisschen [...] den Hintergrund. (I: Mhm.) Wenn da jetzt noch fünf, sechs, sieben andere Probleme schmoren, dann seh' ich da vielleicht auf meinem Plan »Einleitung Nachsorge«, ich kann mir aber dann im Voraus schon fast an fünf Fingern ausrechnen, das (.) (I: Mhm.) ist **eigentlich** damit nicht getan. (E10 \Herr A: 89–105)

Im zweiten Fall baut die Verständigung zwischen dem Sozialdienst und der Medizin auf der langjährigen Zusammenarbeit eines Sozialarbeiters auf. Dies

zieht ein quasi »blindes Verstehen« zwischen diesen beiden Professionen nach sich und die Kompetenzen und Tätigkeiten des Sozialdienstes sind den Ärzt*innen gedanklich präsent.

Wir hatten früher mal so 'n Katalog aufgesetzt, haben immer gesagt, also (.) Problem am **Arbeitsplatz**, (.) egal, ob das jetzt aus **gesundheitlichen** Gründen oder **anderweitigen** Gründen entstanden ist, kommen zu uns. **All** diejenigen, die arbeitslos sind, die **keine** Arbeit haben, kommen zu uns. (.) Und so weiter. Die Fragen haben eben halt zum [...] **Schwerbehindertenrecht**, die Fragen haben zur häuslichen Versorgung und, und, und, und, und. [...] das hatten die **Ärzte** immer so (.) mit an Hand gekriegt, damit sie wissen, (.) wen muss ich denn schicken. Weil das war am Anfang manchmal so 'n bisschen holperig. (.) (Schnalzen) Aber mittlerweile hat sich das eingestellt. (E5 I\Herr B: 330–342)

(b) Die Sozialarbeiter*innen selbst können ebenfalls als Einflussfaktor angesehen werden. Dies lässt sich deuten, wenn Einrichtungen betrachtet werden, die nicht über die genannten strukturellen Bedingungen verfügen, die Mitarbeiter*innen der weniger präsenten Sozialdienste jedoch einen Weg finden, damit umzugehen. Dabei sei zum Beispiel ein Sozialdienst zu nennen, der besonders von der fehlenden Übermittlung des Anliegens der Rehabilitand*innen durch den steten Personalwechsel in der Medizin betroffen ist. Eine Sozialarbeiterin verfolgt deshalb eine präventive Strategie und spricht den regelmäßig stattfindenden Teambesprechungen eine besondere Bedeutung zu, da sie ermöglichen, Informationen über alle Rehabilitand*innen direkt zu sammeln und diese damit zu kennen.

Und es ist natürlich super, wenn wir in den jeweiligen Teams sitzen. Also wir nehmen ja halt an jeder Teamsitzung teil. Und wenn wir da 'nen festes Team haben, festen Oberarzt, (.) dann kennt man die Patienten ja auch so 'n bisschen, ne? Dann hat man da schon mal/dann wird ja im Team auch über den Patienten gesprochen (E3 I\Frau B: 116–122)

Mögliche professionelle oder persönliche Motive der Sozialarbeiter*innen zur Beeinflussung der Vorbereitungsbereitschaft sind der Arbeitsschwerpunkt, die Unsicherheit im Umgang mit der Offenheit sowie die Patient*innenorientierung.

Ein Sozialarbeiter lehnt die Vorbereitung ab. Er beschreibt seine derzeitige Arbeit als sehr bürokratisch und folgt in seiner Arbeit eher einer verwaltungstechnischen Dimension von Sozialer Arbeit.

In der Pneumologie ist es/es ist eigentlich sehr bürokratisch in der Pneumologie. (E8 I\Herr B: 205–206)

In der Beobachtung seiner Arbeit können für diesen Arbeitsschwerpunkt der ständig laufende Drucker und das den Forschenden Respekt abverlangende stete »Abarbeiten« als Indikatoren identifiziert werden. Das von anderen Sozialarbeiter*innen damit belegte Abarbeiten von Anliegen braucht auch nicht unbedingt eine Vorbereitung der Einzelgespräche, da die Anträge und Stufenpläne in der Form gleich sind.

Eine Sozialarbeiterin ohne Ausbildung im Bereich der Sozialen Arbeit fiel durch ihre Unsicherheit im Interview auf. Bei ihr könnte dagegen eine Motivation für die Vorbereitung sein, dass sich die tendenzielle Offenheit der Gespräche durch die Vorbereitung verringert.

Das hat natürlich Vor- und Nachteile [wenn man offen nach Anliegen der Rehabilitand*innen fragt, Anm. Autor*innen], ja? Manchmal bringen die **Anliegen** der Patienten mich dann vom Konzept und ich (.) vergesse, [...] etwas Wichtiges anzusprechen, oder es bleibt **weniger Zeit** für **meine** Fragen und Anliegen. (E5 I\E5 Frau A: 53–57)

Eine andere, sehr erfahrene Sozialarbeiterin begründet auf Nachfrage mit dieser Offenheit ihre ausbleibende Vorbereitung, da sie diese um das fehlende Wissen über die Wünsche der Rehabilitand*innen erweitert und in Folge eine fehlende Übereinstimmung mit dem von dem*der Ärzt*in angegebenen Anliegen möglich ist.

Auf **Patienten**, die ich zum ersten Mal sehe, [...] bereite ich mich in der Regel gar nicht vor. Also das **muss** nicht sein, dass die Patienten dieselben Fragen haben, wie der Arzt angekreuzt hat. (.) Das ist natürlich 'n Einstieg, (.) [...] aber wie das Beispiel mit der Schwerbehinderung, ne, der Arzt kreuzt das an bei Aufnahme und ich [...] spreche das an und der Patient ist total erbozt. Er ist doch nicht **schwer**behindert. Also was ich jetzt mit der Frage (I: Ja.) **überhaupt** [...] ihm da unterstellen will (E6 I\Frau B: 603–611)

Eine weiterer Sozialarbeiter, der die Relevanz der Vorbereitung auf die Einzelgespräche besonders hervorhebt, indem er die manchmal fehlende Zeit für diese Tätigkeit in der Beobachtung kritisiert, argumentiert indirekt mit der Bedarfsgerechtigkeit und einem auch im weiteren Verlauf des Interviews wahrzunehmenden Pflichtgefühl gegenüber seiner Arbeit und vor allem den Rehabilitand*innen.

Letzten Endes geht's für **mich** immer um die Frage: »Sind die Leute gut versorgt, wenn die wieder nach Hause kommen?« (E10 I\Herr A: 119–121)

Wie weiter oben beschrieben, haben die Arbeitsformen einen starken Bezug zu den Einzelgesprächen. Damit kommen alle beschriebenen Arbeitsformen in der Einzelfallsituation zur Anwendung.

Einzelgespräche mit den Rehabilitand*innen sind also durch das unmittelbare face-to-face Setting, die hauptsächliche Zuweisung über die Mediziner*innen, die tendenzielle Bekanntheit einzelner Themen und die trotzdem allgegenwärtige Kontingenz des Gesprächsverlaufs geprägt. Hinsichtlich der Bekanntheit der Themen ergeben sich in Verbindung mit den Zuweisungswegen Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Förderlich sind Möglichkeiten zur kritischen Reflexion der Zuweisung, der Zugang zu Informationen und die Kompetenzen der Sozialarbeiter*innen zur Bildung von Hypothesen oder die gedankliche Präsenz der Sozialdienste bei den zuweisenden Professionen beziehungsweise im gesamten Reha-Team (vgl. Präsenz der Sozialdienste). Hinderlich war die fehlende Kontinuität des Reha-Teams. Aufgrund bestimmter Einstellungen der Sozialarbeiter*innen fanden teilweise keine Vorbereitungen auf die Einzelgespräche statt.

Sprechstunde

Ein weiteres durch die face-to-face Situation geprägtes und vornehmlich fallbezogenes Setting sind die Sprechstunden der Sozialdienste, die in drei Einrichtungen nicht angeboten wurden. Eine dieser Einrichtungen hatte die Sprechstunde wegen der Corona-Vorschriften absagen müssen. Dies gibt einen Eindruck über den Andrang, den solche Sprechstunden auslösen können. Dieser Aufwand wurde weiter oben bereits beschrieben, wird jedoch auch von den Sozialarbeiter*innen hervorgehoben.

Sozialarbeiter Herr B: Also es gibt Tage, da ist es wirklich voll. Da haben wir zwischen 16 und ich glaub' 23 war unser Höchstes. 23 Patienten in diesen anderthalb Stunden. Und dann/

Interviewerin I: Eine Person? Oder zwei oder alle drei haben dann// Sprechstunde//

Sozialarbeiterin Herr B://Nur eine//

Interviewerin I: Nur eine Person hat 23.

Sozialarbeiterin Herr B: Ja. (E8 I\Herr B: 887–894)

Mit einer Ausnahme war der Zugang zu den Sprechstunden der anderen sieben Einrichtungen ohne Restriktionen. In einer psychosomatischen Einrichtung wird eine Liste ausgehängt, auf der man sich eintragen kann. Allen Einrichtungen war jedoch der Zugang zu den Sprechstunden durch die Initiative der Rehabilitand*innen gemein. In manchen Fällen wurden von den Ärzt*innen selber oder in den Berichten der Sozialarbeiter*innen auf den Verweis der Ärzt*innen auf die Sprechstunde der Sozialdienste hingewiesen. Die Gründe für eine Entscheidung der Ärzt*innen für ein Einzelgespräch oder die Sprechstunde kann mit den erhobenen Daten nicht nachvollzogen werden. Die Rekonstruktion der Initiativen der Rehabilitand*innen fällt ebenfalls schwer, da die Perspektive der Rehabilitand*innen in den Daten fehlt. Informationsdefizite wurden bereits als Inputfaktor der Arbeitsform Informationsarbeit beschrieben. Es stellt sich jedoch die Frage, inwiefern die Rehabilitand*innen aus Eigeninitiative wissen, ob sie sich mit diesem Bedürfnis an den Sozialdienst wenden können. Damit in Verbindung stehen die Erwartungen der Rehabilitand*innen an den Sozialdienst, die in den Daten aus Äußerungen der Sozialarbeiter*innen, der Leitungskräfte und seltenen Kurzgesprächen mit Rehabilitand*innen in den Beobachtungen ableitbar sind. Diese geben möglicherweise Hinweise auf die Initiativen der Rehabilitand*innen.

Eine Erwartungshaltung lässt sich mit dem Begriff *Rentenzugang* zusammenfassen. Entweder erwarten die Rehabilitand*innen Auskünfte über die zukünftige Rente, die nur die Rentenversicherungsträger selber geben können, oder es wird die Antragstellung auf Erwerbsminderungsrente beim Sozialdienst direkt oder sogar die Entscheidung über eine Erwerbsminderungsrente mit dem Sozialdienst in Verbindung gebracht. In speziellen Fällen geht damit auch eine Solidarisierungserwartung einher.

Das war erst Freitag. Das war ein **Herr**. [d]er meint, er kann nicht mehr arbeiten. Das ist **seine** Subjekt-Einschätzung. Verstehe ich. Er hat Schmerzen.

(.) Er hat mir das auch einen Tag vorher hier alles **erklärt**. (.) Und er **war** sich, glaub ich, felsenfest sicher, ich bin auf seiner (Lacht) Seite. Ich **kann** ihn verstehen. Und ich werd' das bei der Aufnahmeuntersuchung auch irgendwie/Abschlussunter/**so** deichseln, dass er dann auch die **Beurteilung** für eine Erwerbsminderungsrente bekommt. [...] Und er war wirklich **maßlos** enttäuscht. Auch seine Stimme, auch seine Haltung, seine Körpersprache hat das dann auch wiedergegeben, so nach dem Motto: »Aber ich hab's Ihnen doch einen Tag vorher **erklärt**, wie dreckig es mir geht.« (.) [...] Er hat das wirklich als, hm, ich/Verrat möchte ich da jetzt nicht sagen, aber **hintergangen**. (E3 I\Frau A: 425–458)

Eine weitere Erwartungshaltung kann mit *Versorgungsmentalität* überschrieben werden, mit der diese Erwartungen von den Leitungspersonen oder Sozialarbeiter*innen beschrieben werden. Darunter fallen auch Rehabilitand*innen, die die Sozialarbeiter*innen mit überzogenen Erwartungen belegen wie zum Beispiel, dass diese ihnen die Anträge stellen und auch darüber hinaus sämtliche behördliche Angelegenheiten regeln.

