

5. Arbeitsformen, Interaktionssettings und Aufgaben der Sozialdienste

Im Zuge der ersten Auswertungen stellte sich heraus, dass es insbesondere einer Systematik zur Beschreibung der fallbezogenen Tätigkeiten der Sozialdienste bedurfte. Es entstanden die sogenannten *Arbeitsformen*, davon sechs Kernarbeitsformen und weitere Arbeitsformen, die in einer Restkategorie zusammengefasst wurden. Die Arbeitsformen können in einer Verkettung oder Kombination auftreten, beeinflussen sich gegenseitig und können so fast umfassend die fallbezogene Arbeit der Sozialarbeiter*innen abbilden. Bis auf die Sozialarbeiter*innen sind bei den Arbeitsformen zunächst die Akteur*innen der Interaktionen unberücksichtigt. Diese und die Settings der Tätigkeiten wurden in den sogenannten *Interaktionssettings* strukturiert. Die Arbeitsformen finden neben dem Austausch mit den Rehabilitand*innen im Einzelgespräch, während einer Sprechstunde oder in der Gruppe auch im Austausch mit dem Reha-Team oder mit externen Akteur*innen statt. Den Arbeitsformen ist kein Ziel immanent, das heißt, die Sozialarbeiter*innen brauchen zur fallbezogenen Verkettung der einzelnen Arbeitsformen eine Aufgabe. In dieser Studie wurden daher die *Aufgaben der Sozialdienste* als zusätzliche Kategorie formuliert. Diese Kategorie komplettiert die drei zentralen Kategorien zur Beschreibung der Tätigkeiten der Sozialdienste.

i) Arbeitsformen

Die fallbezogene Arbeit, die mit den sogenannten *Arbeitsformen* abgebildet werden kann, umfasst die Arbeit für oder mit einem Rehabilitanden oder einer Rehabilitandin. Nur eine Arbeitsform verfolgt einen dezidiert fallunabhängigen Ansatz und beschreibt den Aufbau von Netzwerken. Neben den Interakti-

onssettings und den Aufgaben der Sozialdienste sollen die Arbeitsformen der Sozialarbeiter*innen die Praxis der Sozialdienste beschreiben.

Bereits im Pretest begegnete den Autor*innen der Begriff der Arbeit in besonderer Art und Weise:

Für mich is' es wirklich Sozial-**Arbeit**. Also es is' ein Wegarbeiten, ein Abarbeiten von Fällen und von Sachen. (**Hervorhebung** durch den Sozialarbeiter; E01 I\Herr A: 632–634)¹

Auch andere Sozialarbeiter*innen schilderten ihre Tätigkeiten unabhängig voneinander öfter in Verbindung mit dem Begriff *Arbeit*:

[...] Und wenn jemand da sehr compliant ist und auch reflektiert, macht es unfassbar **viel** Spaß, mit dem daran zu arbeiten [...] (E2 I\Frau D: 653–655)

oder

Das heißt, es war nochmal mit ganz viel Angehörigengespaß/also ganz viel mit Angehörigenarbeit (.) (Schnalzen) verbunden (E7 I\Herr A: 17–19)

oder

[...] also ein Großteil ist tatsächlich Netzwerkarbeit (E2 I\Frau A: 345).

Die Vertrautheit des Begriffes für die Befragten wird deutlich. Zudem wird angedeutet, welche Struktur sich durch die Nutzung der Arbeitsformen ergibt. Zum einen wird eine Zufriedenheit mit der Tätigkeit in einem Sozialdienst

1 Die Ergebnisdarstellung ist davon geprägt, dass an passenden Stellen Zitate aus Interviews oder Beratungsgesprächen beziehungsweise Auszüge aus Beobachtungsprotokollen wiedergegeben werden. Die Kombination aus Schrift- und numerischen Zeichen kennzeichnet dabei die Einrichtung, aus der das Zitat stammt. Danach folgt die Erhebungsform (I: Interview, BP: Beobachtungsprotokoll, B: Beratungsgespräch). Bei den Interviews ist zusätzlich die Interviewperson angegeben. So würde Frau A. beispielsweise für eine Sozialarbeiterin stehen. Ärztliche und kaufmännische Leitungen sind als solche gekennzeichnet. An dieser Stelle sei nochmals angemerkt, dass die Geschlechter der Sozialarbeiter*innen und Leitungspersonen zum Teil vertauscht wurden. Dies dient der Wahrung der Anonymität der an der Studie teilnehmenden Personen. Der numerische Ausdruck zum Schluss stellt die Zeilenangabe im Transkript dar.

einer Reha-Einrichtung deutlich, wenn es gelänge, mit den Rehabilitand*innen zu *arbeiten*. Zum anderen wird klar, dass es nicht nur um Gespräche, sondern um einen gesamten Tätigkeitskomplex geht und sich die Arbeit der Sozialdienste in die unterschiedlichen Arbeitsformen unterteilen lässt.

Definition:

Unsere Definition der Arbeitsformen lautet daher: »wiederkehrende Tätigkeitskomplexe mit spezifischem Gegenstand«. Gegenstände der Tätigkeiten sind dabei Informationen, Pläne, Anträge, Emotionen, Perspektiven der Rehabilitand*innen sowie Netzwerke der Sozialarbeiter*innen. Entsprechend ergeben sich sechs Kernarbeitsformen, die im Folgenden genauer erläutert werden.

a) Informationsarbeit

Zentraler Inhalt der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation sind Informationen zum Beispiel über Rehabilitand*innen oder Sozialleistungen. Dabei können vier unterschiedliche Strategien im Umgang beschrieben werden: Weitergabe, Erhalt beziehungsweise Gewinn, Verarbeitung und Sicherung von Informationen. Bevor über den Umgang mit den Informationen berichtet wird, folgt jedoch zunächst eine Erläuterung der Arten von Informationen.

Arten von sozialdienstrelevanten Informationen:

Es können Informationen über *Leistungen*² (*innerhalb oder außerhalb des Reha-Prozesses*), über den und aus dem *Reha-Prozess* und über die *Rehabilitand*innen* (*personbezogene und Umweltfaktoren, Perspektiven der Rehabilitand*innen*) unterschieden werden. Dies ist ein erster Hinweis auf die Bandbreite der im Sozialdienst behandelten Themen.

Bei den *Leistungsinformationen innerhalb des Reha-Prozesses* handelt es sich vor allem um Informationen zum Inhalt solcher Leistungen (zum Beispiel die Erläuterung der Umschulung im Rahmen der LTA), zu den Voraussetzungen für diese Leistungen, zum Verfahren oder deren Konsequenzen. Teil der

2 Leistungen werden hier im sozialrechtlichen Sinn als sämtliche Sach- oder Geldleistungen, die von einem Sozialversicherungs- oder Hilfeträger erbracht werden können, verstanden. Darunter werden auch die Nachteilsausgleiche bei einem Grad der Behinderung gefasst.

Informationen über die Voraussetzungen sind auch sogenannte Antragsinformationen, auf die in der Antragsarbeit noch einmal genauer eingegangen wird. Leistungsinformationen, die auf die individuelle Situation der Rehabilitand*innen zugeschnitten sind, werden einer anderen Arbeitsform (Planungsarbeit, siehe unten) zugeordnet. Unter die *Leistungen außerhalb des Reha-Prozesses* fallen zum Beispiel Leistungen wie nachsorgende Institutionen, die ambulante Familienhilfe, Schuldnerberatung oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die – ähnlich wie die zuvor genannten Leistungen – den Rehabilitand*innen vorgestellt werden. Spezielle Informationen an dieser Stelle beziehen sich auf das *Verhalten von Sozialversicherungen und Ämtern*, zum *Verfahren* (zum Beispiel Form der Antragstellung, des Leistungsbezugs) sowie die *rechtlichen Rahmenbedingungen* (zum Beispiel Rechte und Pflichten der Rehabilitand*innen).

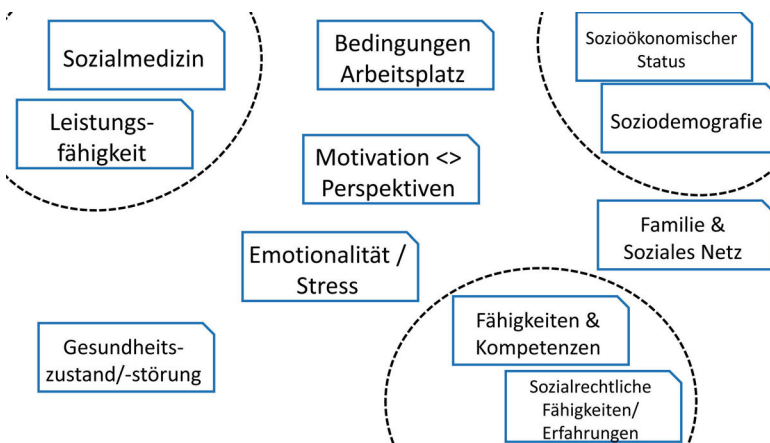
Eine weitere wichtige Kategorie sind die Informationen über den beziehungsweise aus dem Reha-Prozess. Bei *Informationen über den Reha-Prozess* handelt es sich wie bei den Leistungsinformationen um Erläuterungen eines Sachverhalts. So werden Rehabilitand*innen über Verfahren, die während der medizinischen Rehabilitation stattfinden, beziehungsweise Abläufe während eines Aufenthalts aufgeklärt. Sonderfälle der Informationen über die Verfahren sind Aktivitäten der Sozialdienste und die sozialmedizinische Beurteilung. Daran knüpfen viele der *Informationen aus dem Reha-Prozess* an. Dazu zählen die bisherigen Aktivitäten des Sozialdienstes in Bezug auf den oder die Rehabilitand*in, die Pläne der Ärzt*innen oder das wichtige Ergebnis der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Herkunft der unterschiedlichen Informationen.

Tabelle 5: Herkunft der Informationen mit Beispielen aus den Einrichtungen

Art der Information	Herkunft
Leistungsinformationen	Sozialgesetzbücher, beziehungsweise Broschüren der Rehabilitationsträger, im intraprofessionellen Austausch (intern & extern), Aus-, Fort- und Weiterbildung, Berichte der Rehabilitand*innen oder im Reha-Team
Informationen über die Rehabilitand*innen	Berichte der Rehabilitand*innen oder im Reha-Team; Auskunft externer Akteur*innen
Informationen aus dem Reha-Prozess	Berichte der Rehabilitand*innen oder im Reha-Team

Hinsichtlich der Informationen über die Rehabilitand*innen, die für den Sozialdienst relevant sind, gehören viele dieser Informationen in die Kategorie der *personbezogenen und Umweltfaktoren der Rehabilitand*innen* (vgl. Abbildung 4). Eine weitere Art der Information sind die *Perspektiven beziehungsweise Ziele der Rehabilitand*innen*, die von den Sozialdiensten geteilt werden können.

Abbildung 4: Umwelt- und personbezogenen Faktoren der Rehabilitand*innen, Darstellung ausgewählter Kategorien



Strategien der Informationsarbeit:

Es können vier Hauptstrategien im Umgang mit Informationen unterschieden werden: Informationen *gewinnen* beziehungsweise *erhalten*, Informationen *verarbeiten*, Informationen *sichern* und Informationen *weitergeben*. Der *Erhalt beziehungsweise der Gewinn* von Informationen spiegelt die unterschiedliche Aktivität der Sozialdienste in der Empfänger*innenrolle wider. Aktiv können sie bei dem Gewinn von Informationen der Rehabilitand*innen sein. Zudem erhalten sie Informationen und nehmen dabei eine passive Rolle ein. Die *Verarbeitung* der Informationen beschreibt den professionellen Umgang mit den Informationen, die die Sozialarbeiter*innen erhalten beziehungsweise gewonnen haben. Die *Sicherung* der Informationen befasst sich größtenteils mit der Dokumentation der Informationen. Die *Weitergabe* der Informationen umfasst unter anderem die Edukation der Rehabilitand*innen und die Information oder die interne Fortbildung des Reha-Teams.

Grundsätzlich können aus der Perspektive der Sozialdienste der aktive Gewinn und das passive Erhalten von Informationen unterschieden werden. Der Gewinn von Informationen ist hauptsächlich durch den unmittelbaren Informationsgewinn mit Fragen der Sozialdienstmitarbeiter*innen an die Rehabilitand*innen im Beratungsgespräch geprägt. Unterschiede zwischen den Fragen gibt es zum Beispiel hinsichtlich der Inhalte und der Routine dieser. Liegt zum Beispiel ein Leitfaden für die Aufnahmegespräche vor, wird der Großteil der Fragen nach diesem gestellt. Aber auch sonst gleichen sich die Fragen, die sich hauptsächlich auf die Umweltfaktoren und (beruflichen) Aktivitäten beziehen. Während der Gespräche ergeben sich aufgrund der Antworten oder Berichte der Rehabilitand*innen weitere (Nach-)Fragen. Ein Spezialfall sind die Art von Fragen, die Sozialarbeiter*innen Rehabilitand*innen stellen, wenn sie Anträge mit diesen gemeinsam ausfüllen. Auch hier sind die Informationen vorgezeichnet, jedoch erfahren die Sozialarbeiter*innen so auch weitere Informationen über die Rehabilitand*innen, wenn diese ausführlicher berichten (vgl. Antragsarbeit). Weitere Fragen werden dem Reha-Team oder externen Akteur*innen gestellt. Bei ersterem stehen personbezogene Faktoren, insbesondere sozialmedizinische Informationen im Vordergrund. Bei den externen Akteure*innen, vor allem Arbeitgeber*innen, Sozialversicherungsträgern und Ämtern, aber auch intraprofessionellen Arbeitskreisen werden Informationen über die Rehabilitand*innen und zudem fallunabhängige Informationen zum Beispiel über Leistungen außerhalb des Reha-Prozesses erfragt. Aufgrund der Kontakte zu externen Akteur*innen bleiben die Sozialarbeiter*innen auf dem aktuellen Stand hin-

sichtlich der Leistungsinformationen (Inhalt und Voraussetzungen). Sofern ein externer intraprofessioneller Austausch (zum Beispiel in Arbeitskreisen) existiert, die Teilnahme von der Reha-Einrichtung gefördert wird und die Einrichtung regional angebunden ist, erhalten die Sozialarbeiter*innen hier Informationen über die Versorgungslandschaft. Diese Netzwerk- und Leistungsinformationen können die Sozialarbeiter*innen dann fallbezogen einsetzen (Informationen weitergeben, Planungsarbeit). Die Berichte der Rehabilitand*innen sind eine passive Strategie der Sozialarbeiter*innen zum Erhalt von Informationen, die – wie oben benannt – aktive Nachfragen nach sich ziehen können. Die Berichte und Nachfragen behandeln Informationen zu personbezogenen und Umweltfaktoren sowie Aktivitäten. Ebenso erhält der Sozialdienst im interprofessionellen Austausch wichtige Informationen, ohne dabei eine aktive Rolle einzunehmen.

Die *Verarbeitung* von Informationen ist die professionelle Verwertung der gewonnenen oder erhaltenen Informationen. Darüber hinaus entwickeln die Sozialdienste aus diesen Informationen Hypothesen zur informierten Beratung, auf die an anderer Stelle genauer eingegangen wird (vgl. Interaktionssettings). Für den Austausch im Reha-Team werden insbesondere in den psychosomatischen Reha-Einrichtungen auch Eindrücke der Rehabilitand*innen von den Sozialarbeiter*innen zu personbezogenen Faktoren wie Stress oder Perspektiven verarbeitet.

