

klärungsgehalt, der zwischen den Zeilen liegt. Dies soll im Folgenden anhand von zwei weiteren Beispielen aus ähnlichen Reha-Einrichtungen exemplarisch nachvollzogen werden.

i) Entwicklung der Kategorie Präsenz der Sozialdienste im Fallvergleich

Zu den lobenden Leitungskräften zählen auch die Chefärzt*innen beziehungsweise Geschäftsführer¹ aus den Einrichtungen E2 und E3. Dabei handelt es sich jeweils um psychosomatische Reha-Einrichtungen. E2 ist eine ambulante Einrichtung mit mittlerer Größe. E3 ist dagegen Teil einer stationären Großeinrichtung, die auch eine psychosomatische Abteilung hat. Dieser Fachbereich ist jedoch unabhängig von den anderen. Die Stellenschlüssel in E2 und E3 lagen im Durchschnitt des Samples und damit unter den Empfehlungen für die ambulante Rehabilitation (BAR, 2004) und die psychosomatische Rehabilitation (DRV, 2014). Die Einrichtungen haben jeweils einen privaten Klinikträger.

In beiden Einrichtungen nehmen die Sozialarbeiter*innen an den Teambesprechungen teil. In E2 ist dies täglich in einer morgendlichen Teambesprechung der Fall. Das feste Team setzt sich jeweils aus Vertreter*innen der Professionen Medizin, Psychotherapie/Psychologie und Soziale Arbeit zusammen. Diesem ist eine bestimmte Anzahl an Rehabilitand*innen zugewiesen. Wöchentlich nehmen auch andere Berufsgruppen an den Besprechungen teil. Damit stellt E2 einen Einzelfall im Sample dar. Nur hier war die Soziale Arbeit obligatorischer und täglicher Teil der Teambesprechungen. In E3 findet ebenfalls eine Besprechung auf Stationsebene statt. An dieser nimmt der Sozialdienst in unterschiedlicher Häufigkeit pro Woche teil. Die Schilderungen der Häufigkeit unterscheiden sich und gehen von ein- bis dreimal die Woche. Es bleibt unklar, ob es noch weitere, offizielle Besprechungen ohne Beteiligung der Sozialarbeiter*innen gibt. Auch hier sind die Sozialarbeiter*innen einer Gruppe von Rehabilitand*innen zugeordnet, und zwar nach Stationen.

Im Folgenden werden zwei Ausschnitte aus Protokollen der teilnehmenden Beobachtungen an einer Teambesprechung wiedergegeben.

1 Das Interview in E2 wurde sowohl mit dem Chefarzt als auch mit dem kaufmännischen Leiter als direktem Vorgesetzten geführt.

Ich gehe mit Sozialarbeiter Herr D. in Richtung des Büros der Leitung, in der die Teambesprechung stattfinden soll. Dieses ist jedoch verschlossen. Zwei Psycholog*innen, Frau E. und Herr F., und Herr D. entscheiden daraufhin, die Teamsitzung im Büro von Herrn F. zu halten. [...] Als letztes berichtet Herr F. von einer Rehabilitandin, Frau G. Diese arbeite als Zustellerin. Es habe sich mittlerweile bestätigt, dass sie eine posttraumatische Belastungsstörung habe. Herr F. hat eine Frage an Herrn D., die auf die sozialmedizinische Begutachtung der Rehabilitandin und deren Folgen für die Rehabilitandin abzielt. Es geht um die Beurteilung der möglichen täglichen Arbeitszeit der Rehabilitandin. Diese könne weniger als 3 Stunden oder aber zwischen 3 und 6 Stunden an ihrem letzten Arbeitsplatz betragen. Herr D. fragt, ob neben den psychischen Störungen auch somatische Störungen bestehen. Herr F. erklärt daraufhin, dass die Rehabilitandin zusätzlich Rückenbeschwerden habe. Herr D. erinnert sich, dass der Chefarzt, den sie mit dem Vornamen anspricht, in so welchen Fällen schon einmal Leistungsfähigkeit mit weniger als 3 Stunden beurteilt habe. Er erinnert Frau E. und Herrn F. an Rehabilitand*innen, die ihrer Meinung nach weniger belastet gewesen seien, aber trotzdem ein geringeres quantitatives Leistungsvermögen attestiert bekommen haben. Frau E. stimmt ihm zu. Herr F. möchte von Herrn D. wissen, ob es einen Unterschied für die Rehabilitandin machen würde, ob sie für weniger als 3 Stunden oder 3 bis 6 Stunden in ihrer derzeitigen Tätigkeit eingestuft würde. Herr D. erklärt ihm, dass es einen Unterschied machen würde, da es im Falle einer Beurteilung von 3 bis 6 Stunden gut möglich wäre, dass sie Maßnahmen der Agentur für Arbeit in Anspruch nehmen müsse. Herr D. plädiert für eine Beurteilung von unter 3 Stunden. Es wird so verblieben, dass der Fall noch einmal mit der Teamleitung und dem Chefarzt besprochen werden soll. (E2 BP\NaSII: 24–256)