Zudem wird berichtet, dass Rehabilitand*innen nicht wirklich wissen, was es mit dem Sozialdienst auf sich hat (*Unwissen*). In manchen teilnehmenden Beobachtungen ergab sich die Möglichkeit, die Rehabilitand*innen nach ihren Motiven beziehungsweise Erwartungen zu fragen. Auch hier spielte das fehlende Wissen über den Sozialdienst eine Rolle.

Es folgt ein kurzes, von mir [Beobachter TK] initiiertes Gespräch. Ich frage ihn, wie er [der Rehabilitand, Anm. d. Autor*innen] von dem Termin erfahren habe. Er sagt, der Termin hätte auf seinem Therapieplan gestanden. Zudem möchte ich wissen, welche Erwartungen er an den Sozialdienst habe. So richtig wüsste er nicht, was komme. Der Sozialdienst im Krankenhaus habe aber schon geholfen. Ich frage, inwiefern dieser geholfen habe. Er erzählt, dass dieser bereits einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt habe. (E9 BP\TKI: 322–329)

Der Sozialdienst ist keine Unbekannte, die Erwartungen können jedoch nicht formuliert werden. Zu berücksichtigen ist also seine sozialrechtliche Erfahrung, die bereits bei der Informationsarbeit als Bedingung formuliert worden ist.

Aufgrund der Unwissenheit und der Äußerung des Rehabilitanden im Beispiel oben wird deutlich, dass, wenn die Sozialdienste bei der Information über die Sprechstunden zum Beispiel in Form einer Informationsbroschüre oder

eines Aushangs diese mit bestimmten Themen bewerben, davon auszugehen ist, dass diese beworbenen Themen die Erwartungen an die Sprechstunden besonders leicht beeinflussen können. Im Folgenden wird daher ein Blick auf die Praxis der Sprechstunden geworfen, die sehr unterschiedlich ausfällt. In einer ambulanten, psychosomatischen Reha-Einrichtung stehen die individuellen Sprechstundenzeiten an den Büros der Sozialarbeiter*innen und werden durch Aushänge ergänzt. Wie in anderen Einrichtungen ist die Bewerbung der Sprechstunde zudem in die Vorstellung des Reha-Teams integriert. Die Nennung der Zeiten wird in anderen Einrichtungen mit Informationsblättern flankiert, die zusätzlich Themen für die Sprechstunde nennen. Als Beispiel sei hier eine psychosomatische Einrichtung genannt, die auf dem Informationsblatt Finanzen, Grad der Behinderung, Rente, berufliche Probleme und Nachsorge als potentielle Themen nennt. Zudem wird auf die Sprechstunde im Anschluss an Vorträge/Seminare hingewiesen. Hier und durch die Nennung von Themen bei der Bewerbung der Sprechstunde in Willkommens-Runden oder Begrüßungsveranstaltungen mit Vorstellung des Reha-Teams wird die Sprechstunde zwangsläufig mit diesen Themen belegt. Die thematische Steuerung ist eine Möglichkeit des Umgangs mit der Kontingenz der Sprechstunden, die durch das Primat der Eigeninitiative der Rehabilitand*innen zwangsläufig vorliegt. Dies ist bei der Nutzung der Sprechstunden als verlängertes Einzelgespräch, wie in einer Einrichtung praktiziert, anders. Weitere Funktionen der Sprechstunden zielen auf die Nützlichkeit im sozialarbeiterischen Alltag. So werden Sprechstunden für einzelne Tätigkeiten, die im Einzelgespräch übriggeblieben sind, genutzt (zum Beispiel die Prüfung und/oder der Versand eines Antrags). Schon hier wird deutlich, dass sich die Sprechstunde nur für kurze Anliegen eignet. So wird diese auch von den Sozialdiensten charakterisiert, allerdings ist dies nicht allen Rehabilitand*innen bewusst. Andere Sozialdienste nutzen die Sprechstunde daher als eine Art Filter, um aufwendige von leichten Anliegen zu unterscheiden. Im Ermessen der Sozialarbeiter*innen werden dann entweder Einzeltermine vergeben oder das Anliegen schnell erledigt. Bei den obengenannten hohen Zahlen an Rehabilitand*innen spielt dann nicht mehr nur das professionelle Urteil der Sozialarbeiter*innen eine Rolle, sondern auch terminlicher Druck.

Vor diesen eingeschränkten zeitlichen Möglichkeiten liegt der Schwerpunkt der Tätigkeiten der Sozialdienste auf der Weitergabe von Informationen zu Leistungen und Anträgen. Steht mehr Zeit zur Verfügung, verschwimmen die Grenzen zum Einzelgespräch und auch zeitintensivere Arbeitsformen wie die Antrags-, die Reflexions- oder Emotionsarbeit wurden beobachtet.

Zusammenfassend lässt sich zur Sprechstunde festhalten, dass der Zugang zu großen Teilen auf der Eigeninitiative der Rehabilitand*innen beruht. Damit wurde eine ausgeprägte Kontingenz dieser Interaktion begründet, die eine Vorbereitung auf die Sprechstunden schwerfallen lässt. Dem kann jedoch nur mit einer Anmeldeleiste, wie sie ein Sozialdienst für die Sprechstunde führt, begegnet werden. In diesem wird sich auf Sprechstundentermine genauso vorbereitet wie auf die Einzelgespräche (siehe oben). Die gesammelten Daten beinhalten Hinweise auf Erwartungen der Rehabilitand*innen an den Sozialdienst, die jedoch in der Regel überzogen waren und deshalb schnell zu Enttäuschungen der Rehabilitand*innen führen können oder mit einem Nichtwissen über den Sozialdienst in Verbindung stehen.

Drei Einrichtungen hatten keine Sprechstunden im Angebot. Eine musste aufgrund der Corona-Pandemie darauf verzichten. Von den Mitarbeiter*innen wurden keine negativen Konsequenzen berichtet. Sozialarbeiter*innen der anderen beiden Einrichtungen ohne Sprechstunde brachten diese auf Nachfrage mit der Niederschwelligkeit in Verbindung; sie berichteten jedoch übereinstimmend, dass dies mit der *Möglichkeit für inoffizielle Termine* ebenfalls ermöglicht werde. Diese Erfahrung machen überdies auch die Einrichtungen mit Sprechstundenterminen.

Austausch in Gruppen

In den Gruppen steht nicht der Fall im Mittelpunkt, sondern in der Regel das Thema. Unter besonderen Voraussetzungen kann auch ein Fall in der Gruppe besprochen werden, aber auch hier steht der Informationsgewinn für jede*n einzelne*n im Vordergrund. Diese Möglichkeit besteht eher im Rahmen der sogenannten Seminare, die beim Austausch in Gruppen von den Vorträgen unterschieden werden können. Der Fokus im Seminar liegt auf dem Austausch der teilnehmenden Rehabilitand*innen untereinander. Zudem sind die Gruppen kleiner als in den Vorträgen. In den Vorträgen liegt der Fokus auf der Weitergabe von Informationen.

Der Großteil der Sozialdienste, die Vorträge oder Seminare im Repertoire haben (zum Zeitpunkt der Erhebung bot eine Einrichtung keine Vorträge/Seminare an), halten die Vorträge mit einem Foliensatz und lassen dabei Nachfragen zu, die vor den Anwesenden beantwortet werden oder ein Einzelgespräch bzw. einen Sprechstundentermin nach sich ziehen.

Die Bandbreite reicht von frei gehaltenen Vorträgen ohne Folien, Handouts oder Ähnlichem, wie in zwei Einrichtungen beobachtet, über ein offenes Seminarangebot mit spontan einsetzender Visualisierung bestimmter Reha-

Prozesse an einem Whiteboard bis zu einem Foliensatz, aus dem sich die Sozialarbeiter*innen für ihre Vorträge je nach Informationsbedürfnissen der Rehabilitand*innen bedienen können.

Im Anschluss meldet sich eine weitere Rehabilitandin, Frau W., bezüglich einer Frage wegen des Pflegegrades. Dieser wurde während des Vortrages einmal kurz angeschnitten. Ich [Beobachterin NaS] habe gesehen, dass sich Frau W. an dieser Stelle schon gemeldet hat, jedoch von Frau B. übersehen wurde. Nun fragt sie Frau B., wie der Pflegegrad mit dem Grad der Behinderung zusammenhängen würde. Frau B. öffnet daraufhin die Folien zum Thema Pflegegrad und erläutert, dass der Pflegegrad und der Grad der Behinderung unabhängig seien. (E9 BP\NaSI: 213–220)

Möglicherweise sind die Vorträge oder Seminare zudem in ein modularisiertes Angebot eingebettet, das zum Beispiel über den gesamten Reha-Aufenthalt der Rehabilitand*innen läuft und aufeinander aufbaut (E02, E1, E10).

In den Einrichtungen werden die Gruppensettings ähnlich wie die Sprechstunden als eine Art Filter für die Einzelgespräche genutzt und dies entweder zu Beginn oder am Ende der Veranstaltung. Im ersten Fall wurde dies in Seminaren beobachtet, im zweiten Fall auch im Rahmen von Vorträgen.

In einer Einrichtung, die durch eine Flexibilität der Inhalte der Gruppen und eine Einbindung der Rehabilitand*innen in die Gestaltung der Gruppe auffiel, wurden die Rehabilitand*innen zu Beginn gebeten, offene Anliegen zu äußern.

Im beruflichen Ressourcetraining [...] geht's eigentlich darum, erstmal zu gucken, gibt's irgendwas, [...] was ungeklärt ist, irgendwas Dringliches, was besprochen werden **kann**? Sofern das auch Themen **sind**, die für die Gruppe/oder die die Patienten in der Gruppe besprechen möchten. Wenn das eher Themen fürs Einzel sind, [...] ist das auch okay. [...] letzte Woche war's auch so, [...] dass wir es in der Gruppe besprechen konnten. [...] da geht's erstmal viel um Fragen zum Ablauf der Reha, Übergangsgeld (E2 I\Frau A: 43–57)

Die Gruppe wird in Folge bewusst genutzt, um bestimmte Themen mit mehreren Rehabilitand*innen gleichzeitig zu besprechen. Der Ablauf der Reha-Maßnahme wird sich eher auf allgemeine Fragen beziehen. Das Thema Übergangsgeld ist unabhängig von der Höhe und den damit in Verbindung stehenden Konsequenzen vom Verfahren her für jede*n Rehabilitand*in gleich. Die Leis-

tungsinformationen zum Prozess, zu den Inhalten und den Voraussetzungen unterscheiden sich nicht zwischen den Rehabilitand*innen. In der beobachteten Gruppe der Einrichtung konnten wir diese Flexibilität beobachten.

Die Sozialarbeiterin Frau D. fragt die Rehabilitand*innen, ob sie wüssten, was es mit der Aussteuerung auf sich habe. Einige Rehabilitand*innen geben an, dies nicht zu wissen, sodass Frau D. das Thema am Whiteboard erklärt. (E2 BP\NaSI: 378–381)

Andere Themen wie LTA oder ein Grad der Behinderung sind ausgehend von den Anliegen der Rehabilitand*innen weniger für Gruppen geeignet, da die Inhalte (in diesem Fall Leistungsangebote und Nachteilsausgleiche) zu differenziert sind und dadurch die Gefahr besteht, dass sich die anderen Rehabilitand*innen nicht in den Themen wiederfinden. Dies wird an anderer Stelle als eine Voraussetzung für eine gelungene Gruppenarbeit benannt.