Ich mach's eigentlich immer so, dass ich erstmal höre, (.) [...] **was** hat der **Patient** für Fragen? Oder er soll mir erstmal schildern, wie sieht es überhaupt aus, beruflich. Dass ich das aus der Sicht des, des Patienten dann schon mal höre. (.) Und dann sieht man ja, **passt** das, was die Ärzte jetzt auch sagen? Manchmal passt es halt **nicht**. **Dann** müsste man eben nochmal wieder Rücksprache halten mit den Ärzten und [...] erklären, der Patient sieht das aber jetzt **so**. (E3 \Frau C: 191–199)

Mehr ein Spezialfall der Verarbeitung als eine eigene Strategie ist die *Sicherung der Informationen*. Darunter wird die mehr oder weniger systematische Ablage der Informationen verstanden, die in der Praxis der Sozialen Arbeit zu großen Teilen die Dokumentation der Informationen ausmacht. In vielen Fällen entstehen dadurch Informationen zum Reha-Prozess, die die Rolle der Sozialen Arbeit in diesem beschreiben.

Grundsätzlich beschreibt die *Weitergabe der Informationen* den bewussten und aktiven Fluss von Informationen unterschiedlicher Art von den Sozial-

dienstmitarbeiter*innen an andere Akteur*innen. Die Form der Weitergabe ist dabei variabel. Hauptsächlich und in allen beobachteten Sozialdiensten wird ein edukativer Ansatz verfolgt, das heißt, der Sozialdienst erklärt den Rehabilitand*innen Sachverhalte. Dies gilt vor allem für Leistungsinformationen und Informationen über den Reha-Prozess. Unterschiede in der Form der Erläuterung sind eher im Gruppensetting beobachtbar. Hier unterscheiden sich die Sozialdienste in der mehr oder weniger didaktischen Aufbereitung der Informationen inklusive der nicht immer erfolgten Verwendung von Materialien. Zudem gibt es Unterschiede, inwiefern die Inhalte zur Präsentation vorbereitet sind oder spontan vermittelt werden (vgl. Interaktionssettings). Informationen fließen auch von den Sozialdiensten an das Reha-Team. Hauptaufgabe der Sozialdienste ist die Weitergabe von Informationen über die Rehabilitand*innen, in manchen Fällen auch die Information des Reha-Teams über sozialrechtliche Sachverhalte.

Bedingungen und Konsequenzen der Informationsarbeit:

Ausgangspunkt des Gewinns von Informationen sind die *Informationsdefizite der Sozialarbeiter*innen*, die klar benannt werden können und hauptsächlich hinsichtlich der personbezogenen und Umweltfaktoren der Rehabilitand*innen und (beruflichen) Aktivitäten bestehen. Diese Defizite können durch den Zugang der Sozialarbeiter*innen zum Beispiel zu Dokumenten und Dokumentationen moderiert werden. So ist die folgende beschriebene Szene ein Hinweis darauf, welche Möglichkeiten für den Sozialdienst bei funktionierender digitaler Patientenakte und Compliance der Rehabilitand*innen in dieser Hinsicht bestehen.

Frau A. erläutert mir, dass der Rehabilitand Herr R. sich neben den Schwierigkeiten, die er im ersten Gespräch wegen der unterschiedlichen Einschätzung seiner beruflichen Zukunft mit ihr gehabt habe, auch der Pflege gegenüber aggressiv verhalten habe. Ein Gespräch mit der Psychologin sei jedoch ohne Vorkommnisse gewesen. Diese Informationen könne sie alle am PC einsehen, da die Einrichtung über digitale Patientenakten verfüge. (E5 BP\TKI: 136–143)

In Folge kann Frau A. ihre Vorbereitung auf das Gespräch und die Gesprächsführung anpassen. Auch wenn der Rehabilitand nachfolgend kein auffälliges Verhalten gezeigt hat, sind Sozialarbeiter*innen in anderen Einrichtungen

nicht nur auf die Dokumentation dieser Informationen, sondern auch auf die Weitergabe dieser durch andere Berufsgruppen angewiesen.

Optimalerweise ist es wirklich so, wenn wir 'ne E-Mail oder 'n Telefonanruf oder halt diese Anmeldung bekommen, wo der Auftrag drinnen steht. Also wir haben eine Oberärztin hier, die macht das ganz toll, die schreibt dann zum Beispiel rein: (.) »Ohne Arbeit seit, AU seit, innerbetriebliche Umsetzung empfohlen, Patient wenig Motivation, Rentenwunsch«, oder so. Dann/ Oder manchmal schreibt sie dann halt so Logorrhö, dann weiß man schon mal, der quasselt ganz viel. [...] also das finde ich sehr hilfreich. (E3 I\Frau B: 94–153)

Andere Informationsdefizite oder -bedürfnisse ergeben sich durch die regelmäßige Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, die die Sozialarbeiter*innen berücksichtigen müssen.

Und natürlich die Information auf'm neusten Stand halten, auch da immer [...] **gucken**, ne? Sozialrechtlich passiert ja auch viel. Gucken, sind meine Vorträge noch auf'm neuesten Stand oder gibt's da irgendwelche Änderungen? (E3 I\Frau D: 516–520)

Im Pretest wurde in einem Sozialdienst die Aktualisierung der sozialrechtlichen Leistungsinformation in Form einer Beauftragten für diese Aktualisierung im Team institutionalisiert.

Ausgangspunkt der Wiedergabe von Informationen sind die *Informationsdefizite beziehungsweise -bedürfnisse der Rehabilitand*innen* beziehungsweise deren Anliegen.

Beim Beantworten der Fragen von Frau A. wird der Rehabilitand Herr M. meines Erachtens emotional. Er beschreibt ein Informationsdefizit, dass er als Patient habe. Dieses beziehe sich allerdings nicht so sehr auf seine Erkrankung, sondern vielmehr auf den sozialrechtlichen Rahmen und mögliche Perspektiven. So sagt er, dass einem als Mensch, der eine derartige Erkrankung entwickelt habe 'schon so viel weggenommen werde«. Hinzu komme, dass er nicht wisse, wie es weitergehe, welche Perspektiven er habe und woher er überhaupt Informationen beziehen könne. Er beschreibt sich selbst als »passiven Patienten«. (E7 BP\NaSI: 932–942)

Die Defizite können den obengenannten Arten von Informationen zugeordnet werden. Die Anliegen der Rehabilitand*innen werden übereinstimmend als sehr divers beschrieben. Den befragten Sozialarbeiter*innen fiel es wie im folgenden Beispiel schwer, typische Fälle zu beschreiben.

Ich würde das nicht so als **typisch**, ich würde eher so **Teile** meiner Arbeit als typisch beschreiben, die halt immer **wieder** auftauchen, weil ich finde, die Problemlagen und die/(.) sowohl die Krankheitsgeschichte und die Berufsgeschichte sind immer **so** individuell, dass ich's nicht als typisch bezeichnen kann. (E2 I\Frau D: 309–316)

Potentielle Erklärungsansätze zur Individualität liegen in den *personbezogenen und Umweltfaktoren der Rehabilitand*innen*. Auf einzelne dieser Aspekte soll an dieser Stelle eingegangen werden:

Sozialmedizinische Faktoren wie zum Beispiel Konflikte am Arbeitsplatz, fehlendes Leistungsvermögen für den aktuellen Beruf oder die aktuelle Tätigkeit geben Hinweise auf die Anliegen der Rehabilitand*innen und damit auf die Richtung des Gesprächs. Eine Einrichtung hat diese Merkmale in Verbindung mit weiteren implizit mit dem Bild einer Ampel verknüpft festgehalten. Die aus den Schilderungen der Sozialarbeiter*innen rekonstruierten Merkmale finden sich in Abbildung 5.

Abbildung 5: Sogenannte »Sozialmedizinische Liste« einer Einrichtung

Sozialmedizinische Liste



- ✓ Schweregrad der Teilhabestörung (zurückliegende AU-Zeit, Arbeitsplatzkonflikte, Rückkehrwahrscheinlichkeit)
- ✓ Motivation der Rehabilitand*innen
- ✓ Unklare Perspektive
- ✓ Alter
- ✓ Gesundheitliche Situation
- ✓ Antizipierter Aufwand für den Sozialdienst/das Reha-Team (Anzahl Einzelgespräche Teambesprechungen, Arbeitgeberkontakte)

Rehabilitand*innen können auf Grundlage des Vorliegens dieser Merkmale einer der drei Farben zugeordnet werden. Eine Statusänderung ist dabei während des Reha-Aufenthalts jederzeit möglich. Der zuletzt genannte Punkt wird aus den zuvor genannten Punkten geschlussfolgert und gibt ei-

nen Hinweis auf die so antizipierten Informationsdefizite beziehungsweise Beratungsbedarfe (vgl. Aufgaben der Sozialdienste).

In Verbindung damit kann der aktuelle Stand des Reha-Verfahrens ebenfalls als ein Ansatz zur Erklärung der häufig angebrachten Individualität der Anliegen diskutiert werden. Vor dem Hintergrund der benannten Bedeutung sozialmedizinischer Faktoren ist die Abhängigkeit des Themas der Sozialberatung von der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung sowie des Umgangs der Rehabilitand*innen mit dieser Information zu sehen. So ergeben sich aus dieser Beurteilung Fragen der Rehabilitand*innen. Durch eine sozialmedizinische Empfehlung, den aktuellen Beruf nicht mehr ausüben zu können, können sich Rehabilitand*innen vor einer Neu-Ordnung ihrer Verhältnisse befinden. Es kann sich aber auch ein Zielkonflikt ergeben, wenn ein Rentenwunsch seitens der Rehabilitand*innen nicht mit den Empfehlungen übereinstimmt. Teilweise werden diese Informationen vorausschauend in Vorträgen oder Seminaren vermittelt, jedoch wird die Übertragung dieser Informationen auf die persönliche Situation häufig zusätzlich in Einzelgesprächen begleitet. Eine wichtige Bedingung ist dabei der Zeitpunkt der Einschätzung der Leistungsfähigkeit und der Zeitpunkt der Weitergabe dieser Informationen an den*die Rehabilitand*in und den*die Sozialarbeiter*in.

Die *Dringlichkeit der Anliegen* hat ebenfalls einen Einfluss auf das Ansprechen von Informationsdefiziten durch die Rehabilitand*innen und steht in einem direkten Zusammenhang mit bestimmten Daten und Fristen. Ist zum Beispiel die Zahlung des Übergangsgeldes an die Rehabilitand*innen vor dem Monatsende noch nicht getätigt oder bedroht die Frist der Zahlung die Miete, gewinnt die Nachfrage dieser Leistung oder – was häufiger vorkommt – die Thematisierung dieses Problems durch die Rehabilitand*innen an Relevanz. Ein Zusammenhang zu sozioökonomischen Faktoren der Rehabilitand*innen ist zu vermuten. Genauso spielt die Dringlichkeit eine Rolle, wenn Rehabilitand*innen vor der Entlassung stehen und sich Fragen zum weiteren Verlauf ergeben, wie beispielsweise zum Entlassstatus oder der Wohnsituation. Damit in Verbindung steht auch, dass die Information über das Übergangsgeld prinzipiell bei Rehabilitand*innen in einer stationären Anschlussrehabilitation angezeigt ist. Diese haben bei unmittelbarer oder kurzfristiger Verlegung keine Möglichkeit, die Unterlagen der DRV zu sichten und müssen bei fehlender Information über diese Leistung aufgeklärt werden.

Sie erinnert die Anwesenden an den großen Umschlag mit dem Antrag auf Übergangsgeld, den man vor der Reha von der Rentenkasse zugesendet be-

komme. Wenn man direkt aus dem Krankenhaus komme, könne es mal vor- kommen, dass man das Übergangsgeld noch nicht beantragt habe. Da sei es kein Problem zum Sozialdienst zu kommen, da dieser Anträge vorrätig habe. (E8 BP\TK I: 306–313)

Ein anderer Ansatz zur Erläuterung der Informationsdefizite bezieht sich auf die fehlende Alltäglichkeit der Themen.

Ich sag' mal [die, Anm. der Autor*innen] sozialrechtliche Konstruktion der Leistungsfähigkeit, (I: Mhm.) die erlebt man im Alltag ja nicht. (E10 I\Herr A: 281–283)

Vergleichbar schildert uns eine Leitungsperson die Herausforderungen in einer Situation, in deren Konsequenz Fragen entstehen, die von Sozialarbei- ter*innen in der Rehabilitation oft gehört und beantwortet werden.

Also ganz persönlich, als meine Schwiegermutter, die wohnt bei uns im Haus, dement geworden ist, steht man auch, obwohl man ja aus'm Gesund- heitswesen **kommt**, auch Dinge in der **Uni** gelernt hat, bin auch [Abschluss weiterbildender Studiengang] und hab ganz viel **gelernt**, (.) steht man erstmal da und sagt: »Okay, was muss ich jetzt eigentlich **tun**? Also wer sind meine richtigen Ansprechpartner, wo gibt's welche Formulare?« (E2 I\kaufmännische Leitung: 872–879)

Hinsichtlich der *Vor-Erfahrung der Rehabilitand*innen*, die zusätzlich zu den An- liegen der Rehabilitand*innen eine Bedingung der Informationsarbeit sind, sollen zwei Phänomene angeführt werden. Die Rehabilitand*innen wurden zu dem Themenaspekt bereits aus dem Reha-Team beraten und verfügen damit über eine Vor-Information. In Verbindung damit steht auch die Frage des Zugangs, also wie die Rehabilitand*innen in den Sozialdienst gekommen sind (vgl. Interaktionssettings). Wenn es vorab ein Gespräch mit dem behandeln- den Arzt beziehungsweise der behandelnden Ärztin gegeben hat, kommen die Rehabilitand*innen mit bestimmten Fragen und einer *Vor-Informiertheit* aus diesen Gesprächen im Sozialdienst an. Unterschiede zwischen den Einrich- tungen bestehen hier hinsichtlich des Umfangs der Vor-Information und des Informationsflusses zwischen dem Reha-Team und dem Sozialdienst. Der Umfang geht von der Mitteilung des (vorläufigen) Ergebnisses der Leistungs- beurteilung bis zu potentiellen Möglichkeiten in Folge dieser Beurteilung (zum Beispiel der Hinweis auf LTA). Der Fluss kann sich auf die Wiedergabe

dieser Vor-Information durch die Rehabilitand*innen beschränken. Instrumente der Informationssicherung, wie zum Beispiel (digitale) Patientenakten mit Verlaufsdocumentation, oder der Austausch im Reha-Team können diesen Fluss unterstützen. Zweitens haben Rehabilitand*innen zum Teil bereits Erfahrungen mit dem Sozialrecht gemacht, z.B. als Empfänger*in von Leistungen, deren Verläufe in manchen Fällen an eine sozialrechtliche »Karriere« erinnern, oder im Rahmen einer Tätigkeit im Betriebsrat .

Rehabilitand Herr A: Also da hab' ich (.) zweimal musste ich Widerspruch einlegen. Einmal wegen G [GdB Merkzeichen, Anm. Autor*innent]. Da hat' ich noch beide Beine. Hatte aber (.) den Rücken. Der ist ja kaputt. Ne, also der liegt halt ungefähr so. (Frau D: ja) Ne, so tausend Krankheiten (lacht). (Frau D: mhm) Wie ein halbes Wrack. (Frau D: oh je) Ja und aufgrund dessen (.) war ich da nochmal bei so 'nem Vertrauensarzt (Frau D: ja) (.) Und der wollte mich dann so am Ende der Behandlung/wollte mich noch so nen bisschen testen (Frau D: mhm). Konnt' mich ja nicht bücken. Kann ich ja auch wirklich nicht, ich komm' nicht mehr runter. (Frau D: ja) (.) Dann ließ er so ganz beiläufig 'nen Blatt Papier fallen und die Leute, die nix haben, die fallen da rein, ne? Ich hab' (unv.) ((0:15:10#)) Blatt Papier verloren (Frau D: mhm) Ich kann mich **leider** nicht bücken.