Und dann versuche ich, 'n Thema zu finden, was vielleicht für alle zutreffend ist. (E2 I\Frau D: 716–718)

Eine Konsequenz dieses Vorgehens ist die thematische Öffnung der Gruppe und die damit verbundene Unvorhersehbarkeit bei der notwendigen Weitergabe von Informationen, des Umgangs mit Informationen oder der Reflexionsarbeit. Etwas planbarer ist die zweite angesprochene und möglicherweise deshalb regelmäßiger beobachtete Strategie, die Anliegen der Rehabilitand*innen im Anschluss an die Vorträge beziehungsweise Seminare zu erfragen. Dies wurde zudem mit einer organisationsbezogenen Strategie der Sozialdienste beschrieben, die im folgenden exemplarischen Zitat deutlich wird.

[...] im Laufe der **Reha** [...] hat jeder (.) Patient eigentlich einmal diesen Vortrag. (.) [...] im Großen und Ganzen ist es für die meisten **schon** irgendwie echt relevant und wichtig. (.) Und [...] deshalb sind alle einmal in diesem Sozialversicherungsvortrag. (.) Und das merkt man auch, dass ganz viele darüber irgendwie so 'n bisschen sensibilisiert werden für dieses Thema: (.) Was **passiert** eigentlich? Also muss ich mich überhaupt damit/also (.) irgendwie erstmal so (.) darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie sich irgendwie mal mit dem Thema ausein**ander**setzen sollten und darüber dann eben zu uns kommen und ganz viele Fragen dann irgendwie mitbringen. (.) (E7 I\Herr A.: 75–91)

Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass die im Zitat oben benannten Denkprozesse auf den Inhalt der Vorträge bezogen sind. Es wäre denkbar, dass Sozialarbeiter*innen und Rehabilitand*innen hinsichtlich der möglichen Themen der Beratung daher informierter in die Gespräche gehen könnten. In einer Einrichtung ist es gelungen, ein Beratungsgespräch, das nach einem beobachteten Vortrag stattgefunden hat, aufzuzeichnen.

Sozialarbeiter Herr B: [...] Sie waren ja bei mir auf 'nem Vortrag und ich hab' ja 'n bisschen erzählt von dieser Sozialmedizin. **Rein gefühlt**, wie geht's mit Ihnen weiter?

Rehabilitand Herr B: Ja, das würde mich auch interessieren. Also die Ärztin hatte jetzt schon zu mir gesagt, [...] ich werd' auf jeden Fall krank entlassen. (Herr B: Ja.) Und dass es über Wiedereingliederung gehen soll. (Herr B: Ja.) Soweit wie sie mir das gesacht hat. Bloß, ich weiß nicht, ob ich soweit fit bin, dass **ich mir selber** das zutraue. (E1 B\Herr B: 24–32)

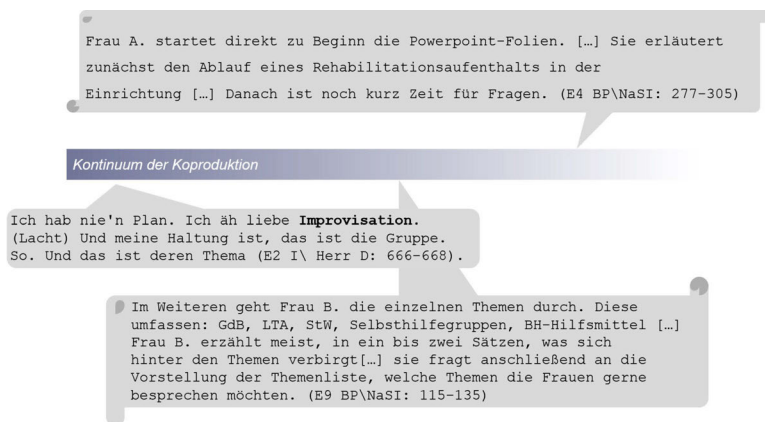
In diesem konnte der Sozialarbeiter Herr B. von einem gemeinsamen Verständnis über die Sozialmedizin ausgehen. Zudem hat der Rehabilitand zumindest die in Frage kommenden Optionen bereits gehört. Im Verlauf des Beratungsgesprächs wird eine berufliche Perspektive für den Rehabilitanden auch vor seinem gesundheitlichen, finanziellen und privaten Hintergrund entwickelt. Herr B. muss Leistungen nicht mehr erklären. Nur an einer Stelle, der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung, wiederholt Herr B. die Bedeutung dieser Einschätzung. In der beobachteten Gruppensituation ist entsprechender Rehabilitand Herrn B. bereits negativ aufgefallen, da dieser um eine Raucherpause gebeten habe, was von Seiten der Reha-Einrichtung allerdings nicht unterstützt werde. Das Missfallen hat Herr B. nur dem Forschenden mitgeteilt. Im Gespräch geht er darauf ein. Der Rehabilitand fällt auch dem Forschenden durch seine Tätowierungen und Kleidung auf. Auf das Aussehen als Statement des Rehabilitanden geht auch Herr B. im Gespräch ein. Zudem – und dies gilt ebenso für die erste Strategie – können die Sozialarbeiter*innen die Rehabilitand*innen, falls sie diese bereits im Vorfeld im Gruppensetting kennengelernt haben, möglicherweise in ihrem Verhalten besser einschätzen.

Nach dem Beratungstermin berichtet mir (Beobachter TK) Herr A., wie er die Rehabilitandin kennengelernt habe. Sie habe sich als Teilnehmerin seiner Schulung untypischerweise in die erste Reihe gesetzt und habe alles, was er

gesagt habe, notiert. Dann sei sie im Anschluss zu ihm gekommen und habe aufgeregt von ihrem Problem mit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung berichtet. (E10 BP\TKI: 672–678)

Unter anderem aufgrund des oben beschriebenen ersten Vorgehens sind die Sozialarbeiter*innen in den Seminaren mit einer Offenheit und geringen Möglichkeiten zur Vorbereitung konfrontiert. Der offene Ansatz lässt sich als ein für die Arbeit der Sozialdienste zentrales Merkmal identifizieren, das bereits bei den Arbeitsformen zu Geltung kam: Ko-Produktion, das heißt die gemeinsame Ausübung von Arbeitsformen mit den Rehabilitand*innen. Dieses verfügt zwischen den Sozialarbeiter*innen über unterschiedlich starke Ausprägungen, wie in Abbildung 8 mit Beispielen erläutert wird.

Abbildung 8: Kontinuum der Ko-Produktion in der Gruppe



Mit zunehmender Vorbereitung der Termine sinkt die Gefahr, dass unvorhergesehene Fragen oder Themen angesprochen werden, auch wenn dies sogar im Fall aus E4 in der Abbildung möglich erscheint. Eine Vorbereitung auf die Gruppen wird nur anhand von Themen beschrieben, dies häufig in Form von Foliensätzen.

Im Anschluss daran macht die Sozialarbeiterin Frau B. mit den Nachteilsausgleichen des Grads der Behinderung weiter. Unterstützend dafür springt sie

auf eine Folie, die für die einzelnen Grade in 10er Schritten die Nachteilsausgleiche auflistet. (E9 BP\NaSI: 173–176)

Durch die Ko-Produktion ergibt sich die Möglichkeit zur Interaktion zwischen den Rehabilitand*innen und ist damit zudem Bedingung für einen Interventionsmechanismus, der mit der Gruppe in Verbindung gebracht wird. Dieser baut auf dem Austausch zwischen den Rehabilitand*innen auf, stellt also die Gruppendynamik in den Fokus der Intervention.

Und manchmal muss man einfach nur die Ängste gemeinsam mit den Patienten aushalten. [...] **oder** (Schnalzt) man kann auch das in der Gruppe **so** verbinden, dass die sich unter**einander** unterstützen und Tipps geben. Weil das immer wieder noch was anderes ist. Das hab' ich heute auch gesagt, dass vielleicht (.) langfristig 'ne Selbsthilfegruppe für Betroffene gut ist. (E2 I\Frau D: 815–821)

Bei dem dadurch notwendigen Umgang mit der Gruppendynamik handelt es sich um eine Herausforderung für die Sozialarbeiter*innen. Weiter oben wurde bereits ein Extrembeispiel berichtet (vgl. Arbeitsformen), das die betroffene Sozialarbeiterin überfordert hat. Die Konstellation der Gruppen hinsichtlich der Reha-Indikation und der Bedeutung beruflicher Problemlagen für die Rehabilitand*innen sollte hier berücksichtigt werden. Durch die Nutzung der Interaktion der Gruppenmitglieder besteht die Gefahr, dass Gruppen nicht funktionieren. Dies ist eine potentielle Konsequenz, die von Sozialarbeiter*innen geschildert wird, die auf Ko-Produktion ausgerichtete Gruppen anbieten. Die Anforderungen an die Sozialarbeiter*innen sind unterschiedlich. Während der erste Sozialarbeiter eine große Flexibilität an didaktischen Methoden und sozialrechtlichen Wissen vorweisen muss (und diese in den beobachteten Gruppensitzungen auch zeigt), liegt der Schwerpunkt der zuletzt beschriebenen Sozialarbeiterin auf dem sozialrechtlichen Wissen.

Der Zugang zu den Gruppen basiert mit wenigen Ausnahmen auf bestimmten Kriterien. Dabei handelt es sich in den teilnehmenden Einrichtungen

- a) um sogenannte besondere berufliche Problemlagen als Screening-Ergebnis oder Bedarfe, die an dieses Konstrukt angelehnt sind,
- b) um bestimmte Zustände im Reha-Verlauf,
- c) um das Alter der Rehabilitand*innen und

- d) um qualitätssicherungs-basierte Konstrukte aus einer Verbindung des Versichertenstatus und der Indikation.

Je nach zugelassener Beteiligung der Rehabilitand*innen sind unterschiedliche Arbeitsformen im Rahmen der Gruppe beobachtet worden. Für die weniger ko-produktiven Vorträge der Sozialarbeiter*innen beschränken sich die Arbeitsformen auf die Weitergabe und den Gewinn beziehungsweise Erhalt von Informationen. In Verantwortung der Rehabilitand*innen beginnen diese jedoch damit, die erhaltenen Informationen auf die eigene Situation anzuwenden (Planungs- & Reflexionsarbeit) und wenden sich möglicherweise an die Sozialarbeiter*innen. In den Seminaren wurde darüber hinaus Reflexionsarbeit insbesondere in Form der Ressourcenarbeit benannt beziehungsweise beobachtet. Vor dem Hintergrund der Gruppendynamik ist der Umgang mit Emotionen der Rehabilitand*innen für die Sozialarbeiter*innen eine besondere Herausforderung.

Als zentrales Merkmal der Arbeit mit Gruppen kann die damit in Verbindung gebrachte Ko-Produktion genannt werden. Diese stellt besondere Anforderungen an die Kompetenzen der Sozialarbeiter*innen in Form von flexibel abrufbarem sozialrechtlichem Wissen, didaktischen Fähigkeiten und der besonderen Fähigkeit zur Gestaltung von Gruppen. Zudem haben die Gruppen, ähnlich wie die Sprechstunden, eine Funktion für den Reha-Prozess. Der häufig auf Kriterien basierende Zugang zu den Gruppen vermittelt den Eindruck von Planbarkeit der Gruppenkonstellation/Auswahl von Personen. Da dies in den Daten jedoch nicht nachvollziehbar ist, die Begründung dieser Kriterien vielen Sozialarbeiter*innen nicht bewusst sind und diese sich zum Teil außerhalb des sozialarbeiterischen Zugriffs befinden, ist von einem Zugang an den Kriterien der Sozialen Gruppenarbeit vorbei auszugehen.

Bedingungen und Konsequenzen des Interaktionssettings:

Das vorgestellte Setting kann nach strukturellen Merkmalen der Interaktion in Einzelgespräche, Gruppentermine oder die sogenannten Sprechstunden unterteilt werden. Einen Überblick bietet die Tabelle 6 zu den Merkmalen der Interaktion mit den Rehabilitand*innen.

Tabelle 6: Merkmale der Interaktion mit Rehabilitand*innen

strukturelles Merkmal	Einzel	Gruppe (Vortrag, Seminar)	Sprechstunde
Anzahl der beteiligten Personen	2 Personen (mit Angehörigen ggf. auch mehr)	mehr als 2 Personen	2 Personen
Regelmäßigkeit	nein	ja	ja
Zugang	bedarfsorientiert, d.h. selbstinitiiert oder Hinweis der Medizin/des Reha-Teams	kriterienbasiert, d.h. entsprechend vereinbarter Regeln (zum Beispiel »jede*r DRV-Patient*in in die Sozialberatung«)	bedürfnisbasiert, d.h. die Rehabilitand*innen gehen eigeninitiativ in die Sprechstunde
zeitlicher Rahmen	(in der Regel) 30 Minuten	45 bis 60 Minuten	möglichst kurz
Möglichkeit zur Sequenz	ja	ja	nein
Fokus	Fall	Thema	Fall
Kontingenz	Thema der Beratung unter Umständen bekannt	Vortrag: Thema bekannt, Nachfragen gesteuert Seminar: weitere Themen möglich	(in der Regel) Thema offen
Möglichkeit zur Vorbereitung	u.U.	Vortrag: ja Seminar: u.U.	eher selten (s. Ausnahmen)
Funktion im Reha-Prozess	keine spezifische Funktion	Filterfunktion	Filterfunktion, Verlängerung der Einzelgespräche

Arbeitsformen	alle	Seminare: Informations-, Pla- nungs-, Emotions- und Reflexionsarbeit (die letzten drei aktiv durch die Rehabilitand*innen nur bei einem höheren Grad ihrer Beteiligung) Vorträge: Informati- ons- und Anfänge der Antrags- und Planungs- arbeit (mglw. durch die Rehabilitand*innen)	Informationsarbeit, Teile der Antragsar- beit, Emotions- und Reflexionsarbeit (in Abhängigkeit der Dauer)
----------------------	------	--	--

Die Interaktionssettings stellen Rahmenbedingungen der Arbeitsformen dar. Dabei wurde die Bedeutung des Zugangs besonders hervorgehoben. Dieser ist eine Rahmenbedingung insbesondere für die sozialarbeiterisch zentrale Informationsarbeit. Der auch für andere Arbeitsformen wichtige Informationsfluss beziehungsweise der Zugang zu Informationen ist hier besonders beeinflusst und prägt die Arbeitsweise der Sozialdienste. Sind die Informationen im Rahmen der Einzelgespräche unvollständig, ist der Sozialdienst mit mehr und zeitlich aufwendiger Informationsarbeit beschäftigt, um diese zu verarbeiten. Der Zugang zu den Gruppen erscheint als zu wenig auf sozialarbeiterisch relevante Kriterien ausgerichtet. Dies führte dazu, dass die gemeinsame Grundlage der Gruppen nicht immer gegeben war. Dieser Umstand ist für Arbeitsformen wie die Reflexions- und Emotionsarbeit in Gruppen jedoch grundlegend, um eine angemessene Arbeitsatmosphäre gestalten zu können. Als Folge können Gruppenangebote nicht angenommen werden beziehungsweise nicht zu der Klientel passen.

Die heutige Gruppe war laut eigener Aussage für die Sozialarbeiterin Frau A. besonders schwierig, da die Hälfte der Rehabilitanden abgeblockt habe. Sie erwähnt, dass die heutige Übung in einer Klinik, in der sie vorher gearbeitet habe, besser funktioniert habe. Die Erklärung sieht sie darin, dass in die andere Klinik vornehmlich Rehabilitand*innen von der DRV Bund zugewiesen werden. In der hiesigen Klinik kommen die meisten Rehabilitand*innen von der [regionale DRV]. Der Unterschied bestehe darin, dass Rehabilitanden der [regionale DRV] vornehmlich Arbeiter-Berufe ausüben. Rehabi-

litand*innen der DRV Bund seien vermehrt Angestellte. Diese wären besser in der Lage, zu reflektieren und sich auf Reflexionsübungen, wie die heutige eine sei, einzulassen. (E3 BP\NaS: 497–512)

Der stark auf die Eigeninitiative fokussierte Zugang zu den Sprechstunden stellt die Bedürfnisgerechtigkeit dieses Interaktionssettings in den Vordergrund. Aufgrund der damit in Verbindung stehenden fehlenden Möglichkeit zur Vorbereitung ist das Tätigkeitsfeld der Sozialdienste eingeschränkt. In Verbindung mit den beschriebenen Erwartungen der Rehabilitand*innen, die noch anhand der Perspektiven der Rehabilitand*innen selber nachvollzogen werden müssten, ist nicht davon auszugehen, dass der häufig geäußerte Wunsch der Sozialdienste nach eher kurzen Anliegen realistisch ist. Als Konsequenz ergeben sich durch den damit in Verbindung stehenden Zeitdruck folgende Einflüsse auf die Arbeitsformen. Sprechstunden mit Fließbandcharakter schränken die Möglichkeiten zum Bezug auf die individuelle Situation ein, auch die Weitergabe von Informationen muss auf das Notwendigste begrenzt werden. Andere Arbeitsformen tauchen aufgrund dessen in den Sprechstunden nur selten auf. Eine Ausnahme bildet die Antragsarbeit, die jedoch noch eingeschränkter in Bezug auf die möglichen Antragsformulare ist.

Zudem wird deutlich, dass sich die Arbeitsformen auch nach dem Grad der Ko-Produktion unterscheiden können. Die Antragsarbeit, als klassische Arbeitsform der Einzelgespräche und Sprechstunden, wurde bereits unter dem Aspekt diskutiert. Eine verbreitete Praxis in der Gruppe, die durch die Ko-Produktion ermöglicht wird, ist die Einbindung weiterer Erfahrungsperspektiven, zum Beispiel in die Reflexionsarbeit. Diese können – bei entsprechender Steuerung durch die Sozialarbeiter*innen – die Tätigkeiten beeinflussen. Dieser Mechanismus wird implizit auch bei der Weitergabe von Informationen genutzt. In den beobachteten Gruppen ermöglichten die Nachfragen der Rehabilitand*innen in Verbindung mit den Antworten der Sozialarbeiter*innen bereits die Reflexionen über die Passung zur eigenen Situation oder Überprüfung der eigenen Perspektiven.

Die Vorstellung des Themas der Erwerbsminderungsrente sorgt merklich für einiges Unbehagen unter den Anwesenden. Möglicherweise merken manche, dass die Inanspruchnahme einer Erwerbsminderungsrente mit sehr hohen Hürden verbunden ist. Diese werden in dem Vortrag deutlich. Danach ist die Stimmung im Raum unruhig, manche Teilnehmer*innen

wirken sogar gereizt und schimpfen für alle hörbar (besonders ein Reha-bilitand, der scheinbar schon einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt hat: »Unfair«, »Da wirst Du eh nur beschissen«; »Kopf unter'm Arm, sonst gibt's nix«). (E1 BP\TKI: 319–327)

Dies gilt ebenso für die Emotionsarbeit, sodass bei dieser Arbeitsform im Gruppensetting weitere Unterstützungsmöglichkeiten durch die Mit-Rehabilitand*innen genutzt werden. Anknüpfend an den zuvor dargelegten Ausschnitt aus einem Beobachtungsprotokoll ist beobachtbar, dass Sozialarbeiter*innen Strategien, wie die Sensibilisierung der Rehabilitand*innen für Themen, verfolgen. Diese sollen gedankliche Prozesse bei den Rehabilitand*innen anregen und damit zu einem Nachdenken über die eigenen Optionen und Perspektiven führen. Diese Prozesse sind eine mögliche Beschreibung der Entwicklung von Fragen, wie sie in Folge der Vorträge auftauchen können. Darüber hinaus knüpft dies an die Konzepte der auf Interaktion und gedankliche Prozesse angewiesenen Arbeitsformen wie Planungs- und Reflexionsarbeit an. Welche Konsequenzen dies für die Sozialdienste hat, kann mit den vorliegenden Daten bisher nicht weiter beantwortet werden.

b) Austausch mit dem Reha-Team

Der Austausch im Reha-Team wird im Folgenden nach zwei Szenarien getrennt vorgestellt. Zunächst werden die zentralen Funktionen des interprofessionellen Austauschs, das heißt mit den anderen Berufsgruppen des Reha-Teams, für die Arbeit der Sozialdienste und deren Bedingungen vorgestellt. Darauf folgen die Funktionen und Bedingungen des intraprofessionellen Austauschs im Sozialdienstteam.

Interprofessioneller Austausch

Für die Arbeit der Sozialdienste erfüllt der interprofessionelle Austausch mehrere Funktionen. Dazu zählt primär ein Teil der in der Arbeitsform Informationsarbeit beschriebenen Tätigkeiten (Informationsgewinn und Weitergabe von Informationen (1)). Zudem unterstützen das Reha-Team oder einzelne Vertreter*innen des Reha-Teams als Kooperationspartner*innen und Kollegium fallbezogen (2). Die Einbindung in ein interprofessionelles Team stellt auch Anforderungen an den Sozialdienst, die eine Rückversicherung oder eine Abhängigkeit von diesem bedeuten können (3). Durch einen Ver-

gleich der teilnehmenden Einrichtungen sollen im Folgenden die einzelnen Funktionen näher beleuchtet sowie deren Bedingungen beschrieben werden.

(1) Die Informationsarbeit im Team umfasst sowohl den Gewinn als auch den Erhalt von Informationen durch die Teilnahme an Dienstbesprechungen oder inoffizielle Besprechungen zum Beispiel am Telefon oder per E-Mail. Dabei geht es hauptsächlich um Informationen über die Rehabilitand*innen oder aus dem Reha-Prozess. Die Informationen werden zum großen Teil durch die Ärzt*innen zur Verfügung gestellt, aber auch die Pflege oder therapeutische Berufsgruppen mit längerem Kontakt zu den Rehabilitand*innen können diese liefern. Die besondere Möglichkeit einer Reha-Einrichtung der Zuweisung der Rehabilitand*innen im Team trägt zu einem interaktiven Austausch über die Rehabilitand*innen bei. Die Kolleg*innen im Reha-Team erfahren durch die Nachfragen der Sozialarbeiter*innen die Perspektiven der Sozialen Arbeit auf den Reha-Prozess und die Rehabilitand*innen. Die Schritte, die zur Etablierung der Profession folgen können, können in der folgenden Sequenz nachvollzogen werden.

Außerdem habe die Rehabilitandin einen Antrag zur Feststellung eines Grads der Behinderung gestellt, jedoch nur einen Grad der Behinderung von 30 bekommen. Gegen dieses Urteil sei sie in Revision gegangen. Jedoch wisse die Psychologin nicht, um den wievielten Widerspruch es sich handle. Für Frau D. sei dies jedoch wichtig zu wissen, da der 2. Widerspruch bereits vor das Sozialgericht gehe [...]. Die Psychologin fragt Frau D., ob die Rehabilitandin mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 früher in Rente gehen könne. Frau D. bejaht dies und erklärt, dass die Rehabilitandin mit einer anerkannten Schwerbehinderung mit 62 Jahren und ein paar Monaten abschlagsfrei in Rente gehen könne. (E2 BP\NaSII: 109–117)

Zunächst signalisiert Frau D. mit ihrer Frage nach dem Stand des sozialrechtlichen Verfahrens der Rehabilitandin ihr Interesse an dieser sozialrechtlichen Facette im Reha-Prozess der Rehabilitand*innen. Im unmittelbaren Anschluss wird ihre sozialrechtliche Expertise im Reha-Team durch eine Nachfrage der Konsequenzen des Antrags deutlich. Dieser Austausch wird in der Einrichtung auch von der ärztlichen Leitung getragen.