Sozialarbeiterin Frau D: Ja haben Sie gut reagiert, ne? (Herr A: ja, sicher) Ja, ja, ja.

Rehabilitand Herr A: Dat sind so die Tricks (E6 B\Frau D: 240–258)

Rehabilitand*innen sind darüber hinaus in Kontakt mit den Sozialversicherungsträgern. Sie sind möglicherweise an Beratungsstellen oder Ähnliches angebunden und sie haben sich zum Teil selbst informiert. Die daraus resultierenden Informationen sind zum Beispiel aus dem Rentenbescheid produziert oder aus dem Gespräch mit den externen Akteur*innen tradiert. Als dritte Möglichkeit hat sich der Austausch zwischen den Rehabilitand*innen gezeigt. Rehabilitand*innen, die von Mitrehabilitand*innen über Anträge oder dergleichen informiert werden und sich diese Leistung dann auch wünschen, können sich daraus resultierend mit Erwartungen an den Sozialdienst wenden.

Sozialarbeiter Herr C. bietet an, dass er noch einmal das IRENA-Programm erklärt. Dabei geht er darauf ein, dass dieses bereits bei den Vorträgen des Sozialdienstes angesprochen wurde. Rehabilitand, Herr F., merkt an, dass er keinen Vortrag beim Sozialdienst besucht habe. Er sei nur aufmerksam auf

das Nachsorgeprogramm durch einen Flyer und andere Rehabilitand*innen geworden. (E1 BP\NaSI: 66–71)

Zu beobachten war dieses Phänomen, wenn die Sozialarbeiter*innen im Gruppensetting die Leistungen vorstellten, den Austausch zwischen den Rehabilitand*innen zuließen oder sogar förderten und Rehabilitand*innen ihre Situation in den vorgestellten Leistungen wiedererkannten oder – wie im folgenden Beispiel – aus dem Bericht eines Mit-Rehabilitanden über seine erfolgreiche Stufenweise Wiedereingliederung (StW) ihr Anliegen schlussfolgerten.

Nach der Schilderung einer erfolgreichen StW meldet sich die Rehabilitandin, Frau I. Sie erzählt, dass sie Beamtin sei, allerdings nicht mehr in ihren alten Beruf zurückkehren könne. Sie habe bereits vor ihrer aktuellen Tätigkeit in der Verwaltung gearbeitet und könne sich vorstellen, wieder in diesem Bereich zu arbeiten. Sie würde ebenfalls gerne im Rahmen einer StW und im Sinne einer Belastungserprobung einen neuen Job anfangen. Frau D. erklärt ihr, dass dies bei einem neuen Job nicht möglich sei. Eine StW könne nur am bisherigen Arbeitsplatz stattfinden. (E2 BP\NaSI: 312–323)

Konsequenzen der Vor-Informationen, insbesondere mit falsch verstandenen oder gar falschen Informationen, sind die Verarbeitung von Informationen, wenn die Informationen zum Beispiel im Austausch mit dem Reha-Team validiert werden sollen, und die Edukation der Rehabilitand*innen, wenn aktuellere Informationen vermittelt oder diese berichtigt werden. Dies kostet die Sozialdienste Zeit.

Und das ist dann manchmal etwas nervig, da [beim zuweisenden Arzt, Anm. Autor*innen] immer nachzufragen. Also das ist im Moment, was uns Zeit kostet. (E3 I\Frau B: 134–136)

Der Sozialdienst muss bei der Weitergabe von Informationen auf das vorhandene Wissen eingehen und dieses gegebenenfalls korrigieren oder bestätigen. Dabei sollten zusätzlich die Lebensumstände der Rehabilitand*innen im Sinne der Umweltfaktoren der Rehabilitand*innen berücksichtigt werden. Dies ist auf konkrete Lebenssituationen angewandtes Sozialrecht, letztendlich die (sozialrechtlich-)professionelle Leistung der Sozialen Arbeit und ein fließender Übergang zur sogenannten *Planungsarbeit* (vgl. Planungsarbeit).

Weitere Bedingungen der Informationsarbeit sind zum Beispiel

- die strukturellen Voraussetzungen der Reha-Einrichtungen bei der Dokumentation (hier fällt insbesondere der Vergleich von Dokumentationspraktiken in Handakten und digitalen Patientenakten auf) oder
- die Abhängigkeit von der Präsenz der Sozialdienste im Reha-Team, aus der sich Unterschiede des Settings und der Arten der Informationen ergeben.

In Konsequenz der Informationsarbeit entsteht der Informationsgewinn auf Seiten der unterschiedlichen Akteur*innen. Insbesondere sind hier die Rehabilitand*innen zu nennen. Dazu zählt auch die Ausstattung mit Definitionsmacht, da die Rehabilitand*innen zum Beispiel in die Lage versetzt werden sollen, ihre Rechte geltend zu machen.

Ich hab's auch schon erlebt, wo wir jetzt gerade beim Schwerbehindertenrecht sind, **das** sind dann immer so meine persönlichen Sternstunden, [...] dass 'n Patient mit Abschlag in Rente gegangen ist, mit erheblichem Abschlag, (.) und ihm eigentlich zu dem Zeitpunkt schon 'n Schwerbehindertenausweis zustand, er das aber gar nicht wusste. (.) Ich dann aber den Schwerbehindertenantrag rückwirkend stelle und ihm schon den entsprechenden Paragraphen mitgebe, wo er dann hinterher nochmal die Rente überprüfen kann und ich dann irgendwann **dankbare** Briefe kriege, dass er rückwirkend die Abschläge **weg**bekommen hat, weil das Ganze dann plötzlich die Schwerbehindertentalersrente geworden ist. (.) Ne? Solche Fälle hab' ich **auch** schon wiederholt gehabt. Und die Patienten, die sind dankbar bis (Lachen) zum Lebensende, weil sie einfach mehr **Rente** bekommen. Ne? (E9 I\Herr A: 144–159)

Sozialarbeiter*innen setzen diese Informationen wiederum in anderen Arbeitsformen wie der Planungs- oder Antragsarbeit ein (vgl. Planungsarbeit und Antragsarbeit). Hinsichtlich der genannten Leistungsinformationen und Informationen zum Reha-Prozess entsteht bei der Weitergabe ein asymmetrisches Informationsverhältnis zwischen den Sozialarbeiter*innen und den Rehabilitand*innen beziehungsweise dem Reha-Team. Dieses Verhältnis baut auf dem Vertrauen der Rehabilitand*innen in die Fähigkeiten der Sozialdienste auf und hat eine Bedeutung für die Professionalität der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation.

b) Planungsarbeit

Unter Planungsarbeit wird die sozialarbeiterische Auseinandersetzung mit (potentiellen) Plänen der Rehabilitand*innen verstanden. Dabei können zwei verschiedene Strategien unterschieden werden. Die Mitarbeiter*innen in den Sozialdiensten können den Rehabilitand*innen entweder *Optionen benennen* oder die *Umsetzung dieser koordinieren*.

Strategien der Planungsarbeit:

Bei der im Regelfall vorgelagerten Strategie der *Nennung von Optionen* (zur Diskussion der Reihenfolge siehe unten) wird der Frage nachgegangen, welche Optionen die Rehabilitand*innen haben. Wie bereits weiter oben beschrieben und im ersten Textbeispiel unten sehr deutlich, liegt für die Benennung von Optionen eine analytische Nähe zur Weitergabe von (Leistungs-)Informationen vor. Herausforderung der Nennung von Optionen im Vergleich zur Weitergabe ist der Zuschnitt der Informationen auf die individuelle Situation, also die personbezogenen- und Umweltfaktoren der Person. Was mit dem Zuschnitt gemeint sein kann und welche Unterschiede es in der Praxis gibt, wird anhand des folgenden Ausschnitts zum gleichen Thema der StW deutlich:

Sozialarbeiter Herr A: [...] Also (.) so `ne Wiedereingliederung, man hat im Prinzip zwei Optionen, ja? Entweder man macht es über die Reha, ne? Dann ist es `ne Leistung der Rentenversicherung und wird dann mit dem Übergangsgeld, was man ja auch bekommt, sozusagen bezahlt, ne? Das Ding ist, man muss es aber dann vier Wochen nach Entlassung spätestens antreten. Ja? Das heißt, wenn Sie jetzt beispielsweise am [Datum 4] entlassen werden, ne, müssten Sie am – ich guck auf den Kalender – müssten Sie am [Datum 5] spätestens mit der Wiedereingliederung anfangen, ne? (Rehabilitandin: Mhm.) Damit das über die Reha laufen kann. Ansonsten, wenn Sie meinen »Das kommt mir zu früh.«, dann könnten Sie's aber auch später immer noch über den Hausarzt machen, ja? Dann läuft das Ganze [...] über die Krankenkasse (E6 B\Herr A: 322–335)

Der Zuschnitt auf die persönliche Situation der Rehabilitandin wird in dieser Stelle aus einem Transkript, welches auf Grundlage der Aufzeichnung eines Beratungsgesprächs von Herrn A. mit der Rehabilitandin B. entstanden ist, besonders bei der Nennung der Daten deutlich. Der hier kommentierte Blick auf den Kalender ist ein Indikator für die Zuwendung zur aktuellen Si-

tuation der Rehabilitand*innen, der auch in anderen Sozialdiensten zu beobachten war. Vergleichbar ist die Eingabe der Postleitzahl in den Browser zur Suche einer geeigneten Nachsorgeeinrichtung. Die wiedergegebene wörtliche Rede im Zitat kann ebenfalls als ein Indikator dieses Zuschnitts der Informationen gewertet werden. Herr A. versucht dabei die Perspektive der Rehabilitandin zu übernehmen. Dies kann als Bedingung der zugeschnittenen Informationsweitergabe gelten und mit Empathie beschrieben werden, einer Fähigkeit, die übereinstimmend als wichtige Kompetenz der Sozialdienste beschrieben wird.

Neben der bereits benannten Weitergabe der (Leistungs-)Informationen mit individuellem Zuschnitt besteht das Benennen von Optionen mit Bezug zur Situation der Rehabilitand*innen darüber hinaus aus der Berücksichtigung unterschiedlicher Bedingungen dieser Situation. Dazu zählen

- die Klärung der Voraussetzungen,
- die Identifikation der Rollen beteiligter Akteur*innen (Arbeitgeber*innen, Ämter/Leistungsträger, Arzt*innen, An-/Zugehörige) in fördernde oder hemmende Faktoren und
- die Einbindung von Ressourcen (finanziell, sozialrechtlich, familiär, argumentativ).

Die *Koordination der Umsetzung* befasst sich mit den notwendigen Schritten zur Umsetzung einer Option, die darüber zum konkreten Plan wird.

Das Ziel ist damit konkreter. Das heißt jedoch nicht, dass die Koordination der Umsetzung in direktem Anschluss und immer an die Nennung der Optionen folgt. Zwischen diesen Schritten können der Sozialdienst und der*die Rehabilitand*in Reflexionsarbeit leisten, damit sich der*die Rehabilitand*in für eine Option entscheiden kann beziehungsweise in die Lage versetzt wird, dies zu tun (vgl. Reflexionsarbeit). Dies kann jedoch auch unabhängig vom Sozialdienst geschehen oder ohne eine Abwägung mit dem*der Rehabilitand*in, und die Koordination der Umsetzung setzt direkt ein, da der Plan bereits besteht. Ebenso ermöglicht die Auseinandersetzung mit der Umsetzung die Abwägung einer Entscheidung, sodass zumindest die gedankliche Koordination schon während der Vorstellung der Optionen beginnt. Zum Beispiel entwickeln der Sozialarbeiter Herr C. und die sozialrechtlich versierte Rehabilitandin B. in Kooperation eine Option. Dabei hilft das konkrete *Durchspielen* der Situation.

Rehabilitandin Frau B: [...] Aber auf der anderen Seite ist es ja dann so, wenn ich dann noch, 24 minus 3 Monate Arbeitslosengeld beziehe, zahlt ja das Arbeitsamt in die Rentenkasse weiter ein. (Herr C: Genau.) Also vermindere ich dadurch auch meinen Verlust.

Sozialarbeiter Herr C: Ja, das wäre wieder das Plus, was Sie auf Ihrer Seite haben. (Frau B: Ja.) Ja, ja. Wohingegen dann manchmal aber auch die Arbeitsagenturen so verfahren, dass, sobald der Kunde – [...] Anspruch auf eine abzugsfreie Altersrente hat, (Frau B: Ja.) wird er auch aufgefordert, den Rentenanspruch zu stellen (Frau B: Ist das so?) und **keine Arbeitslosengeld-I-Leistung** mehr zu beziehen.

Rehabilitandin Frau B: Das hab' ich gehört, aber das war mir nicht so ganz klar, dass das wirklich passiert.

Sozialarbeiter Herr C: Das wendet vielleicht nicht jede Arbeitsagentur an, ne? (Frau B: Okay.) Aber auch das ist schon oft bekannt geworden. Dass man so lange sicher ist, bis dass man eben noch nicht sicher in Rente leben kann. (Frau B: Mhm) Und Rente mit Abzügen dürfen **die nicht von Ihnen verlangen**. (Frau B: Das ist richtig, ja). Aber aufgrund eben der Schwerbehinderung wäre ja diese abzugsfreie Rente (Frau B: Das stimmt.) dann auch schon bald.

Rehabilitandin Frau B: Das macht ja dann auch nicht viel Sinn.

Sozialarbeiter Herr C: Nein, dann auch wieder nicht.

Rehabilitandin Frau B: Also das ist ja dann das Restrisiko. Dann hab' ich drei Monate Sperre und dann sagen Sie anschließend, ich muss in Rente gehen. Dann hab' ich gar nix bei gewonnen.

Sozialarbeiter Herr C: Im **allerungünstigen Fall** könnte es so laufen. Das sind so die Eventualitäten dabei.

Rehabilitandin Frau B: Ja, das muss man auch berücksichtigen. (E1 B\Herr C: 378–407)

Zu den Tätigkeiten der Koordination der Umsetzung gehören die Kontaktaufnahme mit externen Akteur*innen, die Unterlagen- (Versendung und Sortierung dieser, Einholung von Unterschriften) sowie die Fristarbeit (Reihenfolge beachten, auf Fristen aufmerksam machen). Dazu kommen Navigationsleistungen wie das Verweisen an externe Expert*innen (zum Beispiel Beratungsstellen, Fachärzt*innen) und die Nennung der nächsten Schritte beziehungsweise das Verdeutlichen der Folgeschwere solcher Schritte.

Bedingungen und Konsequenzen der Planungsarbeit:

Sozialarbeiter*innen stehen vor der Herausforderung, den persönlichen Bezug herstellen zu können. Dafür sind relevant:

- die arbeitsfähige Beziehung zum* zur Rehabilitand*in (vgl. Emotionsarbeit),
- die Kenntnis der Leistungsinformationen, die durch rechtliche Rahmenbedingungen bestimmt werden, in Verbindung mit der Fähigkeit zum individuellen Zuschnitt dieser Informationen,
- die Kenntnis der personbezogenen und Umweltfaktoren der Rehabilitand*innen und
- die Kenntnis der Ziele.

Damit steht die Planungsarbeit in Abhängigkeit von Kompetenzen der Sozialarbeiter*innen (z. B. vertrauensvolle Arbeitsbeziehung herstellen können, sozialrechtliches Wissen, individueller Zuschnitt beziehungsweise Anwendung des Sozialrechtes auf den Einzelfall) sowie der Strukturen der Reha-Einrichtung (Zugänglichkeit von Informationen, Einbindung der Sozialdienste in den Reha-Verlauf).

Die Pläne der Rehabilitand*innen betreffen die Zeit nach der Entlassung, Perspektiven der sozialen und beruflichen Teilhabe sowie der Transition ins Rentenleben (vgl. Aufgaben der Sozialdienste). Bei den beruflichen Perspektiven stehen hinsichtlich der Informationen über die Rehabilitand*innen das Wissen über die sozialmedizinische Begutachtung und der Zeitpunkt der Übermittlung während des Reha-Aufenthalts im Vordergrund. In zweierlei Hinsicht kann dies die Praxis der Sozialdienste beeinflussen.

1. Die Sozialarbeiter*innen verfügen nicht über die notwendigen Informationen und können so nur wenig konkrete Informationen zum weiteren Vorgehen nach dem Reha-Aufenthalt machen.

Und wenn **dann** noch [...] **Fragen** dazu bestehen, (.) also beispielsweise der Oberarzt empfiehlt (.) eine Erwerbsminderungsrente, dann gibt's ja viele **Fragen** rund um das Thema. Und dann lade ich den Patienten nochmal **ein**, dann **kenne** ich die sozialmedizinische Beurteilung, kann auch sagen: »Ja, das ist tatsächlich so, wir empfehlen das.« **Und** kann dann zum Beispiel sagen: »Wenden Sie sich an folgende Rentenberatungsstelle. Hier haben Sie noch 'ne Informationsbroschüre«, und, und, und, ne? Also dann kann ich inhaltlich auch mehr **bieten**. (.) Aber häufig muss ich natürlich auch sagen: »Es tut mir **leid**, ich kann dazu jetzt im Moment nichts sagen. (.) Und Sie müssen nochmal das Gespräch mit dem Oberarzt in der Visite suchen« (E3 I\Frau D: 429–441)

2. Die Sozialarbeiter*innen erhalten die Informationen zu spät und können nicht mehr oder nur unter Zeitdruck Optionen nennen oder die Umsetzung koordinieren.

Sozialarbeiter Herr B. hat für die Teambesprechung mit dem pneumologischen Chefarzt vorab acht Rehabilitand*innen vorbereitet, bei denen er Informationen zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung erfragen wollte. [...] Zunächst nennt er den Namen der Rehabilitandin beziehungsweise des Rehabilitanden, die Raumnummer und teilweise weitere Informationen (zum Beispiel Diagnosen). Die Informationen zum Leistungsbild seiner mitgebrachten Fälle erfragt er nach und nach. Teilweise hat der Chefarzt diese bereits in der sozialmedizinischen Besprechung (Besprechung der Ärzt*innen) am Vormittag beurteilt, teilweise verspricht er, dies noch nachzuholen [...]. Die Sitzung wird beendet und wir verlassen den Raum. Am Büro von Herrn B. angekommen beschwert sich dieser über die Verspätungen bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Wenn diese erst zwei Tage vor der Entlassung der Rehabilitand*innen komme, werde es schwierig für ihn den weiteren Weg der Rehabilitand*innen zu organisieren. (E1 BP\TKI: 748–793)

Die Strukturen der Einrichtung hängen mit der Präsenz der Sozialdienste in den Reha-Einrichtungen zusammen, auf die im Späteren noch genauer eingegangen werden soll (vgl. Präsenz der Sozialdienste Vergleichbar mit der Bedeutung der sozialmedizinischen Begutachtung für die Planungsarbeit ist in der neurologischen Rehabilitation bei älteren Rehabilitand*innen der Pflegegrad).

In den erhobenen Daten wird deutlich, dass die Sozialarbeiter*innen in der Planungsarbeit (und der Antragsarbeit) mit der Zugänglichkeit des Systems auf mehreren Ebenen (Verstehbarkeit, Service, Leistungsgerechtigkeit, Vorhersehbarkeit/Kooperation der Behörden) konfrontiert sind. Anschaulich wird dies in einer neurologischen Reha-Einrichtung, die mit der als besonders komplex dargestellten Aufgabe konfrontiert sind, eine Betreuung für die Rehabilitand*innen zu organisieren.

Und dann wird uns dann teilweise die **Betreuung** abgelehnt vom Amtsgericht. Und dann sind wir wirklich teilweise sehr, sehr (.) **machtlos** und wissen dann auch gar nicht, wie's da weitergehen soll. Und die sind teilweise wirklich **Monate** bei uns, die Patienten. (.) Bis dann doch irgendwie vielleicht mal entschieden wird, dass sie doch 'n gesetzlichen Betreuer bekommen,

dann nicht per Eilverfahren, sondern per **normales** Verfahren. Weil es wird, wenn das Eilverfahren abgelehnt wird, dann wird es zum normalen Verfahren. Und so 'n normales Verfahren kann halt so zwei, drei Monate tatsächlich dauern. Und 'n Eilverfahren sollte eigentlich in paar Wochen abgeschlossen werden. Und das wird uns in der Regel vom Amtsgericht hier in [Ort1] immer abgelehnt. (E6 I\Frau D: 158–171)

Die Thematisierung der Machtlosigkeit verdeutlicht die Unsicherheit, mit der die Sozialarbeiter*innen in der Planungsarbeit konfrontiert sind. Die in dieser Einrichtung eher geringe Präsenz des Sozialdienstes (vgl. Präsenz der Sozialdienste) sorgt zusätzlich dafür, dass sich diese externen Bedingungen auch auf die praktische Arbeit auswirken, da Unverständnis für die Dauer solcher Verfahren herrscht und ökonomischer Druck über die verantwortlichen Ärzt*innen an die Sozialdienstmitarbeiter*innen weitergegeben wird.

Hinsichtlich der Indikationsbereiche und anderer Merkmale der Reha-Einrichtungen können Unterschiede bei der Planungsarbeit ausgemacht werden. So stehen in der neurologischen Rehabilitation andere Akteur*innen (externe Anbieter wie Pflegedienste/-heime) im Fokus als beispielsweise in der psychosomatischen Rehabilitation (Arbeitgeber*innen). Dies ist mutmaßlich auf die längeren Reha-Verläufe in der neurologischen Rehabilitation zurückzuführen, die keinen unmittelbaren Return-to-Work zulassen. Dieser steht in der psychosomatischen Rehabilitation jedoch im Vordergrund, sodass sich bei der schon als typisch zu bezeichnenden Planung der StW viele Kontakte zu den Arbeitgeber*innen ergeben. Die Auseinandersetzung mit diesen ist jedoch noch einmal von Einrichtung zu Einrichtung verschieden und möglicherweise auf weitere Merkmale (zum Beispiel ambulant vs. stationär) zurückzuführen (vgl. Interaktionssettings).

Eine weitere Bedingung und Konsequenz der Planungsarbeit ist der Konkretisierungsgrad der Perspektiven der Rehabilitand*innen.

Also vorher ist es ja recht vage. Dann überlegt man so in verschiedene Richtungen. Aber dann ist zumindest auch klar, dass (.) die Empfehlung im Entlassbericht hinterher **steht**, und der Patient weiß, was so auf ihn zukommt. Oder, wie gesagt, wir einfach konkreter mit dem Patienten auch planen können. (E2 I\Frau A: 744–750)

Einfluss auf diesen Konkretisierungsgrad haben die Zielvorstellungen der Rehabilitand*innen, die Kompetenzen der Sozialarbeiter*innen (Übersicht be-

halten, Kenntnis der Fristen, der notwendigen Unterlagen, der regionalen Versorgung) und in Folge der Anteil der geklärten Verhältnisse unter anderem hinsichtlich der

- notwendigen Informationen zu den Rehabilitand*innen oder externen Rahmenbedingungen (zum Beispiel sozialmedizinische Begutachtung (siehe oben), Umsetzungsmöglichkeiten auf der Arbeit),
- notwendigen Voraussetzungen (zum Beispiel Hilfsmittel am Arbeitsplatz, finanzielle Sicherung der Rehabilitand*innen, (vorläufiger) Pflegegrad) und der
- Zustimmung wichtiger Akteur*innen (Indikatoren waren hier die Einholung von Unterschriften zum Beispiel im Rahmen der StW von dem*der Arbeitgeber*in und dem*der verantwortlichen Ärzt*in oder das Eintreffen der Bestätigung eines Heimplatzes).

Als Produkt der Nennung von Optionen entstehen konkrete Optionen (Pläne), die eine Abwägung (vgl. Reflexionsarbeit) mitunter zur Bildung einer Perspektive (vgl. Aufgaben der Sozialdienste) ermöglichen.

Sozialarbeiter Herr C: Das ist ja schon nich mal eben so, (Rehabilitand: Nee.) dass man [über 30] Berufsjahre jetzt beendet und dann ist das abgeschaltet oder **wie abgeschaltet**, sondern es muss vielleicht auch erst'n bisschen reifen. Und diese ganzen Vergleichsmodelle müssen Sie sich konkret vorstellen. (E1 B\Herr C: 472–476)

Eine Konsequenz der Koordination kann das Aufspannen eines Sicherheitsnetzes sein, das sich hauptsächlich durch die Navigationsleistungen ergibt.

c) Antragsarbeit

In der Praxis der Sozialen Arbeit spielen Anträge auf Leistungen eine besondere Rolle. Wurden die Antragsvoraussetzungen in der Weitergabe von Informationen mit den Rehabilitand*innen besprochen, so können diese mithilfe eines Antrags auf eine sozialrechtliche Leistung versucht werden zu erfüllen. Übliche Anträge, die in der medizinischen Rehabilitation besprochen beziehungsweise gestellt werden, sind der Übergangsgeldantrag³, der Erst-

3 Darunter fallen auch die formlosen Anträge auf Abschlagszahlungen.

oder Änderungsantrag auf einen Grad der Behinderung, der Antrag auf einen Pflegegrad, der Antrag auf Nachsorge-Leistungen der Rentenversicherung und der Antrag auf eine StW. Bei den letzten beiden Themen steht jedoch auch der Plan der Wiedereingliederung beziehungsweise Entlassung der Rehabilitand*innen im Vordergrund, sodass die damit in Verbindung stehenden Tätigkeiten eher zu den Aufgaben der Planungsarbeit zählen.

Die Antragsarbeit wird von den Sozialdiensten sehr unterschiedlich gehandhabt, in den Erläuterungen der Sozialarbeiter*innen können zwei Lager ausgemacht werden. Auf der einen Seite wird die Mithilfe bei der Beantragung der Leistungen grundsätzlich abgelehnt und mit einer – vor allem in zwei psychosomatischen Reha-Einrichtungen vertretenen Position der – Selbstverantwortlichkeit der Rehabilitand*innen begründet.

Ich möchte nicht, dass unser Sozialdienst Anträge stellt für Patienten. Unserer Patienten sind Menschen, die im Berufsleben stehen. Die sind voll geschäftsfähig und können und sollen das allein machen. (E10 I\Ärztliche Leitung: 106–109)⁴

Das andere Extrem ist die Vorgabe, dass die Anträge immer durch den Sozialdienst gestellt werden sollen. Mit einer gewissen Einschränkung auf das Antragsformular wird für diese Seite das folgenden Beispiel angeführt.

Und deswegen ist das Schwerbehindertenrecht bei uns in der Klinik absolut wichtig und **deswegen** machen wir auch im Vergleich zu **anderen** Kliniken, und da stehe ich auch zu, auch wenn es oft kritisch beäugt wird von anderen, (.) **wir** machen die Schwerbehindertenanträge für die Patienten. (E9 I\Herr A: 179–184)

In der vertieften Auseinandersetzung mit den Beobachtungen und den weiteren Äußerungen der Sozialarbeiter*innen wird jedoch klar, dass es sich bei diesen Extremen um Pole eines Kontinuums handelt. Die Antragsarbeit weist also einen bestimmten Grad an Ko-Produktion auf, der durch die tätigen Sozialarbeiter*innen vermittelt wird.

4 Der Interviewausschnitt ist bewusst gewählt, um den Einfluss der Kultur der Einrichtungen auf die Arbeit der Sozialarbeiter*innen zu verdeutlichen. Die befragten Sozialarbeiter*innen berichten uns ähnliche Orientierungen.

Strategien der Antragsarbeit:

Diese Grade der Ko-Produktion reichen von dem Verweis an die entsprechenden Stellen beziehungsweise Aushändigung des Formulars, über die gemeinsame Antragstellung bis zur Einreichung und Nachbereitung durch den Sozialdienst. Die ersten Strategien (*Verweisung & Aushändigung*) sind leicht erklärt, da die Sozialarbeiter*innen hier ähnlich wie in der Planungsarbeit nur an die entsprechenden Stellen verweisen oder das Antragsformular aushändigen. Bei beiden Strategien muss aus professioneller Perspektive berücksichtigt werden, dass sowohl die zuständige Stelle und – etwas anspruchsvoller – das passende Antragsformular bestimmt werden müssen. Auch das *Einreichen der Anträge* erklärt sich von selbst. Variationen gibt es dagegen bei der *Antragstellung*. Hier begrenzt sich die Unterstützung der Sozialarbeiter*innen teilweise auf die Erläuterung der Antragsformulare unterstützt durch Markierungen an den Formularen zur besseren Übersicht. Andere füllen die Antragsformulare mit den Rehabilitand*innen zunächst gemeinsam aus und geben diese dann den Rehabilitand*innen mit, damit diese noch fehlende Punkte ergänzen können. Daran schließt sich in der Regel ein weiterer Termin oder ein verabredeter Besuch in der Sprechstunde an. Eine weitere Möglichkeit ist die Übernahme des Ausfüllens durch die Sozialarbeiter*innen selbst – begleitet durch eine Informationsabfrage bei den anwesenden Rehabilitand*innen. Nur selten wurden in den teilnehmenden Einrichtungen Sequenzen beobachtet beziehungsweise beschrieben, in denen die Sozialarbeiter*innen Anträge ohne Anwesenheit der Rehabilitand*innen stellen.

Bei der Antragstellung, und dies unabhängig davon, wie viel der*die Sozialarbeiter*in dabei übernimmt, können zwei übergreifende Logiken unterschieden werden, denen die Sozialarbeiter*innen folgen:

- unterstützende Strategien: Dazu zählt zum Beispiel die Sammlung von allen Diagnosen auf einem Extra-Zettel bei der Beantragung eines Grads der Behinderung; das Abraten von der Option des Informationsaustauschs zwischen allen benannten Ärzt*innen im Antrag zur Feststellung eines Grads der Behinderung, stattdessen die Empfehlung der Hausärzt*innen-Zentrierung, da Ersteres zum Dokumentenverlust führen kann; die Markierung von Anträgen zur Feststellung eines Grads der Behinderung mit einem Zeichen für Krebserkrankungen, um das Verfahren zu beschleunigen; der Aufbau eines Antrags auf den Informationen des Entlassungsberichts und

- antizipierende Strategien, die sich mit den möglichen Folgen einer Antragsstellung befassen: Dazu zählt zum Beispiel das Abraten eines Antrags zur Feststellung eines Grads der Behinderung bei Erwerbslosigkeit, da hierbei die Chancen auf dem Arbeitsmarkt sinken können; die Perspektivübernahme relevanter Akteur*innen wie die Auseinandersetzung mit erwartbaren Verhalten seitens der Leistungsträger (Inhalte des Antrags werden den antizipierten Erwartungen des Kostenträgers angepasst und in dem Zuge werden Rehabilitand*innen für die Erwartungen sensibilisiert).