Und um das nochmal zu unterstreichen, es geht **nicht** darum, [...] dass [...] im [Team] [...] (.) **Aufgaben** [...] verteilt werden und dass 'ne Liste abgearbeitet wird, sondern es geht **wirklich** darum, im Austausch zu entwickeln, **was** braucht der Rehabilitand von wem? (.) Also was kann ich als Psychothera-

peut dazu tun, was kann ich als Arzt dazu tun? Was tut der Sozialarbeiter dazu? (E2 I\Ärztliche Leitung: 279–285)

Diesen Eindruck scheinen auch andere Sozialarbeiter*innen bei den Mitgliedern des Reha-Teams zu machen, wie folgende Äußerung der Oberärztin einer kardiologisch-pneumologischen Reha-Einrichtung zeigt.

Und ich **staune** dann eigentlich auch immer, wenn die bei uns in der Besprechung berichten, [...] **wie** ausgebaut doch die sozialen Netze in irgendwelchen Städten **sind** (.) und wie wenig das bekannt ist. Also da (.) haben die Sozialarbeiterinnen natürlich schon viel **mehr** Kontakte und wissen 'ne Menge auch durch ihre jahrelangen Erfahrungen. (.) Aber da leisten die sicherlich was, wo wir jetzt von ärztlicher Seite oder so (.) gar nicht richtig wissen, **welche** (.) welche Schnüre laufen da weiter. (E3 I\Ärztliche Leitung: 76–85)

Der Austausch in der Einrichtung, aus der die Oberärztin kommt, ist jedoch nicht so regelmäßig wie in E2. Trotzdem trägt der Austausch an sich bereits zur Etablierung einer speziellen Perspektive bei, die die Ärzt*innen mit dem Sozialdienst in Verbindung bringen.

In anderen Einrichtungen geben die Sozialarbeiter*innen ebenso Informationen an das Team weiter. Neben Leistungsinformationen werden zudem Informationen über die Rehabilitand*innen ausgetauscht. Dazu zählt, dass Sozialarbeiter*innen teilweise die Perspektiven und Ziele der Rehabilitand*innen weitergeben und in den Besprechungen vertreten.

Interviewer I: [...] wenn es jetzt [...] diese unterschiedlichen Verständnisse gibt, Sie sagen, dann muss man nochmal mit den Ärzten reden. Reden da die Rehabilitanden nochmal mit den Ärzten oder machen Sie das? [...] wie läuft das ab, wenn Sie dann mit den Ärzten nochmal reden?

Sozialarbeiterin Frau C: (.) (Schnalzt) Also das kann durchaus sein, dass das **beide** Seiten nochmal/also der Rehabilitand **und** auch wir. Auf jeden Fall reden **wir** nochmal auch mit den Ärzten, ne? **Sowieso**. (.) Aber die Patienten halt, die Rehabilitanden [...] können das natürlich **auch**, ne? Nochmal ein Gespräch mit dem Arzt führen und auch nochmal so ihre Sichtweise **deutlich** machen, ne? So. Das geht natürlich auch. Aber der Sozialdienst macht es, (.) ganz klar. (.) Also in den entsprechenden **Teams** oder eben telefonisch, ne, mit den Ärzten. Oder man geht auch **hin** (.) und spricht mit denen. Also das findet auf jeden Fall statt. (E3 I\Frau C: 248–264)

Wenn die Sozialarbeiter*innen diese Rolle in den Besprechungen ausfüllen beziehungsweise übernehmen, kann es zu einer Auseinandersetzung mit den Ärzt*innen im Auftrag der Rehabilitand*innen kommen. Im folgenden Beispiel wird dieser Prozess mit einem *Basar der Argumente* beschrieben.

Ja, [...] **Basar** meinte ich damit, dass so 'n bisschen gehandelt wird, dass [das, was] (.) der Arzt eigentlich ursprünglich vorhatte, denjenigen in die stufenweise Wiedereingliederung, zurück [...] in die **Arbeit** zu schicken. Dass der Patient aber (.) zu uns hinkommt und sagt: (.) »Ich traue mir das echt nicht mehr zu«, und (.) **schildert** seine Arbeit und wir (.) **sehen** auch, dass das, (...) ja, schon [...] grenzwertig **ist**. Und [...] (.) können dann eben halt auch (.) **Argumente** bringen, (.) dass man vielleicht **doch** in Richtung LTA denkt oder eben halt sagt, die bisherige Tätigkeit ist dem nicht mehr zumutbar. (.) Und es muss (.) **irgendeine** andere Lösung her, (.) ne? Oder dass man auch mal sagt: (.) »Er ist jetzt 63. (.) Und er hat so **Scheißarbeitsbedingungen**. (.) Und es ist wirklich 'ne grenzwertige Tätigkeit, (.) ne? Wo der da im Lager immer packen muss. Und [...] soll man den jetzt noch (.) **dahin** zwingen? Der wird sich sowieso nach 14 Tagen wieder krankmelden.« (.) Dass man dem gleich sagt: »Komm, wir (.) **gucken** nochmal, (.) ob das Leistungsbild wirklich noch so gut ist (.) oder vielleicht doch schlechter«, (.) ne? Einfach auch so 'ne, so 'ne **soziale** Komponente mit reinbringt. (E5 \Herr B: 951–972)

Wenn diese Rolle ausgefüllt wird, kann im Streit um die Empfehlung die besonders starke Orientierung der Sozialen Arbeit herausgearbeitet werden. Diese scheint in der Einrichtung prominent zu sein, da die leitende Ärztin im Interview diese Orientierung an den Wünschen kritisiert und wiederum mit einer zu starken, fürsorglichen Orientierung in Verbindung bringt.

Jetzt **ist** es aber eben manchmal **so**, das, das hatte ich ja eingangs auch jetzt vorher schon so gesagt, dass ich manchmal den Eindruck **habe**, dass (.) der (.) Sozialdienst, die Sozialberatung da **auch** ganz gerne diese Empathiefähigkeit haben **würde**, **und** eben, gerade **wenn** (.) es, sag ich mal, gute Möglichkeiten, also jetzt aus deren Sicht, vom (.) vom **Sozials**ystem her **gibt**, also wenn jemand eben gut **abgesichert** ist, eine Einzelperson, dann doch zu sagen: »Ach, dann gönn ihm das doch.« (E5 \Ärztliche Leitung: 41–50)

Es wurde deutlich: Die Nachfrage und Weitergabe der Informationen im Austausch mit dem Reha-Team lässt einen Eindruck über den Sozialdienst entstehen, der sich in den Erläuterungen der Reha-Team Mitglieder zeigen lässt.

(2) Als weitere Funktion des interprofessionellen Austauschs kann die fallbezogene Unterstützung beschrieben werden. Ersteres wird bei der Einrichtung mit täglichen Austauschtreffen in festen Klein-Teams beobachtet. Das Team wird als Projektionsfläche eigener Annahmen genutzt und entsprechende Erkenntnisse im Austausch mit den Rehabilitand*innen eingesetzt. Die Sozialarbeiter*innen und die Leitungskräfte schätzen diesen Austausch, der von der medizinischen, psychologischen und sozialarbeiterischen Profession sowie von einer flachen Hierarchie geprägt ist. In einer anderen Einrichtung mit neurologischen und geriatrischen Stationen werden gemeinsam mit der Kostensicherung und kaufmännischen Leitung der Klinik Fälle besprochen, die zu spät entlassen worden sind. Hier können die Sozialarbeiter*innen durch den »direkten Draht« zur Klinikleitung die Prozesse des Entlassmanagements beeinflussen. In den anderen Einrichtungen konnten keine Hinweise auf diese Funktion berücksichtigt werden.

(3) Die Abstimmung mit dem Reha-Team beschränkt sich in vielen Fällen auf die Aushandlung der Perspektiven der Rehabilitand*innen mit den sozialmedizinischen Beurteilungen der Ärzt*innen. Daraus entsteht eine Abhängigkeit für die Soziale Arbeit, da diese Entscheidung für die Entwicklung der beruflichen Perspektiven der Rehabilitand*innen die Weichen stellt.

Was noch fehlt, ist diese sozialmedizinische Begutachtung, ja? Wir haben ja drüber gesprochen. Dass hier die Ärzte sagen-, gucken müssen: Das ist Ihre Maloche, und [...] Ihre eingeschränkte Herzleistung. Passt das noch zusammen? (...) Wenn irgendwo der Chef sagt »Jo, der kann sechs Stunden und mehr da arbeiten«, denn kriegen Sie da noch 'n Termin, dann machen wir stufenweise Wiedereingliederung. Es kann auch sein, dass Sie sagen: »Stufenweise Wiedereingliederung, **ja, aber erst in drei Monaten**«. Keine Ahnung, ja? Das müssen wir mal abwarten (E1 B\Herr B: 209–218)

Insbesondere in der psychosomatischen Rehabilitation, aber auch in Einrichtungen mit einem anderen Indikationsschwerpunkt wird zudem das »Sprechen mit einer Stimme« als sehr bedeutsam für die Kommunikation mit den Rehabilitand*innen betrachtet.

Intraprofessioneller Austausch

In allen teilnehmenden Einrichtungen gehörten dem Sozialdienst mehr als eine Person an. In allen Einrichtungen gab es daher die Möglichkeit für einen intraprofessionellen Austausch.

Der intraprofessionelle Austausch ist aufgrund des geringen Organisationsaufwands nicht so systematisch wie der interprofessionelle. Viele Sozialdienste tauschen sich daher fallbezogen eher informell und situativ aus. Diese Flexibilität hat Vorteile vor dem Hintergrund der Anforderungen des schnelllebigen Reha-Verlaufs. Beispiele dafür sind die kurzfristige Entlassung von Rehabilitand*innen oder anstehende intraprofessionelle Teambesprechungen, bei denen sich die Sozialarbeiter*innen gegenseitig vertreten. Zudem können sich die Sozialarbeiter*innen gegenseitig fallbezogen unterstützen. Auch hier liegt der Vorteil informeller Kontakte in der Flexibilität.

Also (.) teilweise glaub ich sogar, wir **bräuchten** diesen Austausch mit den Sozialarbeitern gar nicht. Weil wir sitzen halt nebeneinander. Ich geh eigentlich jeden Tag mindestens ein, zwei Mal eh rüber und frag dann einfach Sachen. (.) Wenn jetzt gerade Dienstag ist, dann warte ich ja nicht bis montags, bis ich meine Frage (.) stellen kann, dann geh ich halt einfach rüber, guck, haben die gerade Zeit? Und bespreche das mit denen. Ja, wir sind halt auch so cool miteinander. (Ez I\Herr B: 963–972)

Die Bedeutung der ordentlichen internen Besprechungen wird von manchen Sozialarbeiter*innen hervorgehoben; andere, wie Herr B., sehen darin keinen besonderen Nutzen für ihre Arbeit. Vier Sozialdienste berichten, dass sie keine solchen Besprechungen durchführen, sich aber trotzdem austauschen. Die Funktionen ordentlicher Besprechungen unterscheiden sich teilweise von denen der informellen Besprechungen. Zu diesen zählen hauptsächlich der Austausch von Informationen oder Erfahrungen sowie die Abstimmung bei der Fallarbeit.

Zu den ausgetauschten sozialdienstrelevanten Informationen zählen insbesondere sozialrechtliche Neuigkeiten, soziale Leistungsangebote in der Region der Reha-Einrichtung sowie Organisatorisches aus den Reha-Einrichtungen. Quellen dieser Informationen sind externe Arbeitskreise, Fort- und Weiterbildungen oder Leitungsrunden.