Anknüpfungspunkt für die Sozialarbeiter*innen ist der Spielraum, den alle Leistungsanträge ermöglichen, wenn in diesen Begründungen gefordert werden. So werden in den Anträgen zur Feststellung eines Grads der Behinderung die Auswirkungen der Krankheiten erfragt. Ein LTA-Antrag fragt in Freitextfeldern nach den Beschwerden am Arbeitsplatz und den möglichen Leistungen der DRV. Die Anträge auf eine Teilauszahlung des Übergangsgelds sind sogar formlos und lassen noch mehr Spielraum zu. Das Dilemma, vor dem die Sozialarbeiter*innen stehen, wenn sie diese Strategien verfolgen, sowie der eingeschränkte Interventionsspielraum, der die Grundlage dieser Strategien darstellt, kann im folgenden Zitat exemplarisch nachvollzogen werden.

Es gibt ja dann einen Teil im/in dem Antrag, [...] wo man im Endeffekt von sich aus reinschreibt, (.) wie genau (.) beschränken mich meine [...] ja, Erkrankungen, (.) [...] Behinderungen, wie schränken die mich im Alltag ein, ne? (.) So, weil im Endeffekt im Ver/beim Versorgungsamt [...] wird **rein** nach Diagnosen **und** nach dem Antrag entschieden. (.) Und deshalb [...] ist es für mich immer so'n Anliegen, da in **diesem** Punkt, wo man halt, das ist ja im Prinzip der einzige Punkt in dem Antrag, wo man'n bisschen individuelle (.) Note rein/Also abgesehen von den Diagnosen natürlich, die auch individuell sind, (!: Ja.) aber wo man so 'n bisschen individue/individuelle Note reinbringen kann. (.) [...] (.) ja, und deshalb ist das für mich natürlich immer 'n Anliegen, da möglichst (.) detailliert was reinzuschreiben, ne, oder zumindest so, (.) ich erarbeite das dann meistens mit den Patient*innen, ne? Ich frag dann, ob die das **alleine** machen/Also ich **erkläre** denen das, (.) ne, dass das schon wichtig ist, dass die sich 'n individuelles Bild von einem machen können, ja? (.) Aber ich denke auch so, wenn **ich** jetzt mich auf die andere Seite versetze, wenn ich im Versorgungsamt sitzen würde und darüber **entscheiden** würde und dann steht da schon [...] also würde mir jemand genau **reinschreiben**, (.), da und da sind meine Probleme, dann könnte ich/also würde ich mich auch viel

besser mit meiner Entscheidung fühlen, sage ich mal, weil ich mir halt ein besseres **Bild** machen kann, ne? (.) Als wenn da jetzt **nur** die Diagnosen sind. Ja gut, dann mach ich halt (.) Passierschein A38, ne, am/Ja. (.) Nur, **letztendlich**, ob wir jetzt die Formulierung, die ich mit den (Lachen) Patient*innen mache, [...] ob das überhaupt (.) dann so gut **ankommt** sozusagen, ne, oder ob das, sag ich mal, meinen, meinen Sinn, den ich dahinter habe, überhaupt erfüllt, (.) das **weiß** ich ja im Endeffekt gar nicht. (E6 I\Herr A: 504–544)

Im Zitat wird jedoch auch ein weiterer Aspekt deutlich, der als Herausforderung an die Professionalität der Sozialen Arbeit in der Rehabilitation gewertet werden kann. Aufgrund der begrenzten Zeiträume, die die Rehabilitand*innen in den Reha-Einrichtungen verbringen, und des begrenzten Spielraums für wiederholte Kontakte erfahren die Sozialarbeiter*innen in der Regel nicht, wie es für die Rehabilitand*innen weitergeht. Demnach erhalten sie nicht regelmäßig Rückmeldung darüber, ob Anträge bewilligt oder abgelehnt werden.

Bedingungen und Konsequenzen der Antragsarbeit:

Bei der Erläuterung der Informationsdefizite wurde bereits auf die fehlende Alltäglichkeit der Themen im Sozialdienst hingewiesen. Dies wird von den Sozialarbeiter*innen auch als Anlass zur Antragsarbeit gesehen.

Die Auswahl der oben benannten Vorgehensweisen entlang eines Kontinuums der Ko-Produktion kann durch unternehmenskulturelle Vorgaben bedingt sein. Im eingangs beschriebenen Beispiel formuliert die Leitung einer Einrichtung implizit eine – womöglich therapeutisch begründete – Anforderung an die Antragsarbeit, nach der auf die Selbstverantwortlichkeit der Rehabilitand*innen geachtet werden soll. Dies ist auch in anderen Einrichtungen zu beobachten. Entsprechend ist der Anteil der geleisteten Arbeit der Sozialdienste auch begrenzter beziehungsweise werden solche Prinzipien auch von den Sozialarbeiter*innen berichtet. Anders verhält es sich in einer weiteren Einrichtung, die eher einem Servicegedanken folgt.

Und wir erzählen [während der Vorstellung des Sozialdienstes, Anm. Autor*innen] so 'n bisschen was über die Möglichkeit, einen Antrag auf Schwerbehinderung zu stellen. Vorteile, wie die Abläufe sind, wie so eine **Antragsstellung** funktioniert et cetera. Und dass wir das eben als Serviceangebot **auch** hier machen. (E4 I\Frau A: 67–71)

Nicht immer wird der Unternehmenskultur von den Sozialdiensten gefolgt. Dies wird als ein Hinweis auf weitere Bedingungen gesehen, die im eingangs benannten zweiten Zitat bereits anklängen und im Folgenden diskutiert werden.

Die unterschiedlichen oben benannten Strategien stehen in einem Zusammenhang mit dem zu stellenden Antrag. Ein Antrag auf Altersrente, Arbeitslosengeld II (ALG II) oder Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe oder auch das Schreiben eines Widerspruchs werden eher an andere Stellen abgegeben. Die Sozialarbeiter*innen berichten davon, dass sie solche Anträge vereinzelt ausgefüllt hätten und schildern einen damit einhergehenden zu großen Arbeitsaufwand. Möglicherweise ist dies auch auf die fehlende Routine zurückzuführen, jedoch liegt der Rückschluss nahe, dass der Aufwand den Ausschlag für den Verweis an andere Stellen gibt.

Eine weitere wichtige Bedingung der Antragsarbeit sind die Fähigkeiten der Rehabilitand*innen. Insbesondere in der neurologischen und – wahrscheinlich neuerdings durch die Herausforderungen im Kontext von Long- und Post-Covid-Erkrankungen – in der pneumologischen Rehabilitation werden die krankheitsbedingten kognitiven Einschränkungen der Rehabilitand*innen als eine Bedingung der Antragsarbeit gesehen. Dies zieht einen größeren Anteil an Arbeit für die Sozialdienste nach sich.

Um welche Fähigkeiten es sich neben den kognitiven noch handeln kann, wird im Folgenden deutlich, wenn die Fähigkeiten der Rehabilitand*innen als Ressource benannt werden.

[Ein Rehabilitand] der vielleicht [...] vorher schon im Krankengeldbezug war, der sich schon selber drum gekümmert hat, um die Anträge. Sogar vielleicht sich schon'n bisschen mit Schwerbehinderung auskennt und [...] vielleicht sogar schon'n Antrag gestellt hat im Krankenhaus. [...] wo ich dann vielleicht schon anfangs halt mit dem [...] für die Schwerbehinderung einen Antrag auszufüllen [...] und dem dann mitzugeben, damit die den **nach** der Reha stellen können. Das ist eigentlich [...] ein recht **einfaches** Gespräch. (E6 I\Frau D: 118–128)

Von der Sozialarbeiterin Frau D. werden hier bei der Schilderung eines typischen Falls sozialrechtliche Fähigkeiten (Informationen über Leistungen, Beantragung von Leistungen) und sozialrechtliche Erfahrungen (vergänger Leistungsbezug, Beschäftigung damit, Beratung zu der Leistung) des Rehabilitanden beschrieben. Mit diesen Merkmalen des Rehabilitanden werden

die Antragsvorbereitung mit einem geringen Aufwand und die Abgabe der Einreichung des Antrags in Verbindung gebracht. Weitere Fähigkeiten sind zum Beispiel die literalen Kompetenzen der Rehabilitand*innen.

Interviewer I: Stell[en Sie] die Anträge [zusammen], oder (.) wie//mach[en Sie] das?//

Sozialarbeiterin Frau B: [...] beim Grad der Behinderung, wenn ich wirklich merke, die können kein **Deutsch**, (.) dann mach ich das auch für die. (E3 | Frau B: 488–501)

Es ist zu erwarten, dass die Konsequenz der Antragsarbeit der Verwaltungsbescheid ist. Dem ist allerdings nur in speziellen Fällen so, vor allem jedoch bei Anträgen auf Übergangsgeld. Bei den anderen Anträgen reicht schlicht die Zeit des Aufenthalts nicht für die Entscheidung der Leistungsträger. Entsprechend muss festgehalten werden, dass in Konsequenz der Antragsarbeit eine Offenheit entsteht, die sich in der fehlenden Entscheidung begründet. Dies gilt jedoch nicht bei allen Anträgen beziehungsweise in allen Indikationsbereichen. In der Onkologie sind die Sozialarbeiter*innen in einem Punkt nicht mit der Offenheit wie andere Sozialarbeiter*innen konfrontiert: die Beantragung des Grads der Behinderung. Hier kennen die Sozialarbeiter*innen laut eigenen Schilderungen bereits mit dem Antrag das Ergebnis. Jeder Krebsart ist ein Mindestgrad der Behinderung gemein, der – ganz im Gegenteil zu den offenen Verfahren insbesondere in der psychosomatischen Rehabilitation bei den psychischen Störungen – sicher erreicht wird. Diese Ergebnissicherheit schafft andere Planungsmöglichkeiten, wenn zum Beispiel der Austritt aus dem Berufsleben vorbereitet werden soll und mit einer Schwerbehinderung die abschlagsfreie Rente früher zusteht. Wenn dazu kommt, dass in der Einrichtung alle Rehabilitand*innen aus demselben Bundesland kommen und deshalb immer dasselbe Antragsdokument genutzt werden kann, trägt dies ebenfalls zu einer gewissen Routine der Sozialdienste bei. In anderen Einrichtungen kamen die Rehabilitand*innen aus unterschiedlichen Bundesländern und brauchten deshalb auch unterschiedliche Antragsdokumente. In diesen Vergleichen wird deutlich, welche Bedeutung rechtliche Rahmenbedingungen für die Antragsarbeit haben. Vor diesem Hintergrund erklärt sich auch die oben angeführte Aussage für die pauschale Übernahme der Anträge durch den Sozialdienst in E9. Die zuletzt benannten Logiken sind möglicherweise ein Umgang mit der Offenheit und versuchen einen Einblick in die Black Box dieser Entscheidungen zu geben. Es bleibt jedoch unklar, inwiefern die darauf auf-

bauenden Strategien funktionieren, das heißt der Realität entsprechen oder zu erfolgreicheren Anträgen führen können.

Sozialarbeiterin Frau A: Also dass, dass ich versuche, da so 'ne [...] Sensibilität hinzubekommen, dass sie also 'ne Vorstellung davon haben, wie die Rentenversicherung/oder was, was die, glaub ich, erwarten.

Interviewerin I: Mhm, mhm. (...) stelle ich mir schwer vor. (Lacht)

Frau A: Ist es. [...] **Ja**, man weiß ja noch nicht mal, ob der Antrag an sich beilligt wird. (E4 I\Frau A: 832–843)

Ursprung dieser Logiken sind Kontakte zu Personen auf Seiten der Entscheidung-treffenden Akteure, anderer Leistungserbringer beziehungsweise subjektive Theorien der Sozialarbeiter*innen auf Grundlage von Erfahrungen von Rehabilitand*innen oder eigene Erfahrungen. Durch diese Beschäftigung mit den Systembedingungen wird deutlich, dass das Verhalten der Sozialversicherungen im Speziellen und die Zugänglichkeit des Systems im Allgemeinen wichtige Rahmenbedingungen der Antragsarbeit sind. Es geht hier insbesondere um die Verständlichkeit, Auffindbarkeit und Anforderungen der Formulare an die kognitiven Fähigkeiten, die Verfahrenswege und den Service (zum Beispiel Erreichbarkeit). Diese Eigenschaften unterscheiden sich nach Kostenträger, das heißt auch teilweise nach dem Wohnort der Rehabilitand*innen und bei älteren Rehabilitand*innen nach der beruflichen Stellung.

In Verbindung mit den oben benannten sozialrechtlichen Fähigkeiten der Rehabilitand*innen wird hier die Position einer auf das Sozialrecht fokussierten Sozialen Arbeit deutlich, die sich in einer Scharnierfunktion zwischen der Zugänglichkeit des Systems und den Fähigkeiten der Rehabilitand*innen befindet. Entsprechend sind Eigenschaften wie eine Hartnäckigkeit der Sozialarbeiter*innen hilfreich.

Und ich bin da auch ziemlich penetrant und nervig, (Lacht) muss ich sagen. Dass ich auch [...] bei'ner Einrichtung oder bei, bei, bei –'nem **Amt**, bei 'ner Behörde **mehrfach** anrufe, um zu/die Information zu bekommen, die ich brauche oder die am besten der Patient braucht. Und manchmal rufe ich mit den Patienten an. Manchmal rufe ich da selber an. (E2 I\Frau D: 338–344)

Konsequenzen der Antragsarbeit sind zum einen das Verweisen an die entsprechenden Stellen und die Aushändigung der Antragsunterlagen bezie-

ungsweise die Antragstellung an sich. Unmittelbar ergibt sich teilweise ein finanzieller Ausgleich durch zum Beispiel angewiesene Teilauszahlungen des Übergangsgeldes oder die – nur im onkologischen Spezialfall – konkrete Aussicht auf einen finanziellen Ausgleich bei der Rente.

d) Reflexionsarbeit

Wie bereits eingangs erwähnt, setzt sich die Reflexionsarbeit mit den Perspektiven der Rehabilitand*innen auseinander. Dabei gehen die Sozialarbeiter*innen unterschiedlich mit den Herausforderungen um. Es können jedoch drei übergreifende Strategien zusammengefasst werden: *Abwägung*, *Perspektivenwechsel*, *Ressourcenarbeit*. Diese werden nachstehend erläutert.

Strategien der Reflexionsarbeit:

Sozialarbeiter*innen regen zur *Abwägung* an. So werden unterschiedliche Optionen (vgl. Planungsarbeit) vor dem Hintergrund ihrer Voraussetzungen und Konsequenzen gegeneinander abgewogen. Die Voraussetzungen beeinflussen potentiell die Perspektiven der Rehabilitand*innen und werden den Rehabilitand*innen dargelegt beziehungsweise deren Bedeutung wird hervorgehoben. Für berufliche Teilhabeperspektiven (vgl. Aufgaben der Sozialdienste) werden so Bedingungen des weiteren Krankheitsverlaufs, die Anforderungen des Arbeitsmarktes oder die Beurteilung der Leistungsfähigkeit reflektiert. Andere Voraussetzungen wie die notwendigen nächsten Schritte und deren Aufwand werden ebenfalls zur Überlegung herangezogen. Die abgewogenen Konsequenzen beziehen sich auf unterschiedliche Dimensionen. So kann sich diese Abwägung auf die Güter Geld und Gesundheit beziehen. Das Geld steht dabei in der Regel in Verbindung mit dem Return-to-Work. Eine Erweiterung dieser Strategie ist die Entwicklung von Gedankenszenarien, die diese Abwägung unterstützen sollen.

[...] Mit den Patienten darüber zu sprechen, [...] **wie** ist der aktuelle Stand, und das halt wirklich mit zu Hause [...] zu vergleichen, wenn sie halt da alleine wären. Ne, weil oftmals meinen die [...]: »Wenn ich zu **Hause** bin, dann klappt das alles wieder. (Lachen) Ne, dann bin ich in meinem **Umfeld** und dann funktioniert das. Und dann kann ich wieder **Treppen** laufen, dann kann ich alleine wieder zur Toilette gehen.« (.) Und wenn man dann wirklich [...] mit denen mehrfach drüber spricht, dass das halt/sie ja hier jetzt auch aktuell in der Klinik **nicht** können und dass sie's dann auch zu Hause nicht kön-

nen. Und wenn sie dann wirklich auf Toilette müssen, [...] wenn dann halt niemand **da** ist, der ihnen **helfen** kann und sie dann nachher stürzen und schlimm fallen und dann vielleicht mehrere Tage da irgendwie in der Wohnung liegen [...] das führt dann manchmal dazu, dass, dass man die dann halt umstimmen kann. (E6 I\Frau D: 313–333)

Ansonsten werden die Voraussetzungen und Konsequenzen durch die Sozialarbeiter*innen benannt oder, wie im folgenden Beispiel, mit Fragen hervorgehoben.

Frau D. fragt nach, wie lange die Tätigkeit der Rehabilitandin, Frau I., in der Verwaltung her sei. Frau I. erzählt, dass sie Ende der 1990er Jahre in diesem Bereich gearbeitet habe. Frau D. stellt fest, dass seitdem viel Zeit vergangen sei und sich sicherlich auch Tätigkeitsfelder geändert haben. Frau I. stimmt ihr zu und gibt an, dass vor allem die Arbeit am PC neu für sie sein würde. (E2 BP\NaSI: 331–337)

Der *Perspektivenwechsel* umfasst zum einen in Tradition der systemischen Beratung die Einnahme einer Perspektive anderer Akteur*innen durch die Rehabilitand*innen oder die direkte Einbringung dieser durch den Sozialdienst.

Sozialarbeiter Herr B: Und es wäre für den Arbeitgeber ja auch gut zu wissen, wenn er da zustimmen soll: Wo gehen Sie überhaupt hin zurück? (Rehabilitandin: Ja.) Dann muss da 'n Arbeitsplatz geschaffen werden. Ist da vielleicht grad jemand in Elternzeit oder was auch immer? Oder ist da grad was freigeworden? (E2 B\Herr B: 367–372)

Zum anderen werden Situationen, in denen sich die Rehabilitand*innen befinden, von den Sozialarbeiter*innen umgedeutet. Auch hier sind Verbindungen zur systemischen Beratung mit der Methode des Re-Framings erkennbar.

Frau A. sagt zudem, dass er die StW als Belastungserprobung sehen solle. (E5 BP\TKI: 150–151)

Zusätzlich dazu besteht die Möglichkeit, dass Sozialarbeiter*innen diese Techniken übernehmen und versuchen, die Perspektive der Rehabilitand*innen und damit deren Wünsche nachzuvollziehen.

Wenn Patienten da bestimmte Wünsche äußern oder bestimmte Begehrlichkeiten, so wird das, oft dargestellt, in puncto Rente deutlich machen, kann man den Patienten auch da schon mal so 'n bisschen abholen, wo er so steht und was er sich für 'n Bild zurechtgelegt hat, um eben zu erläutern, welche medizinischen und versicherungsrechtlichen Kriterien zu einer Rente führen könnten. (E1 I\Herr C: 153–160)

Um diese Szenarien zu entwerfen werden darüber hinaus reflexive Fragen wie die folgende gestellt.

Sozialarbeiter Herr B: Ich guck ma eben in Ihre Akte rein, ob mir noch was zu Ihnen einfällt. (Druckergeräusche) [Beruf]. (11 Sek.) Sie sind **verheiratet**?

Rehabilitandin Frau B: Ja.

Sozialarbeiter Herr B: Woran wird Ihr Mann merken, dass sie in 'er Reha waren?

Rehabilitandin Frau B: Dass ich nisch da war!? (Beide lachen)

Sozialarbeiter Herr B: Ja, da hat er ma 'n bisschen ruhige Zeit gehabt. (E1 B\Herr B: 220–226)

Der benannte Sozialarbeiter nutzt hier offensichtlich seine Coachingausbildung. Diese Form der Fragen wurden nur von ausgewählten Sozialarbeiter*innen verwendet.

Abschließend kann noch die *Ressourcenarbeit* als Strategie der Reflexionsarbeit benannt werden. Diese umfasst zum einen die Vergegenwärtigung solcher Ressourcen durch Benennen oder Erfragen von Seiten der Sozialarbeiter*innen. Zudem werden in Gruppensettings Ressourcen der Rehabilitand*innen gemeinsam erarbeitet.

Nach einiger Zeit meldet sich [auf die Frage von Frau B. was man mit dem Wort Ressourcen verbinde] der Rehabilitand, Herr Q., der freizeitliche Aktivitäten als Bewältigungshilfe sehe. Frau B. schreibt diese an das Whiteboard und ergänzt noch einmal explizit den Punkt Sport. (E3 BP\NaSl: 419–423)

Bedingungen und Konsequenzen der Reflexionsarbeit:

Neben der Beratung bezüglich der in der Planungsarbeit genannten konkreten Optionen, kann es in der Reflexionsarbeit auch darum gehen, die globalen Perspektiven der Rehabilitand*innen zu reflektieren. In der Folge wird die Reflexionsarbeit von den Sozialarbeiter*innen als Konsequenz von Zielkonflikten eingesetzt, wenn es darum geht, konfliktbehaftete Perspektiven zu hinter-

fragen. Durch den engen Fallbezug in der Erhebung und Analyse können die oben benannten Strategien nur im Sinne einer Überzeugung von einer anderen Sicht beschrieben werden, die sich in enger Ko-Produktion mit den Rehabilitand*innen ergibt. Inwiefern Sozialarbeiter*innen mit anderen Akteur*innen, zum Beispiel Mitgliedern aus dem Reha-Team die Konsequenzen der Entscheidungen reflektieren, muss daher an dieser Stelle unberücksichtigt bleiben.

In Verknüpfung dazu kann die Compliance der Rehabilitand*innen in Verbindung mit deren Motivation als Grundlage der Reflexionsarbeit bestimmt werden. Von Sozialarbeiter*innen mit Erfahrung in mehreren Indikationen wird die Motivation zur Reflexion auch auf die Reha-Indikation zurückgeführt und die Themen der Reflexionsarbeit eher in der psychosomatischen Rehabilitation gesehen. Nicht allen Rehabilitand*innen wird zudem eine Fähigkeit zur Reflexion zugesprochen. Diese Fähigkeit wird mit Charaktereigenschaften wie Sturheit oder »beeinträchtigten« kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten in Verbindung gebracht. In Bezug auf den Versicherungsstatus wird zudem ein schichtspezifischer Ansatz zur Erklärung der Reflexionsfähigkeit angeführt, der Versicherten der ehemaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA, nun DRV Bund) mehr Fähigkeiten zur Selbstreflexion zuschreibt als Versicherten der ehemaligen Landesversicherungsanstalten.

Bei der Vorstellung der reflexiven Fragen zur Herstellung von Szenarien wurde deutlich, dass Fragekompetenzen der Sozialarbeiter*innen gegeben sein müssen. Bei den Sozialarbeiter*innen, die auf entsprechende Aus- oder Fortbildungen zurückgreifen konnten, konnte diese Art von Fragen in den aufgezeichneten Beratungsgesprächen wiedergefunden werden.

In Abhängigkeit des Interaktionssettings werden die Strategien unterschiedlich angewendet. So wird das Gruppensetting für die Auseinandersetzung mit den eigenen Ressourcen genutzt, da andere Rehabilitand*innen in einer ähnlichen Situation Ressourcen spiegeln oder aufzeigen können. Dies setzt bei den Sozialarbeiter*innen Kompetenzen in der Arbeit mit Gruppen voraus. Im Einzelsetting sind Sozialarbeiter*innen auf ihre Kompetenzen bei der Ressourcenarbeit durch Fragen oder Interpretation der vorliegenden Informationen angewiesen. Manche Themen eignen sich zudem aufgrund der Sensibilität nur für Einzelgespräche. Die auf die Zukunft der Rehabilitand*innen bezogenen Strategien werden in beiden Settings angewendet. Allerdings sollte die damit verbundene Herausforderung der Ko-Produktion berücksichtigt werden.

Die Reflexionsarbeit, auch wenn sie in der Analyse häufig als flankierende oder zwischengeschaltete Arbeitsform erscheint, wird von den Sozialarbeiter*innen mit mehreren Terminen in Verbindung gebracht. Außerdem tritt die Reflexionsarbeit häufig in Kombination mit der Emotionsarbeit auf, die die Gewährung von Zeit zum Beispiel zum Nachdenken umfasst. Es lässt sich hier schlussfolgern, dass die Reflexionsarbeit einen hohen zeitlichen Bedarf hinsichtlich Dauer des Gesprächs und Anzahl der Termine hat. Zudem nimmt sie für die Arbeit der Sozialdienste eine zentrale Stellung ein.

Als Konsequenz können auf Seite der Rehabilitand*innen eher weiche Faktoren, wie die Reflexion der eigenen Situation oder Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, benannt werden. Weitere Konsequenzen können die Überzeugung der Rehabilitand*innen sein, auch wenn dieser Konsequenz von manchen Sozialarbeiter*innen explizit widersprochen wird. Hinsichtlich der Ressourcenarbeit ergibt sich die Konsequenz, dass Ressourcen benannt und bewusst gemacht werden.

Die Abwägungsstrategie ist mit Ungewissheit konfrontiert. In den Beratungsgesprächen wird dies durch das Nutzen des Konjunktivs II markiert.

Sozialarbeiter Herr C: Im **allerungünstigen Fall** könnte es so laufen. Das sind so die Eventualitäten dabei. (E1 B\Herr C: 405–406)

Die Herausforderung für die Rehabilitand*innen und damit für die ihnen zur Seite stehenden Sozialarbeiter*innen liegt in der prinzipiellen Offenheit, mit der beide umgehen müssen. Die Reflexionsarbeit begründet damit eine weitere zentrale Facette der Profession Soziale Arbeit in der Rehabilitation.

e) Emotionsarbeit

Als nächstes kommt der Rehabilitand, Herr H., in das Büro von Herrn A., der in der gestrigen Veranstaltung um einen Termin gebeten hatte. Herr A. fragt, was er für ihn tun könne. Herr H. fragt sich, was er berufsperspektivisch machen könne. Er berichtet von seiner Krankheitsgeschichte, die Diagnosen wie Asthma, einen Schlaganfall und COVID-19 umfasse. Er beschreibt seine Aufgaben im Beruf (unter anderem Arbeit mit Dämpfen, schweres Heben). Dies mache eine Ausübung seines Berufs nicht mehr möglich. Er habe es bereits mit zwei Stunden täglich probiert und sei gescheitert. Als er von diesem Scheitern berichtet, verliert er seine Stimme und beginnt zu weinen. Herr A. sagt: »Das ist schwer.« Er bittet Herrn H., das Gespräch mit den Ärzten zu suchen. Zudem berichtet er von LTA und Rente als Möglichkeit. Herr H.

erzählt, dass er an anderen Arbeitsplätzen eingesetzt worden sei, dies aber alles nichts gewesen sei. Er habe auch schon vieles gemacht und sei nie arbeitslos gewesen. Herr H. denkt, dass er keinen anderen Job mehr finden könne. Herr A. berichtet weiter von der Unterstützung der Rentenkasse bei der Suche nach geeigneten Stellen und von der Erwerbsminderungsrente, die auch bewilligt werden könne, wenn einem der Arbeitsmarkt verschlossen sei. Dies könne auch mit dem Alter zusammenhängen. Herr H. sagt mit gebrochener Stimme, aber auch etwas trotzig, dass er nicht zuhause rum-sitzen wolle. Nach längerem Schweigen steht Herr H. ohne Kommentar auf und verlässt den Raum, ohne sich zu verabschieden. Herr A. bleibt auf seinem Platz sitzen und zieht das Fazit »Das war jetzt nicht optimal«. (E8 BP\TK II: 586–614)

Dieser Einblick in den Arbeitsalltag eines jungen Sozialarbeiters zeigt, dass im Sozialdienst oftmals existenzielle Fragen der Rehabilitand*innen besprochen werden und diese emotionale Reaktionen der Rehabilitand*innen hervor-rufen. Die Mitarbeiter*innen der Sozialdienste reagieren in situ nicht wie der überfordert scheinende Sozialarbeiter im Beispiel oben. Dieser leitet im Anschluss auch noch weitere Maßnahmen in die Wege, indem er die Psycho-log*innen der Einrichtung konsultiert und die vermeintlichen Gründe für die Emotionalität in den Akten sucht. Die Sozialdienstmitarbeiter*innen verfol-gen bei der Emotionsarbeit unterschiedliche Strategien, die im Folgenden nä-her erläutert werden.

Strategien der Emotionsarbeit:

Manche Sozialarbeiter*innen bemühen sich in ihrer Arbeit, die Gefühle der Rehabilitand*innen zu spiegeln, indem sie *Belastungen benennen* und damit *ernstnehmen*. In der folgenden Textstelle gelingt dies dem Sozialarbeiter Herrn B. Er bietet der Rehabilitandin, die, wie man dem Beratungsgespräch entneh-men kann, scheinbar nicht sehr gutes Deutsch spricht, eine Benennung ihres Gefühls an. Die Rehabilitandin übernimmt den Begriff.

Rehabilitandin Frau B: Gestern war meine letzte Versuch [den Arbeitgeber zu erreichen, Anm. Autor*innen]. (Herr B: Ja, okay.) Und hab' ich eben ge-schaut, kein Feedback.

Sozialarbeiter Herr B: Okay. Das ist ja auch frustrierend, wenn Sie da gar nix hören.

Rehabilitandin Frau B: Ich bin frustriert, weil das läuft nicht so, wie ich mir vorgestellt haben. (E2 B\Herr B: 65–70)

Im Folgenden nimmt Herr B. die Frustration der Rehabilitandin auf und bietet seine Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit dem derzeitigen Arbeitgeber an. Eine andere Herangehensweise bei der Auseinandersetzung mit den Emotionen der Rehabilitand*innen ist die unmittelbare *Beruhigung* von teilweise sehr »aufgewühlten« Rehabilitand*innen.