Der Austausch der Erfahrungen bezieht sich auf besondere Erfahrungen, die die Sozialarbeiter*innen gemacht haben, oder der Austausch geht von weniger erfahrenen Sozialarbeiter*innen aus, die sich bei Fragen für das weitere Vorgehen in einem Fall Unterstützung wünschen. Zudem werden die Besprechungen zur Abstimmung der Fallarbeit genutzt. So kann es sein, dass Rehabilitand*innen von den Sozialarbeiter*innen abgelehnt werden und dann von Kolleg*innen übernommen werden, oder die Rehabilitand*innen jeweils

einen Beratungstermin bei zwei unterschiedlichen Kolleg*innen haben. Im letzten Fall können solche Abstimmungsgespräche häufig einen ärgerlichen und zeitraubenden Umstand darstellen, da Beratungsgespräche bei unterschiedlichen Mitarbeiter*innen durch schlechte Terminplanung entstehen können. Ein anderer Sozialdienst verfügt über wöchentliche Besprechungen, die ebenfalls zur fallbezogenen Abstimmung genutzt werden. In der Einrichtung, die eine der größten der eingeschlossenen Einrichtungen ist, werden die angemeldeten Rehabilitand*innen auf die Kolleg*innen verteilt. Dabei verfolgt der Sozialdienst eine möglichst gerechte Verteilung der Fälle in Erwartung des Aufwands. Diese Einrichtung verfügt über eine neurologische Station, in der nur Patient*innen mit einem hohen pflegerischen Bedarf liegen. Dieser wird mit Ausnahmen auch als möglicher Indikator für einen erhöhten sozialarbeiterischen Bedarf gesehen. Entsprechend wird auf eine gleichmäßige Verteilung dieser Rehabilitand*innen geachtet. Im Kontrast zu den informellen Besprechungen ist dieser Austausch, wenn er stattfindet, von einer Ausführlichkeit bestimmt, die sonst nicht möglich ist. Es werden Optionen für einzelne Patient*innen beraten, sowie grundsätzliche Orientierungen in der Arbeit besprochen.

Frau B. berichtet, dass der Rehabilitand, Herr T., schlecht Deutsch spreche. Frau A. ergänzt den familiären Hintergrund der Person und Informationen zur Biografie der Person. Sie denkt, dass es sinnvoll wäre, wenn Herr T. einen Deutschkurs machen würde. Frau B. stimmt ihr zu. Frau A. erzählt weiterhin, dass Herr T. einen »Freund«, Herrn S., in der Reha habe, der sowohl Polnisch als auch Deutsch spreche und für Herrn T. übersetze sowie ihn zu seinen Terminen begleite. Frau B. äußert Skepsis darüber, ob dies gut für Herrn T. sei. Sie empfinde es als problematisch, dass Herr T. zu jedem Termin Herrn S. mitnehme. Seine Selbstständigkeit werde so nicht gefördert. Sie würde es vorziehen, wenn Herr T. zu ihr alleine kommen würde. Frau A. sieht jedoch Herrn S. als Bereicherung an. [...] Frau A. erläutert, dass sich die Rehabilitanden bereits im Krankenhaus kennengelernt hätten und gibt Beispiele für die Hilfsbereitschaft von Herrn S. Frau B. bleibt skeptisch. [...] Sie unterstützt jedoch den Vorschlag von Frau A., dass Herrn T. einen Sprachkurs machen sollte. (E4 BP\NaSIII: 10–79)

Fallbesprechungen tauchen als Inhalt der Besprechungen ebenfalls auf. Entweder wurden diese vormals durchgeführt, aufgrund von Zeitmangel jedoch eingestellt, oder derartige Besprechungen finden immer noch regelmäßig statt.

Bedingungen und Konsequenzen des Austausch mit dem Reha-Team:

Bedingungen des interprofessionellen Austauschs sind zum einen die interprofessionellen Gesprächsangebote der Einrichtungen. Diese können Teambesprechungen sein, es kann sich aber auch um informelle Angebote handeln, in denen häufig bilateral Anliegen der Rehabilitand*innen besprochen werden. Dafür sind eine interdisziplinäre Identität, flache Hierarchien und ausreichend zeitliche Möglichkeiten zum Austausch notwendig. Geht es um wichtige Entscheidungen, wie zum Beispiel die sozialmedizinische Begutachtung, führt in der Regel kein Weg an einer Teambesprechung vorbei. Entsprechend sind die Sozialarbeiter*innen auf eine rechtzeitige Übermittlung der sozialmedizinischen Begutachtung angewiesen. Deren Nutzen wird im Folgenden von einer Leitungsperson auf den Punkt gebracht.

[...] bis die dann im Sozialdienst erscheinen, haben wir ja schon ein bisschen 'n Blick auf die Patienten. (.) Und wenn wir dann so die Idee haben, na ja, da könnte es Diskussionen geben, dass wir das schon (.) in den, in den Runden so bisschen prägen. [...] Da sollte es in die Richtung gehen, dass von vornherein (.) [...] (.) das so im Gleichklang passiert, also dass die schon wissen, ja, da sehen wir (.) [...] die Rückkehr [...] ins Berufsleben als möglich an. Da geht's dann manchmal noch um solche Sachen, wollen die jetzt wirklich eine stufenweise Wiedereingliederung? Oder verzögern wir's ein bisschen und dann eben später? (E5 I\Ärztliche Leitung: 60–72)

Hier wird zudem deutlich, dass die Beteiligung der Sozialdienste an der Entwicklung der Beurteilung wichtig ist. Ein Sozialdienst berichtet, nicht an interprofessionellen Teamsitzungen teilzunehmen, will diese jedoch etablieren, unter anderem um die obengenannten Funktionen zu nutzen.

[...], dass wir zumindest an den Teams (.) von Haus fünf teilnehmen, (.) ne? Weil klar, [...] wir **sehen** ja die Fortschritte vom/von den Patienten nicht, da bin ich ja auf Informationen (I: Ja.) angewiesen. (I: Ja, ja, ja.) Ne? Wenn's darum geht, wie, wie (.) **wie** viel Pflege übernimmt der mittlerweile eigenständig? Klar, ich kann auch an/in die Doku reingucken, ne? (.) In die Visitenprotokolle. Aber ist ja dann **doch** (.) nochmal was anderes, wenn ich dann wirklich nochmal 'n direkten Austausch habe und nochmal 'ne Rückfrage stellen kann, et cetera, ne? (.) Ja. Und **deshalb** wollten wir **da** einfach, um den Draht mehr zur Physiotherapie zu bekommen, ne, zur, zur Ergotherapie, wollten wir da wieder an den **Teamsitzungen** teilnehmen, (.) hatten das auch schon

angekündigt, aber dann kam halt Corona (Lachen) (I: Ja.) und es gibt halt einfach gerade keine. (E6 I\Herr A: 1122–1136)

Dazu kommt, dass die Zuverlässigkeit der Personen im Austausch eine wichtige Rolle spielt. Die Situation in einer weiteren Reha-Einrichtung mit psychosomatischem Schwerpunkt mit ständig wechselndem Personal wurde bereits dargelegt. Auch bei der Informationsweitergabe fallen diese Rahmenbedingungen negativ auf. Ein weiterer Faktor ist das interprofessionelle Engagement der Sozialarbeiter*innen. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die aktive Auseinandersetzung mit den Rehabilitand*innen.

Um die berichteten Funktionen des intraprofessionellen Austauschs für den Reha-Prozess besser zu verstehen, war für die zweite Samplingphase vorgesehen, einen Sozialdienst mit nur einer Person einzuschließen. Dies ist nicht gelungen. Drei Sozialdienstmitarbeiter*innen berichteten jedoch von ihrer Zeit als einzige Sozialarbeiter*innen in der jeweiligen Einrichtung. Gründe dafür waren entweder, weil sie zu der Zeit die einzige Stelle innehatten oder krankheitsbedingte Ausfälle von Kolleg*innen. Als größten Nachteil dieser Zeit wird von einer interviewten Person die fehlende Präsenz in der Einrichtung beschrieben, die sie mit der fehlenden Anwesenheit in den Besprechungen, den fehlenden Verflechtungen in der Einrichtung und der geringeren Wertschätzung der Profession erläutert. Eine andere Sozialarbeiterin unterstützt die Einschätzung der geringeren Wertschätzung zu dieser Zeit. Allerdings bleibt bei beiden Erzählungen offen, ob die gestiegene Wertschätzung die Erhöhung der Stellenanteile begünstigt hat oder ob die Wertschätzung durch die höheren Stellenanteile gestiegen ist. Die zuletzt genannte Sozialarbeiterin berichtet eher von den Herausforderungen, die sich durch die Koordination mehrerer Stellen ergeben. Zudem hat sich eine Erleichterung für sie im Arbeitsaufwand ergeben.

Der inter- und intraprofessionelle Austausch im Reha-Team prägt als Interaktionssetting die Praxis der Sozialen Arbeit. Die Informationsarbeit steht in starker Abhängigkeit zur ersten Funktion des Austauschs im inter- und intraprofessionellen Reha-Team. Neben den Rehabilitand*innen selber kann dieser als die wichtigste Informationsquelle beschrieben werden. Im Austausch mit dem Reha-Team, ob in Besprechungen oder im informellen Rahmen, werden zudem Informationen vermittelt, die als Kontextfaktoren für die Reflexions- und Emotionsarbeit gelten können.

Der Informationsgewinn in den Teambesprechungen ist zudem Bedingung der Planungs- und Antragsarbeit. Die dafür notwendigen Aushand-

lungen im Reha-Team und intraprofessionellen Team sind mit den hier entwickelten Arbeitsformen nicht abzubilden. Dies ist auf die starke Fokussierung auf den Fall bei der Entwicklung des Konzepts der Arbeitsformen zurückzuführen.

Im Austausch mit dem Reha-Team wurden zudem die Konsequenzen der Arbeitsform Informationsarbeit für das professionelle Fremdverständnis deutlich. Die Auseinandersetzung mit den Kolleg*innen im Sozialdienst stellt zudem eine potentielle Bedingung für die (Weiter-)Entwicklung eines professionellen Selbstverständnisses dar.

Die Bedingungen für die Entwicklung eines professionellen Fremdverständnisses können besonders deutlich bei der Diskussion der für die weitere Praxis der Sozialen Arbeit (Reflexions-, Emotions- und Planungsarbeit) bedeutsamen beruflichen Perspektive nachvollzogen werden. Im Austausch mit dem Reha-Team nehmen die Sozialarbeiter*innen unterschiedlich stark eine anwaltschaftliche Rolle ein. Das benannte Beispiel aus einer Einrichtung mit onkologischem Schwerpunkt (E5) gibt Hinweise auf das am weitesten ausgeprägte Verhalten in diesem Sinne. Es zeigt zudem, dass dies zu einer Bewertung der Profession der Sozialen Arbeit seitens der Medizin als zu fürsorglich für einen am Return-to-Work orientierten Erfolg führt. In einer Einrichtung mit psychosomatischem Schwerpunkt ist die anwaltschaftliche Vertretung weniger stark ausgeprägt. Das im Interview mit den Leitungspersonen gezeichnete Bild des Sozialdienstes als Vorbereiter des Therapieprozesses und Prüfer der Umsetzung der im Team erarbeiteten Perspektiven kann mit der geringer ausgeprägten Anwaltschaftlichkeit für die Rehabilitand*innen in Verbindung gebracht werden. Die Sozialarbeiter*innen einer anderen psychosomatischen Einrichtung erwähnen ebenfalls die Vertretung der Rehabilitand*innen im Austausch mit den Ärzt*innen. Jedoch zeigt eine beobachtete Sequenz in der gleichen Einrichtung, dass erst der performative Akt der Vertretung beziehungsweise des Einsatzes für die Belange der Rehabilitand*innen folgenreich sind. In einer beobachteten Teambesprechung äußert sich eine Sozialarbeiterin nämlich trotz der Möglichkeit zum fallspezifischen Anbringen ihrer Expertise im Interesse einer Rehabilitandin nicht. Etwas anders gelagert ist die folgende Beobachtung in einer ebenfalls onkologischen Reha-Einrichtung, die sich zwar nicht mit der beruflichen Perspektive auseinandersetzt, die aber ein anschauliches Beispiel für die anwaltschaftliche Vertretung der Rehabilitand*innen liefert.