Der Sozialarbeiter Herr A. fragt sie, ob sie sich vorstellen könne den Rollator zu nutzen. Die Rehabilitandin, Frau L., sagt, dass sie dies noch nicht ausprobiert habe, weil es ihr peinlich sei. Herr A. erinnert Frau L. daran, dass sie im Ort, in der die Einrichtung liege, nicht zuhause sei. Hier würde es keine Nachbarn geben. Frau L. beginnt zu weinen. Sie sagt, sie sei früher nicht so gewesen. Herr A. fragt mitfühlend, wie sie denn früher gewesen sei. Frau L. kann nicht antworten, da sie zu stark weint. Sie weint ein sehr leises Weinen. Herr A. reicht ihr ein Taschentuch und sagt, dass sie auf diese Frage nicht antworten müsse. Erklärend ergänzt er, dass er sich nur für sie interessieren würde. Frau L. erholt sich etwas und erwähnt, früher sei sie eine richtige Power-Frau gewesen. Dies sei sie jetzt wohl nicht mehr. (E9 BP\TKII: 528–540)

Im Gruppenkontext kann diese Aufgabe auch von anwesenden Rehabilitand*innen übernommen werden, wenn diese auf die Äußerungen ihrer Mit-Rehabilitand*innen beruhigend eingehen. Eine weitere Strategie der Emotionsarbeit ist die *Herstellung einer Wohlfühlatmosphäre* durch die Betonung der Freiwilligkeit oder indem die Sozialarbeiter*innen Druck aus einer Situation nehmen und Zeit zur Entscheidung geben.

Die Gestaltung einer arbeitsfähigen Beziehung fällt ebenfalls unter die Tätigkeiten der Sozialarbeiter*innen bei der Emotionsarbeit. Dabei werden unterschiedliche Strategien verfolgt. Zum einen schaffen die Sozialarbeiter*innen eine vertrauensvolle Atmosphäre. Sie betonen zurückliegenden Austausch, stellen persönliche Fragen, nehmen die Rehabilitand*innen ernst und/oder knüpfen an die Erfahrungen der Rehabilitand*innen an. Durch die Bedingungen der Corona-Pandemie ist dabei das folgende, prägnante Beispiel für diese Strategie entstanden:

Sozialarbeiter Herr B: Ziehen Sie mal die Maske ab, ich will einmal Ihr Gesicht gesehen haben. Gut, jetzt kann er wieder aufsetzen. Persönliche Frage. (Rehabilitand: Ja.) **Wenn man Sie so sieht**, schwarzes T-Shirt mit Totenkopf, tätowiert, ziemlich viel Blech am Hals, im Kopp: Was ist die Botschaft oder wie kommt man dazu? (E1 B\Herr B: 638–643)

In den aufgezeichneten Beratungsgesprächen konnten weitere Strategien identifiziert werden, die sich auf ihre verwendete Sprache beziehen. Die Sozialarbeiter*innen stellen sich auf die Sprache der Rehabilitand*innen ein oder nutzen zugewandte Sprache.

Sozialarbeiter Herr B: [...] Auf so'ner Skala von 0 bis 10, wie fit sind se? 0 ist tot, 10 ist Manuel Neuer? (E1 B\Herr B: 80–84)

Das Beispiel steht relativ am Anfang eines Erstgesprächs und ist repräsentativ für den Stil des Sozialarbeiters Herrn B. In dem darauffolgenden nicht nur fachlich, sondern auch menschlich interessanten Gespräch öffnet sich der Rehabilitand, erzählt von seinem Drogenkonsum, seiner depressiven und schwer kranken Ehefrau sowie von einem durch ihn verursachten tödlichen Verkehrsunfall. Herr B. setzt hier seine Coaching-Ausbildung ein und nutzt während des gesamten Gesprächs diesen Duktus und zur Reflexion anregende Fragen im gleichen Stil. Dies bleibt auch in anderen aufgezeichneten und beobachteten Gesprächen desselben Sozialarbeiters konsistent.

Sozialarbeiter Herr B: [...] Haben Sie Kinder?

Rehabilitand Herr I: Ja, hamm wir, aber/Am Wochenende war mal einer da.

Sozialarbeiter Herr B: Dat klingt aber auch 'n bisschen traurig, oder? So wie Sie das sagen? (E1 B\Herr B: 328–333)

Darüber hinaus versuchen die Sozialarbeiter*innen, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Sie betonen entweder die Selbstbestimmung der Rehabilitand*innen oder erfragen deren Einverständnis in den Beratungsgesprächen.

Und da muss ich mir vorher 'ne Schweigepflichtentbindung unterschreiben lassen, würde halt mit den Patienten besprechen, was darf ich preisgeben, was darf ich nicht preisgeben, darf ich sagen, dass Sie in 'ner psychosomatischen Reha sind? (E2 I\Herr B: 586–590)

Durch die Anwesenheit der Forscher*innen ergaben sich immer wieder Situationen, die die vertrauensvolle Atmosphäre zu verletzen drohten. Konsistent zu sonstigen Situationen ergab sich auch in diesen Situationen, dass den Sozialarbeiter*innen die Vertraulichkeit der Interaktion bewusst war und sie entsprechendes Verhalten zur Aufrechterhaltung der Atmosphäre zeigten.

Vor der Tür des Raums, in dem die Gruppe stattfinden wird, erklärt Frau D. mir, dass sie erst einmal alleine reingehen werde und die Teilnehmer*innen fragen werde, ob ich mit dabei sein dürfe. Sie erläutert mir, dass sie vermeiden wolle, dass jemand aufgrund sozialer Erwünschtheit zustimme, obwohl er oder sie dies eigentlich gar nicht möchte. (E2 BP\NaSl: 175–180)

Bedingungen und Konsequenzen der Emotionsarbeit:

Wie im einführenden Beispiel beschrieben, ist die Emotionalität und das damit in Verbindung stehende Stresserleben der Rehabilitand*innen Auslöser eines Teils der oben beschriebenen Strategien der Emotionsarbeit. Bei der Beschreibung der Klientel in den Interviews nimmt diese Kategorie eine zentrale Position ein und ist Gegenstand eines identifizierten Wirkmechanismus, der informationsbasierten Stressreduktion. Emotionalität entsteht wie im Beispiel oben und weiter unten durch die existenziellen Fragen, die sich den Rehabilitand*innen stellen, wenn sie mit ihrer beruflichen Zukunft konfrontiert sind. Zum einen kann dies entstehen, wenn sie aufgrund von Krankheit nicht mehr arbeiten können und sich in der Folge beispielsweise finanzielle Sorgen machen. Zum anderen sind Rehabilitand*innen mit einem Rentenwunsch möglicherweise damit konfrontiert, dass dieses Ziel nicht mit der Empfehlung der Sozialmedizin übereinstimmt. Andere Zusammenhänge, in denen emotionale Reaktionen beobachtet beziehungsweise berichtet wurden, sind weitere existenzielle Krisen, wie zum Beispiel familiäre Sorgeverpflichtungen oder die krankheitsspezifischen Herausforderungen psychosomatischer oder onkologischer Rehabilitand*innen.

Da die Emotionsarbeit nicht nur auf Emotionen reagiert, sondern aktiv die Beziehung zu den Rehabilitand*innen sucht beziehungsweise pflegt, ist eine weitere Bedingung auf Seiten der Rehabilitand*innen die Bereitschaft zur Beziehung mit den Sozialarbeiter*innen.

Der Umgang mit aufgewühlten Rehabilitand*innen kann auch zu einer Überforderung der Sozialarbeiter*innen führen, wie folgendes Zitat zeigt

[...] Und der Patient war sehr aufgebracht, sehr aufgewühlt. Also es gab [...] jahrelang da schon Probleme mit seinem Vorgesetzten. (.) Und er sagte dann in der Gruppe, er hat sich [...] in seiner **Garage** (.) ein **Bild** aufgehängt von, von seinem Vorgesetzten. Und er hätte, hm ich weiß gar nicht mehr 'ne Pistole oder 'n Gewehr. Und auf jeden Fall würde er damit [...] auf diese Fotografie schießen. (.) Und [...] (.) **ja** [...] die Gruppe war dann erst so **gemischt**, ja? Das heißt, [...] Teil der Gruppe hat gesagt, [...] das **geht** ja nicht, weil er dann natür-

lich auch so Wünsche geäußert hat oder so Fantasien, Gewaltfantasien, ja? Er würde den Chef am liebsten auch [...] wirklich in der Realität erschießen. (.) Und andere haben dann so mitgeschwungen. »Ja, richtig«, das wäre die korrekte Entscheidung. Und **das** war **sehr**, sehr schwer für mich, das Ganze [...] da zu **begrenzen** (E3 I\Frau D: 236–251)

Insbesondere bei psychischen Komorbiditäten oder – wie im Beispiel – in der psychosomatischen Rehabilitation liegt die Herausforderung für die Sozialarbeiter*innen daher in der Einschätzung ihrer professionellen Grenzen.

Eine andere Komponente dieser Arbeitsform ist die Berufserfahrung der Sozialarbeiter*innen. Als erstes Beispiel sollen die Sozialarbeiter*innen der eingangs und der zuletzt beschriebenen beziehungsweise berichteten Situationen angeführt werden, die zum Zeitpunkt der Erhebung über eine erst zwei- beziehungsweise vierjährige Berufserfahrung als Bachelorabsolventinnen verfügten. Deutlich erfahrenere Sozialarbeiter*innen wie Herr B. mit über 15 Jahren Berufserfahrung können dagegen souveräner mit solchen Fällen umgehen.

Sozialarbeiter Herr B. beginnt mit der Übermittlung des Ergebnisses der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Der Rehabilitand, Herr F., sei voll berufs- und erwerbsfähig. Herr F. reagiert auf diese Nachricht mit »Das kann nicht sein« und zudem stark körperlich, indem er sehr schwer atmet. [...] Herr F. fragt den Beobachter, wie man sich das vorstelle. Ob er am Montag bei seinem Arbeitgeber anklinge und nach fünf Jahren sage: »Hier bin ich!«. Herr F. sagt auch: »Kann man sich ja gleich aufhängen.« Herr F. stimmt dem Plan von Herrn B. zu und möchte das zweite Thema einleiten: Antrag auf Schwerbehinderung. Herr B. beginnt mit den Vorbereitungen, möchte dann diesen Teil der Beratung auf den nächsten Tag verschieben [...]. Dann fragt er Herrn F., wie dieser jetzt mit der Nachricht umgehen werde. Herr F. sagt, er wird aufs Zimmer gehen und die Information »erstmal sacken lassen«. Herr B. bittet Herrn F. sich am Abend nochmal bei der Pflege zu melden. Dann verabschiedet sich Herr F. und sagt: »Wir sehen uns morgen um 8:15 Uhr.« Als er den Raum verlassen hat, telefoniert Herr B. mit den Pflegekräften der Station von Herrn F., erläutert die Situation von ihm (sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zu seinem Missfallen, starke körperliche Reaktion, Unruhe) und bittet die Pflegekräfte ein Auge auf ihn zu haben. Zudem kündigt er an, dass Herr F. sich bei Ihnen melden werde. (E1 BP\TKII: 163–253)

Zum erweiterten Kontext gehört, dass Herr B. wusste, dass es zu einem solchen Gespräch kommen könnte, da er sich mit dem Fall bereits in einer Teambesprechung aktiv auseinandergesetzt hatte. Zu Anfang des Gesprächs machte auch er eine hilflos anmutende Geste. Im Anschluss reflektierte er das Beratungsgespräch gemeinsam mit dem teilnehmenden Beobachter.

Insbesondere bei der Beziehungsgestaltung fällt die kurze Dauer der somatischen Rehabilitationsaufenthalte ins Gewicht. In der psychosomatischen Rehabilitation und in Einrichtungen, in denen mehrere Termine mit den Sozialarbeiter*innen möglich sind, fällt die vertraute Atmosphäre in den Beratungsgesprächen direkt zu Beginn auf. Als *conversations-in-a-series* (Hitzler & Messmer, 2008) bauen diese Gespräche auch hinsichtlich der Beziehung aufeinander auf, zudem besteht die Zeit für einfühlsame Gesprächsteile. Von einer Sozialarbeiterin wird jedoch auch angeführt, dass gerade diese begrenzte Zeit und die Anonymität der Beratungsbeziehung zum Aufbau einer vertrauenswürdigen Beziehung beiträgt.

Und (.) **genießen** das hier vielleicht auch, weil 's so 'n zeitlich abgeschlossener Bereich ist. (.) Also die **sehen** uns ja in der Regel nicht mehr **wieder**. (.) Ne? Die sind drei Wochen hier, (.) mich sehen sie in den drei Wochen vielleicht ein-, zweimal, und ansonsten halt mal so auf 'm **Flur**, aber es sind jetzt nicht so, so **lange** (.) Beziehungen, wo man dann irgendwann v/vielleicht nochmal **wieder** in Kontakt tritt und überlegt: »Mensch, war das jetzt korrekt, dass ich dem das alles erzählt habe?« Weil das ist ja (.) eine sehr flüchtige Geschichte. (.) Und da traut man sich dann vielleicht auch, mehr zu sagen. (E4 I\Frau A: 194–205)

Der gelungene Aufbau einer arbeitsfähigen Beziehung beziehungsweise das Bemühen darum kann mit weiteren Vorteilen in Verbindung gebracht werden. Die Rehabilitand*innen öffnen sich möglicherweise eher, indem eine Hemmschwelle abgebaut wird. Zudem besteht die Möglichkeit, dass sie Vorschläge der Sozialarbeiter*innen ernster nehmen (vgl. Planungsarbeit). Eine weitere Konsequenz aus der Sensibilität im Umgang mit den Emotionen wird im folgenden Zitat deutlich.

Also **ich** seh' viel an der Mimik und an der Körpersprache und, ne, wenn die antworten. Weiß nicht, ich habe Patienten, wenn die nur Ja und Nein sagen und abblocken, das merkt man dann schon. Die, die wollen dann auch nicht mehr Input, ne? (E6 I\Frau B: 299–303)

Die Sozialarbeiterin findet in den Ausdrucksformen der Emotionen der Rehabilitand*innen Anhaltspunkte für die Inhalte der weiteren Beratung.

Allgemein ist für die Emotionsarbeit die Fähigkeit zum Umgang mit den eigenen Emotionen und denen der Rehabilitand*innen unverzichtbar. Dies sieht eine gewisse Öffnung eigener Emotionen in der Fallarbeit vor. Eine Konsequenz dieser Arbeitsform für die Profession ist daher die emotionale Belastung im Arbeitsalltag. Auch wenn diese von den Sozialarbeiter*innen teilweise bagatellisiert wird, ist eine Aufschichtung solcher Erfahrungen anstrengend. Umso erstaunlicher ist, dass keiner der teilnehmenden Sozialdienste von einer regelhaften Supervision für die Sozialdienste berichtet hat.

f) weitere Arbeitsformen

Bei der Arbeit der Sozialdienste konnten weitere Arbeitsformen identifiziert werden, die jedoch für die Fallarbeit weniger von Bedeutung waren als die zuvor genannten. Dazu zählen die Netzwerkarbeit oder die Konzeptarbeit. Unter der Netzwerkarbeit werden alle Tätigkeiten der Sozialdienste verstanden, die von den Sozialarbeiter*innen ausgeübt werden, um professionelle Helfernetzwerke aufzubauen oder aufrechtzuerhalten. Diese Arbeitsform wird nicht von allen Sozialdiensten verfolgt. Insbesondere in der ambulanten Rehabilitation waren die Bedingungen für eine solche Vernetzung besser. Aber auch in stationären Einrichtungen waren die Sozialdienste mit anderen Professionellen vernetzt. In diesen Fällen waren die Sozialdienste mit anderen Sozialdiensten aus weiteren Reha-Einrichtungen oder Krankenhäusern aus der Region vernetzt. Zwei befragte Sozialarbeiter*innen waren Gründer*innen und Koordinator*innen regionaler Arbeitskreise. Andere im Rahmen des SWIMMER-Projekts besuchte Einrichtungen waren Mitglieder in diesen Arbeitskreisen. Die Arbeitskreise waren selbstorganisierte Einrichtungen zur Fort- und Weiterbildung. Entsprechend profitierten die Einrichtungen hinsichtlich der Aktualität der Leistungsinformationen.

Die Konzeptarbeit betrifft nur ausgewählte befragte Sozialarbeiter*innen, die entweder eine Leitungsposition innehatten oder die an einer Vermittlung der Kompetenzen und Rollen der Sozialdienste in der Reha-Einrichtung interessiert waren oder gewesen sind.

g) Zusammenfassung

Zu Beginn des Kapitels wurde bereits betont, dass die Arbeitsformen nicht für sich alleine existieren, sondern in Kombination die Arbeit der Sozialdienste beschreiben. Im Folgenden soll auf dieses Zusammenwirken eingegangen werden.

Die Antrags- und Planungsarbeit können als Spezialfälle der Verarbeitung von Informationen gesehen werden. Zur Antragsvorbereitung gehört das Zusammentragen von Antragsinformationen. Diese werden zu zwei Zwecken gesammelt: Erstens braucht es zur Identifikation des richtigen Antragsdokuments Informationen. Im simpelsten Fall ist das der Wohnort für das richtige Antragsformular für die Feststellung eines Grads der Behinderung. Teilweise werden diese dann, aus unterschiedlichen Gründen und wie oben bereits weiter ausgeführt, gemeinsam ausgefüllt. Dazu müssen, zweitens, noch weitere Informationen von den Rehabilitand*innen angegeben (zum Beispiel Identifikationsdaten, Kostenträger, Familienstand, Freizeitplanung, berufliche Tätigkeit) und so verarbeitet werden, dass diese mit den Fragestellungen im Antrag kompatibel sind. Ein Teil der Informationen über die Rehabilitand*innen (vgl. Abbildung 4) überschneidet sich mit den Antragsinformationen und kann in Kombination zur Entscheidung über die erfüllten Voraussetzungen beitragen:

Das Gespräch einleitend sagt die Rehabilitandin, Frau J., dass sie nur eine Frage zum Übergangsgeld hat. Sie möchte von der Sozialarbeiterin Frau A. wissen, ob sie einen Anspruch darauf besitze. Frau A. lehnt sich in ihrem Stuhl etwas zurück und antwortet: »Das kommt darauf an.« Sie fragt Frau J., ob sie wegen der gleichartigen Erkrankung, aufgrund der sie die Rehabilitationsmaßnahme begonnen habe, schon einmal krankgeschrieben gewesen sei. Frau J. bejaht dies. Daraufhin fragt Frau A. weiter, wann dies gewesen sei. Frau J. berichtet ihr, dass sie Anfang März [Jahr] krankgeschrieben wurde und vor der Rehabilitationsmaßnahme aufgrund eben jener Erkrankung operiert wurde. Aufgrund dessen wurde sie wieder krankgeschrieben. Frau A. entgegnet ihr, dass sie damit einen Anspruch auf das Übergangsgeld habe. (E1 BP\NaSII: 393–405)

Es wird deutlich, dass die zur Vorbereitung der Anträge gesammelten Informationen einen Mehrwert für die soziale Diagnostik (vgl. Aufgaben der Sozialdienste) der Sozialarbeiter*innen haben können. Dies gilt natürlich nicht

für alle Informationen, jedoch kann zum Beispiel die Frage nach dem Familienstand im Übergangsgeldantrag einen Anlass darstellen, über weitere Themen ins Gespräch zu kommen. So können zum Beispiel Sorgeverpflichtungen thematisiert werden, die möglicherweise zu weiteren Anhaltspunkten für den Sozialdienst führen können.

[...] bei dem Antrag [...] kann ich oft schon ganz viel auch von den Patienten erfahren, weil der da eben nebenbei immer so seine Krankheitsgeschichte und so erzählt. (E9 I\Herr A: 236–239)

Ähnliches gilt für die Planungsarbeit, wenn beispielsweise die Stufenpläne einer StW geplant werden und dabei Informationen zum beruflichen und privaten Alltag der Rehabilitand*innen ausgetauscht werden. Dabei besteht die Möglichkeit, dass sich weitere Themen ergeben können.

Vom Arzt ist zudem eine StW veranlasst, die gemeinsam am PC geplant wird. [...] Sozialarbeiterin Frau A. stellt noch ein paar Fragen zur Arbeitsplatzsituation, die der Rehabilitand, Herr T., beantwortet. Er berichtet, dass er in seinem Beruf als Verkäufer viel unterwegs sei. Das sei nicht das Problem, problematischer sei das Sitzen. Jedoch habe er sich mit einem Stehtisch schon selber geholfen, Kollegen würden ihm zudem mit schweren Lasten helfen. Problematischer sei es, wenn er Ware am PC eingeben und dafür lang stehen müsse. Hier würde ihm ein Stehstuhl helfen. Frau A. wird sich diesen Fall für die Teamsitzung notieren. (E5 BP\TKI: 269–289)

Hinsichtlich der Umsetzung der Perspektiven der Rehabilitand*innen werden die gesammelten Informationen eingesetzt, um den Plan so konkret wie möglich zu machen.

Rehabilitandin Frau C: Und ich hatte nochmal mir 'ne Rentenauskunft angefordert (Frau B: Mhm) und da kam halt raus (Blättern in Papier) (.) dass ich siebenundzwanzig Monate noch einfach arbeiten muss, weil ich war sehr lange selbstständig//[...] Und hab nicht in die Krankenkasse eingezahlt und [...] im September würde dann meine Rente los gehen. [...] ich [werde] krank entlassen (Frau B.: Mhm genau) wieder und dann gehn schon mal zwölf Monate runter wieder. Wenn ich dann bis Ende Februar dann würde das Krankengeld auslaufen. Sind es dann noch [...] (blättern) also sechzehn Monate insgesamt, das wär'n dann dreizehn Monate noch und dann hätt' ich noch

Anspruch auf (Frau B.: Arbeitslosengeld) Arbeitslosengeld. Ich weiß jetzt nicht wie das ist [...].

Sozialarbeiterin Frau B: Jetzt guck ich mal eben (.) ja dann ham' Sie (räuspern) nur noch so [...] ham' Sie noch vier Monate Anspruch [auf] Arbeitslosengeld.

Rehabilitandin Frau C: Mehr nicht?

Sozialarbeiterin Frau B: Soweit ich weiß. Da empfehl ich Ihnen immer/[...] Fragen Sie nochmal bei der Agentur für Arbeit nach [...] es geht aber nur um das Beschäftigungsverhältnis. (.) Wie lange Sie vorher gearbeitet haben. Es geht um Beschäftigungsverhältnisse. [...] rein theoretisch reicht es auch, um diese Monate zu schaffen, dass Sie'n Minijob machen und aber in die Rentenversicherung einzahlen. (Frau C: aha) Also das würde auch/Es geht immer nur darum, dass Sie diese Wartezeit erfüllen, ne?

Rehabilitandin Frau C: Genau und die ham' mir gesacht [...] bei fünfzig Prozent wärn keine Abschlüge (Frau B: genau) und ansonsten könnt' ich frühestens am 01. Februar [Jahr1] (Frau B: ja) in Rente gehn und müsste dann noch die Monate bis September (Frau B. atmet aus) dreiundachtzig Euro siebenzig (Frau B: ok) im Monat einzahlen. Dann könnte ich im Februar schon gehn (Frau B: ok) anstatt im September (Frau B: mhm). Das is die Aussage die ich jetzt von der Rentenkasse hab.

Sozialarbeiterin Frau B: Ja da ham' Sie sich ja gut und detailliert schon beraten lassen. (Frau C: ne?) Ja genau.

Rehabilitandin Frau C: Und (.) ja ich weiß nich was hatte denn [Name1]/ich weiß gar nicht genau was die in den Bogen reingeschrieben//hat.

Sozialarbeiterin Frau B: Genau Dr. [Name1] sagt auch wie Sie sagen erst mal arbeitsunfähig entlassen. (Frau C: mhm) Wir können immer nur 'ne Empfehlung für wenige Monate ausstellen. (Frau C: ja) Wenn wir länger als sechs Monate machen würden das geht einfach nicht. Dann wärs 'ne Rentenempfehlung light (Frau C. bejahend) deswegen gucken Sie wie ihr Arzt Sie zu Hause krankschreibt [...] und dann gucken Sie mal wie lange Sie da Krankengeld beziehen und spätestens nach achtzehn Monaten läuft es aus, dann gehn Sie ins Arbeitslosengeld (Frau C: genau) und dann fragen Sie aber nochmal bei der Agentur nach (E3 B\Frau B: 10–108)

Das Beispiel verdeutlicht die mögliche Komplexität der Tätigkeiten der Sozialarbeiter*innen vor einem sozialrechtlichen Hintergrund, die neben der Kenntnis und Prüfung der Voraussetzungen, die Professionalität eines Teilbereichs der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation mit der passgenauen Verarbeitung der Informationen beschreibt.

Bei den Navigationsleistungen wird darüber hinaus eine enge Verknüpfung der Planungsarbeit zur Informationsarbeit deutlich. Im Beispiel oben werden die Herausforderungen der Ungewissheit für die Sozialarbeiterin und die Rehabilitandin hinsichtlich des Verhaltens externe*r Akteur*innen und damit des Ergebnisses der für die Option wichtigen Anträge deutlich und geben einen Hinweis auf die eng mit der Planungsarbeit verbundene Reflexionsarbeit. Zudem besteht aufgrund des Aufbaus der Pläne der Rehabilitand*innen unter anderem auf Antragsleistungen eine weitere Verknüpfung zur Antragsarbeit.

Voraussetzung der Koordination der Umsetzung ist die Entwicklung eines Ziels für die Zeit nach der Rehabilitation durch die Rehabilitand*innen. Wenn Sozialarbeiter*innen an dieser Aufgabe beteiligt sind, setzen sie die benannten Strategien der Reflexionsarbeit und Informationsarbeit ein. In der Praxis ist daher die Nennung von Optionen (Planungsarbeit), das Abwägen dieser im Hinblick auf Bedürfnisse und Ziele der Rehabilitand*innen (Reflexionsarbeit), und die Koordination der Umsetzung (Planungsarbeit) eine bewährte Reihenfolge beziehungsweise Kombination von Arbeitsformen. Die Nennung der Optionen regt die Entwicklung von Perspektiven der Rehabilitand*innen an. Die Abwägung dieser legt bei erfolgreicher Reflexionsarbeit einen Grundstein für die konkreten Pläne, die dann von den Sozialarbeiter*innen oder in Zusammenarbeit mit den Rehabilitand*innen umgesetzt werden. So wurden die Ziele der Rehabilitand*innen als eine Facette der Konkretisierung als Konsequenz der Planungsarbeit benannt. Diese Kombination kann durch ein- oder weiterführende Erläuterungen zum Reha-Prozess oder Leistungen erweitert werden (vgl. Informationsarbeit).

Herr C. erklärt der Rehabilitandin, Frau O., [...] das IRENA Programm. Frau O. ist der Auffassung, dass ihr dieses guttun werde. Sie wurde zum zweiten Mal an den Schultern operiert. Vor ein paar Jahren wurde sie an der linken Schulter operiert, was bereits eine Rehabilitationsmaßnahme nach sich gezogen habe. Dieses Jahr erfolgte eine Operation an der rechten Schulter. Der Rehabilitationsaufenthalt habe ihr gutgetan. (E1 BP/NaSI: 172–178)

Je besser und eher die Sozialarbeiter*innen über die Perspektiven und Ziele der Rehabilitand*innen Bescheid wissen und/oder je besser sie dazu in der Lage sind, Informationen über die Rehabilitand*innen zur Bildung von Hypothesen heranzuziehen, desto leichter fällt Ihnen zum Beispiel die Abwägung von

Zielen und Bedürfnissen der Rehabilitand*innen oder die Einnahme von Perspektiven anderer wichtiger Akteur*innen.

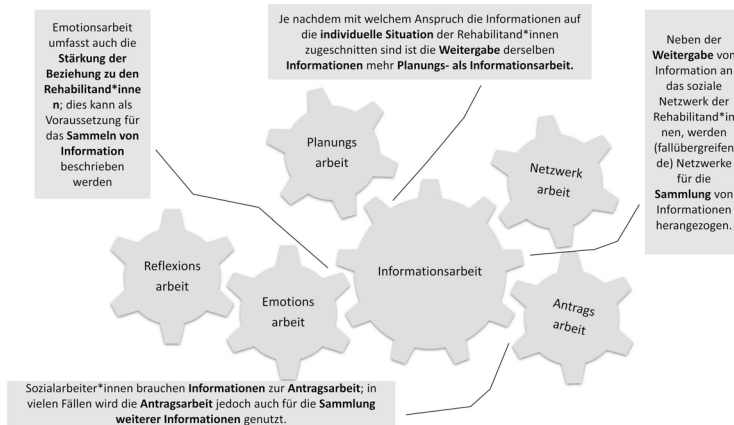
Die Reflexionsarbeit wird so als flankierende Maßnahme der Planungsarbeit eingesetzt. Eine solche Kombination ist auch bei der Informationsarbeit zu beobachten, wenn Sozialarbeiter*innen womöglich zur Unterstützung der vermittelten Inhalte alternative Szenarien durchspielen.

Was anderes [hinsichtlich der Urlaubsregelungen, Anm. Autor*innen] wäre das, wenn wir jetzt Anfang des Jahres hätten und Sie hätten noch ein Dreivierteljahr Zeit, Ihren Urlaub zu nehmen, und Sie sagen sich »Nee, ich möchte das aber nicht«, dann könnte der Arbeitgeber das von Ihnen verlangen. (E2 B\Herr B: 245–249)

Die Verbindungen zwischen der Emotions- und Planungsarbeit wurden bereits angesprochen. Ohne eine arbeitsfähige Beziehung können die Sozialarbeiter*innen nur sehr schwer individuell zugeschnittene Optionen nennen, die möglicherweise eine Herausforderung für die Rehabilitand*innen darstellen. Daneben unterstützt die Planungsarbeit die Beziehungsgestaltung durch eine Abstimmung der Prozesse mit den Rehabilitand*innen, die das Potential zur Vertrauensbildung hat. Um an die persönliche Situation der Rehabilitand*innen anzuknüpfen, setzen die Sozialarbeiter*innen in ihren Schilderungen häufig am individuellen Erleben der Rehabilitand*innen an. Ähnlich wie vertrauensbildende Maßnahmen kann das Einlassen auf die Person einen Beitrag zur Gestaltung einer arbeitsfähigen Beziehung leisten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass unter Berücksichtigung der weiteren Arbeitsformen, auf die in diesem Bericht nicht genauer eingegangen wird, der Großteil der in den Interviews berichteten und beobachteten Tätigkeiten beschrieben werden kann. Nur selten konnten Tätigkeiten keiner der Arbeitsformen zugeordnet werden. Dazu zählen zum Beispiel die telefonische Nachfrage bei Rehabilitand*innen, die nicht in der Reha-Einrichtung erschienen sind, oder die Unterstützung bei der Auswahl der Mahlzeiten für den Essensplan in Vertretung der Ernährungsberatung. Diese Tätigkeiten haben nur mittelbaren Einfluss auf die fallbezogene Arbeit der Sozialdienste, verdeutlichen jedoch nochmal die Bandbreite der beobachteten und benannten Tätigkeiten und – im letzten Fall – die Gefahr der Beliebigkeit, die entsteht, wenn dieser Bandbreite keine Grenzen gesetzt werden.

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.