Der Chefarzt wendet sich den Kolleg*innen im Sozialdienst zu [...] Herr A. beginnt mit seinem Fall und stellt die Person mit dem Krankheitsbild und weiteren Informationen (Alter, Schwerhörigkeit, fehlende Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens) vor. Dann erläutert er die Unwissenheit der Rehabilitandin über die weitere Behandlung. Im Rahmen eines Aufenthalts im Krankenhaus wegen ihrer COPD sei ein Krebs festgestellt worden. Die Rehabilitandin habe die Akutklinik jedoch so verstanden, dass die Behandlung abgeschlossen sei. Die Akutklinik habe die Patientin jedoch an E9 verwiesen, um diese auf die weitere Krebsbehandlung vorzubereiten. In dem Gespräch mit der Patientin sei klargeworden, dass diese nicht wisse, was noch auf sie zukomme. Dies führt Herr A. allein auf die Schwerhörigkeit der Person zurück. Er äußert Handlungsbedarf der Mediziner*innen hinsichtlich der Unwissenheit der Person und der Organisation der Unterstützung durch andere Personen. Die anwesenden Mediziner*innen widersprechen seiner Interpretation der Unwissenheit. Sie scheinen die kognitiven Fähigkeiten der Rehabilitandin anzuzweifeln. Der leitende Oberarzt stellt zudem die Vermutung auf, dass die fehlende Unterstützung durch die Nichte durch die Rehabilitandin selber verursacht wurde. Die Ärztin, die direkt neben Herrn A. sitzt und keine Maske trägt, gibt in einem m.E. abfälligen Ton an, dass die Rehabilitandin ja immer noch rauchen würde. Herr A. gibt überrascht an, dass die Rehabilitandin ihm versichert habe, dass sie nicht mehr rauche und fragt, ob die ärztliche Kollegin die Rehabilitandin beim Rauchen gesehen habe. Die Ärztin bestätigt das. Herr A. sagt, dass nun Aussage gegen Aussage stehe. Der Chefarzt stellt die Zurechnungsfähigkeit der Rehabilitandin am deutlichsten in Frage und regt an, über eine Betreuung nachzudenken. Herr A. glaubt das nicht. Er sagt durch persönliche Erfahrung wisse er, dass schwerhörige Personen öfter als nicht zurechnungsfähig erlebt werden, obwohl dies nicht so sei. Der Chefarzt argumentiert mit einer erhöhten Korrelation von Schwerhörigkeit und Demenz und schlägt vor, dass die Psychologen einen Mini Mental Status Test mit der Rehabilitandin machen. Er schaut zu den beiden anwesenden Psychologen, die zustimmend nicken. (E9 BP\TKII: 126–176)

Neben der Argumentation des Sozialarbeiters fällt an einer Stelle der besonders starke Ausdruck der Anwaltschaftlichkeit auf, und zwar als er den Wahrheitsgehalt der Ärztin mit dem der Rehabilitandin gleichsetzt. Im Interview mit der Leitung wird der Sozialdienst möglicherweise als Folge auch solchen Verhaltens als übermäßig engagierter Dienst vorgestellt.

Und statt, dass **er** nun das abgegeben hat und meinetwegen der Stationsärztin oder dem Oberarzt gesagt hat: »Pass mal auf, da ist hier eine Implausibilität«, hat er eben **selber** dann diese Telefonate übernommen und hat dann alles **Mögliche** gefunden und uns schon ganz **kirre** gemacht, weil es uns dann auch ein bisschen verwirrt hat natürlich. Weil er ist ja nun mal kein Arzt und kann bestimmte Dinge dann auch **nicht** so einschätzen und in der Bedeutung gewichten. (E9 |ärztliche Leitung: 249–257)

Nicht in allen Einrichtungen können diese Zusammenhänge hergestellt werden, die zuletzt dargelegten Schilderungen geben jedoch einen Hinweis auf die Bedeutung, insbesondere des Verhaltens der Sozialarbeiter*innen für das Verständnis des Reha-Teams über die Professionalität der Sozialen Arbeit.

Die intraprofessionellen Besprechungen sind die Interaktionssettings, in denen sozialarbeiterisches Wissen, hauptsächlich Erfahrungswissen, zusammengetragen und bei genügend Zeit reflektiert wird. Vor diesem Hintergrund ist aufgefallen, dass in fast der Hälfte der eingeschlossenen Einrichtungen auf die regelhaften Besprechungen mit ausreichend Zeit verzichtet wird. Ein potentieller nachhaltiger Vorteil für die Antrags- und Planungsarbeit geht so verloren, da hier mögliche Optionen beraten und Strategien bei der Antragsstellung ausgetauscht werden könnten. Die ausführlichen Besprechungen könnten ebenfalls zur Konzeptarbeit genutzt werden. Darüber hinaus trägt die gemeinsame Reflexion zur Bildung eines professionellen Selbstverständnisses bei, wenn sich wie im Beispiel aus E4 über prinzipielle Orientierungen ausgetauscht wird.

c) Austausch mit externen Akteur*innen

Wie bereits beschrieben gibt es mehrere Akteur*innen, die sich außerhalb der Reha-Einrichtung befinden und die für die Sozialdienste relevant sind. Im Folgenden wird auf die Angehörigen, die Arbeitgeber, die externen Leistungserbringer sowie auf die Ämter und Sozialversicherungsträger als Interaktionspartner*innen eingegangen.

Die Angehörigen der Rehabilitand*innen treten als Interaktionspartner*innen im Sample nur in speziellen Fällen auf. Ein Sozialarbeiter einer Groß-Einrichtung ist für eine nicht-deutschsprachige Patient*innenschaft verantwortlich. Aufgrund der sprachlichen Barriere der Rehabilitand*innen ist es bei ihm üblich, dass er die Beratungsgespräche in Vertretung mit Angehörigen, häufig den Kindern, führt. Die andere Situation, die eine Interaktion

mit den Angehörigen notwendig macht, kommt durch den häufig hohen Pflegeaufwand und die eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten der Rehabilitand*innen in der neurologischen Rehabilitation zustande. Hier werden die Angehörigen auf die zukünftige Situation vorbereitet beziehungsweise in die Planung der Versorgung eingebunden. Eine weitere Besonderheit in der neurologischen Rehabilitation, die die Interaktion mit An- und Zugehörigen nach sich zieht, sind die Kontaktaufnahmen beziehungsweise die Anregungen von Betreuungen. Kandidat*innen für diese Rolle werden von den Gerichten zunächst bei den nächsten Angehörigen gesucht, daher ist die Korrespondenz mit diesen für den Sozialdienst eine regelmäßige Aufgabe.

Aufgrund der Beschränkungen im Rahmen der Corona-Pandemie konnten zum Zeitpunkt der Erhebung keine persönlichen Gespräche zwischen Sozialarbeiter*innen und Angehörigen aufgezeichnet oder beobachtet werden. Jedoch wurde von dem häufig auf die telefonische Beratung verschobenen Kontakt berichtet. Es ergab sich, dass die Sozialarbeiter*innen bei der Kontaktaufnahme auch mögliche Belastungen durch die und bei den Angehörigen selbst berücksichtigen müssen.

Eine eher indirekte Interaktion gibt es, wenn Angehörige in der Antragsarbeit hinzugezogen werden. Ein großer Teil der notwendigen Dokumente liegt den Rehabilitand*innen in der Klinik nicht vor. Wenn die Zeit in den Beratungsgesprächen reichte, wurden diesbezüglich die Angehörigen durch die Rehabilitand*innen mit ihren mobilen Endgeräten kontaktiert. Wie bereits bei der Überschneidung der Antrags- und Informationsarbeit beschrieben (vgl. Arbeitsformen) können auch diese Situationen Einblicke in Interaktionen zwischen Beziehungspartner*innen geben, wie folgendes Beispiel zeigt.

Der Lebensgefährte ruft mit Videoanruf zurück. Er berichtet, das gesuchte Dokument nicht gefunden zu haben und filmt den Ort, den die Rehabilitandin, Frau G., vorab beschrieben hat, ab. Da der Lebensgefährte das Dokument nicht findet, wird Frau G. ungehalten und lauter. Der Lebensgefährte zeigt ein ähnliches Verhalten und schreit an einer Stelle Frau G. an. Diese bittet den Lebensgefährten, die Dokumente besser abzufilmen. Herr A. schaltet sich an einem Punkt ein und sagt, dass er das gesuchte Dokument gesehen haben zu scheint. Letztendlich ist es aber nur der leere Umschlag der Rentenversicherung. Frau G. bedankt sich bei ihrem Lebensgefährten und sagt, dass sie ihn liebt, dann legt sie auf. (E9 BP\TKII: 369–380)

Der Beruf ist bei den Rehabilitand*innen im berufsfähigen Alter und mit der Rentenversicherung als Kostenträger der wichtigste Bezugspunkt für die Sozialdienste. Daher spielt der Austausch mit den Arbeitgebern eine besondere Rolle. Der Umfang der Einbindung dieses externen Akteurs ist jedoch sehr unterschiedlich. Besonders ausgeprägt wurde der Austausch in einer ambulanten psychosomatischen Einrichtung beschrieben. Hier ging die Einbindung so weit, dass Arbeitgeber zu Gesprächen eingeladen wurden. So weit ging die Einbindung in keiner anderen Einrichtung. Diese begrenzte sich in großen Teilen auf die punktuelle Beteiligung an der Planung der StW. Dabei wurde den Arbeitgebern nur der Plan zur Zustimmung mit Unterschrift zugesendet. Wenn nötig, also wenn diese Zustimmung nicht gegeben wird, ist der weitere Austausch auf die Erinnerung an die Zustimmung begrenzt.

Ebenfalls regelmäßig haben die Sozialarbeiter*innen im Rahmen der Antrags- und Planungsarbeit Kontakt zu Sozialversicherungen und Ämtern. In der Regel entsteht dieser fallbezogen und wird zur Sammlung von Informationen genutzt. Wenn es zwischen Sozialdiensten persönliche Kontakte zu Reha-Berater*innen oder anderen Beschäftigten der Sozialversicherungen gab, wurde dieser auch fallunabhängig als besonders hilfreich empfunden, bei den Reha-Berater*innen vor allem vor dem Hintergrund, Auskunft über die Bewilligungsmöglichkeiten zu bekommen. Diese sind alleinig aus den Antragsformularen und der geleisteten Antragsarbeit nicht zu erschließen. Eine andere Funktion des Austauschs mit den Sozialversicherungen besteht im Gewinn von Informationen über die Rehabilitand*innen, den Reha-Prozess und/oder sozialrechtliche Informationen zum Beispiel zum Leistungsbezug. Zudem umfasst die Interaktion das Senden, häufig in Form eines Fax, von Informationen und Anträgen an die Sozialversicherungen.

Weitere Akteure wie externe Leistungserbringer spielen bei der Planungsarbeit ebenfalls eine wichtige Rolle. Insbesondere in der neurologischen Rehabilitation konnte mehrfach beobachtet werden, dass ein Pflegeplatz für die Zeit nach der Reha-Maßnahme von den Sozialarbeiter*innen gesucht wurde. Aber auch in Einrichtungen, in denen der Sozialdienst die Nachsorge der DRV organisiert, gibt es viel telefonischen Kontakt zu entsprechenden Anbietern. Darüber hinaus ergeben sich durch Fragen der sozialen Teilhabe beziehungsweise der existentiellen Sicherung auch in anderen Einrichtungen Kontakte zu externen Leistungserbringern wie allgemeinen Beratungsstellen oder Kontakte zum Jugendamt. Vereinzelt gibt es auch Kontakte zu Sozialdiensten aus Akuthäusern.

Wie bereits erwähnt spielte zudem der externe intraprofessionelle Austausch insbesondere in zwei Einrichtungen mit Sozialarbeiter*innen, die entsprechende Arbeitskreise gegründet hatten, eine wichtige Rolle.

Bedingungen und Konsequenzen des Austausches mit externen Akteuren:

Die bereits erwähnte fortgeschrittene Einbindung der Arbeitgeber in E2 wurde mit dem notwendigen Informationsgewinn über die Bedingungen am Arbeitsplatz aus einer anderen Perspektive begründet. In den anderen Einrichtungen wurde teilweise die Subjektivität der Berichte der Rehabilitand*innen über die Bedingungen am Arbeitsplatz bemängelt. Es wurde sich jedoch auch auf diese Informationsquelle beschränkt. Das Misstrauen hinsichtlich der Wahrnehmung der Rehabilitand*innen seitens der Sozialarbeiter*innen kann als möglicher Ansatz zum Verstehen der Unterschiedlichkeit angeführt werden. Die Reha-Einrichtung E2 fiel an vielen Stellen durch ein Misstrauen gegenüber den Rehabilitand*innen auf. Die Leitungspersonen vermittelten in den Interviews ein teilweise sehr pessimistisches Bild bezüglich der Motivation der Rehabilitand*innen für einen Return-to-Work. Die Zuschreibung einer Rolle als *Prüfer der Umsetzung von Aufgaben* für die Soziale Arbeit passt ebenfalls dazu. Die Sozialarbeiter*innen wurden angehalten, bei erkrankten Rehabilitand*innen anzurufen. In diese Vorstellung von den Rehabilitand*innen reiht sich auch die bereits genannte Wahrnehmung ein, die möglicherweise zu der artikulierten Notwendigkeit der Beteiligung der Arbeitgeber führt. Ebenfalls als Grund kann jedoch angeführt werden, dass dieser Kontakt in einer ambulanten Einrichtung viel leichter ist. Zudem kann es auch als sehr wertschätzend empfunden werden, wenn der Arbeitgeber zu einem Gespräch kommt. Als Konsequenz der Einbindung der Arbeitgeber als weitere Partei ist die Soziale Arbeit jedoch auch mit einer zusätzlichen Offenheit konfrontiert.

Gab aber auch, auch dieses Jahr, einen Chef, der ist hierhingekommen, von einer Patientin, (.) [...] den haben wir eingeladen. [...] Patientin war recht fordernd, muss ich sagen. Bin aber ganz gut mit der klargekommen. Also wir hatten 'ne gute Beziehung, ich (.) konnte das halbwegs einordnen. Aber sie hat mir halt von dem Chef **erzählt**. Und dachte so, bei der Struktur, die sie hat, (.) ich würde gern mal die andere Seite hören. Weil es gibt immer zwei Seiten der Geschichte. Und [...] hab' den Chef angerufen. Der ist dann auch hierhingekommen. Und dann war erstmal alles **nett**. Und dann so nach zehn Minuten (.) [...] kramt er so in seiner Tasche rum und [...] hatte dann halt 'n Aufhebungsvertrag da hingelegt. (.) Und hat dann quasi unser Ar-

beitgebergespräch so 'n bisschen als Kündigungsgespräch missbraucht. (.) Wo ich dann dachte: »Ja krass, wie reagierst du denn jetzt?« Und ich so dann zur Patientin hin: »Sie müssen da jetzt gar nix zu sagen. [...] Sie können das jetzt erstmal mit nach Hause nehmen, drüber schlafen. Wir besprechen das gleich nochmal unter **vier** Augen.« Ja, [...] die war halt **richtig** sauer und angepisst, was ich verstehen kann, nach irgendwie 18 Jahren Betriebszugehörigkeit, dass er hierhinkommt und ihr den Aufhebungsvertrag hinlegt. [...] das war auch für mich total überraschend, weil der total freundlich war am Telefon. (E2 I\Herr B: 1074–1099)

Neben der oben diskutierten Begründung für die Arbeitgeberkontakte wird hier deutlich, dass im schlechtesten Fall die Einbindung des Arbeitsgebers zur Problemverschärfung beitragen kann. Die Kündigung des Arbeitsplatzes wird nicht direkt durch die Einladung des Vorgesetzten in die Einrichtung ausgelöst worden sein. Jedoch hatte sich der Sozialarbeiter Herr B. etwas Anderes von der Einbindung erhofft. Hinweise auf ein solches Verhalten konnte er auch dem Telefonat mit dem Arbeitgeber nicht entnehmen.

Auf Nachfrage berichten die Sozialarbeiter*innen, dass es bei der StW selten Probleme mit dem Arbeitgeber in dieser Frage gebe. Zu berücksichtigen ist an dieser Stelle, dass es einen Kostenträger dieser Maßnahme gibt, der in der Zeit Transferleistungen zahlt, sodass für den Arbeitgeber keine Personalkosten entstehen.

Durch die Interaktion mit den externen Leistungserbringern und den Sozialversicherungen und Ämtern entsteht Erfahrungswissen, wie die folgenden Beispiele zeigen.

Frau S. erreicht den zweiten Anbieter einer T-RENA-Nachsorge. Diese nehmen auf Nachfrage jedoch keine nicht-orthopädischen Patienten auf. Der Rehabilitand, Herr L., berichtet noch, dass er keinen Dienstwagen mehr habe und deshalb auf eine nahe gelegene Einrichtung angewiesen sei. Frau S. sagt zu Herrn L., dass sie es weiterversuchen werde und mit ihm wieder einen Termin vereinbare. Vielleicht könne man dann auch Reha-Sport und das digitale Nachsorgeangebot besprechen. Nach dem Termin sucht Frau S. in den Befunden nach einer orthopädischen Diagnose und findet nach langer Suche eine. Mit dieser wird sie später nochmal bei dem Anbieter anrufen und für Herrn L. einen Platz bekommen. (E8 BP\TKII: 492–503)

Die Rentenversicherung, vor allem die DRV Bund [...], die kann man nicht einfach mal anrufen. Das (I: Mhm, mhm, mhm.) geht nicht. Man kommt da nicht durch, um nachzufragen, ob alle Unterlagen da sind. (E10 I\Herr A: 169–173)

Diese Informationen zu den Voraussetzungen beziehungsweise zum Umgang mit diesen durch die Leistungserbringer sowie zur Zugänglichkeit des Sozialversicherungssystems sind Bedingungen für die Tätigkeiten der Sozialarbeiter*innen und entstehen durch die gesammelte Erfahrung im regelmäßigen Austausch mit den Anbietern beziehungsweise Kostenträgern/Ämtern. Systematisch und im Sinne der Navigation der Rehabilitand*innen wird dies nur in einer Einrichtung verfolgt. Durch die dort geleistete Netzwerkarbeit der Leitungsperson und die Weitergabe der Informationen im Team ist der gesamte Sozialdienst für die Weiterleitung von Rehabilitand*innen nach dem Aufenthalt über soziale Leistungsangebote im Einzugsbereich der Einrichtung informiert. Zudem können durch Kontakte zu betrieblichen Sozialberater*innen Rückkehrmöglichkeiten frühzeitig besprochen werden. Das ambulante Setting der Einrichtung und die sozialen Bedarfe der psychosomatischen Rehabilitand*innen passen zu dieser Arbeit. Ein erfahrener Sozialarbeiter beschreibt ein etwas anders gelagertes Netzwerk, das er zum Informationsgewinn nutzt.

Insgesamt sei es zu Beginn wichtig gewesen, Kontakte zu knüpfen, um dort Informationen zu erfragen. Dafür habe er schon früh Kontakte zur AOK Leistungsabteilung und zu einem Juristen beim Arbeitsamt geknüpft. Zudem sei es von Vorteil, wenn man in einer trägereigenen Klinik arbeite, weil die Kontakte zu diesem dann auch schneller hergestellt seien. (E5 BP\TKII: 269–275)

Die Kontakte zu den Leistungserbringern und Sozialversicherungen können zeitlich sehr aufwendig sein und so die Arbeit mit den Rehabilitand*innen verringern. Verantwortlich dafür ist die häufig aufwendige Recherche der Leistungserbringer. Hilfreich sind hier Netzwerke wie das oben genannte in E2 oder Internetportale, die zum Beispiel offene Pflegeplätze anzeigen. Im Austausch mit den Sozialversicherungen wird neben der Erreichbarkeit der Träger der Datenschutz als Grund für die hohen zeitlichen Ressourcen in Verbindung mit eingeschränkter terminlicher Flexibilität genannt. Telefonate könnten so nur in Anwesenheit der Rehabilitand*innen durchgeführt werden.

Der fehlende externe intraprofessionelle Austausch wird mit einer fehlenden Offenheit in der alltäglichen Praxis in Verbindung gebracht. Vor diesem

Hintergrund ist die Routine, die bei der Arbeitsform der Antragsarbeit als Konsequenz genannt wurde, kritisch zu diskutieren.

Aber hier gar kein Austausch, nein. (.) Man wird so 'n bisschen (.) betriebsblind vielleicht auch. (.) **Das** fand ich halt immer früher schön, wenn wir von der [regionaler Rentenversicherungsträger], gab's halt diese [...] (.) Fortbildungen über zwei Tage. Wenn man dann mal aus anderen Kliniken die Sozialarbeiter kennengelernt hat und da einfach (.) mal was anderes gesehen, was anderes gehört hat, wie die arbeiten. (.) Ja, und das (.) gibt's halt alles nicht mehr. Ich weiß, dass Rentenversicherung **Bund** immer noch was anbietet, also in Berlin, (.) aber wir kriegen das hier auch einfach nicht finanziert, ne? (.) (E3 I\Frau B: 749–760)

iii) Aufgaben

Zur Beschreibung der Praxis wurden bisher die fallbezogenen Tätigkeiten der Sozialarbeiter*innen sowie die Settings, in denen diese stattfinden, erläutert. Um die Praxis der Sozialen Arbeit jedoch noch weiter zu verstehen, fehlen bisher die Handlungsbegründungen beziehungsweise das übergeordnete Ziel dieser Praxis. Die im Folgenden vorgestellten Aufgaben der Sozialdienste liefern diese Begründung und komplettieren das Bild der sozialarbeiterischen Praxis in der medizinischen Rehabilitation. Die Aufgaben ergeben sich mittelbar aus den Zielen der Rehabilitand*innen oder in Folge der durch das Reha-Team, insbesondere durch die durch Ärzt*innen vermittelten Bedarfe⁶. Auf die mögliche Herkunft dieser Bedarfe, die die Aufgaben der Sozialdienste konstituieren, wird gleich zu Beginn der Erläuterungen der Aufgaben nochmal genauer eingegangen. Die im Folgenden vorgestellte Struktur ist jedoch perspektivenübergreifend. Das heißt, sämtliche Aufgaben können entweder durch die Rehabilitand*innen oder durch die Ärzt*innen vorgegeben werden. Dabei ist es auch möglich und nicht unüblich, dass beide Parteien die gleiche Aufgabe stellen. Dies heißt jedoch nicht, dass die Zielstellung dieselbe ist. Bei den Aufgaben handelt es sich um die *Entwicklung von Perspektiven*, die *Entlassplanung* und die *elementare finanzielle und soziale Sicherung*. Ausgehend von der Funktion der Aufgaben, nämlich der Handlungsbegründung für den Einsatz

6 In Ausnahmefällen wenden sich auch Angehörige an die Sozialarbeiter*innen.