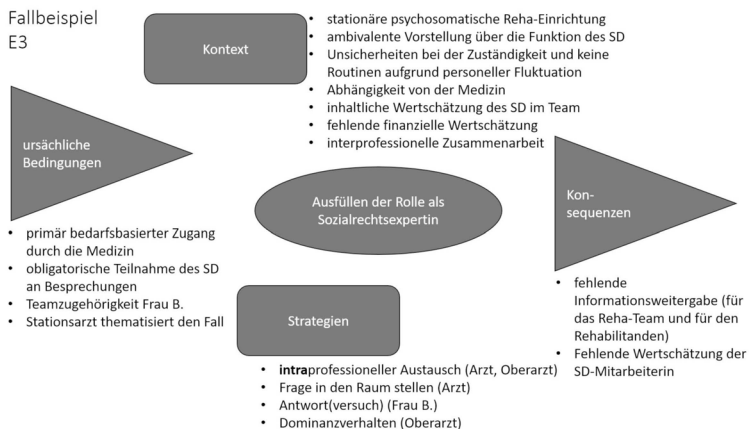
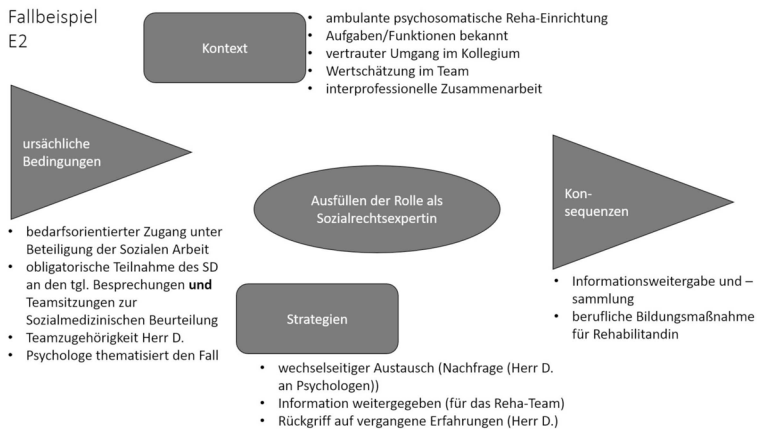
[...] Wir gehen in das Meeting eines anderen Oberarztes. Von Sozialarbeiterin Frau B. erfahre ich, dass der Oberarzt nur für kurze Zeit in der Klinik tätig sei. Als wir in den Raum eintreten, sitzen bereits mehrere Teammitglieder (fünf Psycholog*innen und ein jung wirkender Stationsarzt) in einem Stuhlkreis im Raum. Wir setzen uns dazu, während uns der Oberarzt begrüßt. Ich erkläre eingangs, warum ich (Beobachterin NaS) an der Teamsitzung teilnehme. Der Oberarzt hört m.E. interessiert zu und merkt an, dass er es wichtig finde, dass wir uns den Sozialarbeiter*innen im Rehabilitationskontext widmen, da er der Auffassung sei, dass diese zu wenig wertgeschätzt werden. Als Erstes ist Frau B. dran. Sie spricht einen Fall an, bei dem es um ein Missverständnis hinsichtlich der sozialmedizinischen Begutachtung gehe. Danach fragt sie, ob noch jemand etwas mit ihr besprechen möchte. Niemand meldet sich. Der Stationsarzt ist als nächstes dran. Er bringt einen Rehabilitanden ein. Dabei stellt er das Krankheitsbild kurz vor, wobei ich den Eindruck

habe, dass die Vorstellung eher den Oberarzt adressiert, da der Stationsarzt ihn die ganze Zeit anschaut. Der Oberarzt entgegnet m.E. scherzhaft, dass er wahrscheinlich keinen Rehabilitanden so häufig gesehen habe wie den gerade angesprochenen. Gemeinsam mit dem Stationsarzt diskutiert er über die berufliche Zukunft des Rehabilitanden. Der Stationsarzt wirft dabei die Frage in den Raum, ob LTA für den Rehabilitation eine Option wäre. Da wir dieses Thema als ein bisher wichtiges für den Sozialdienst ausgemacht haben, schaue ich Frau B. an. Es macht auf mich den Anschein, als ob Frau B. etwas dazu sagen möchte, da sie Luft holt und zum Reden ansetzt. Allerdings kommt sie nicht dazu, da der Oberarzt ihr zuvorkommt und sie diesen m.E. hätte unterbrechen müssen. Der Oberarzt bekräftigt den Vorschlag des Stationsarztes. Danach endet die Besprechung und wir verlassen den Raum. (E3 BP\NaSI: 573–612)

Der Unterschied des Verhaltens der beiden Sozialarbeiter*innen wird unmittelbar deutlich. Der Sozialarbeiter in E2 tritt als Sozialrechtsexperte auf (vgl. dazu auch Scheiblich et al., 2022). Die Sozialarbeiterin aus E3 wird zwar nicht wie Frau D. in E2 direkt gefragt, hätte aber die Möglichkeit, etwas beizutragen. Sie füllt diese Rolle nicht aus, da ihr der Arzt mit seiner Äußerung zuvorkommt. Wenn für diese beiden Situationen das Kodierparadigma der Grounded Theory (Corbin & Strauss, 2008, vgl. Methodisches Vorgehen) angewendet wird, ergeben sich die folgenden Abbildungen 12–13. Diese bringen die erhobenen Daten miteinander in Verbindung und können dadurch das (Nicht-)Verhalten der Sozialarbeiter*innen erklären und Konsequenzen ableiten.

Unbenommen ist, dass das Verhalten auf Unterschiede zwischen den Sozialarbeiter*innen zurückzuführen ist. Auch wenn es hier ebenso Unklarheiten darüber gibt, welche Unterschiede maßgeblich sind, sollen diese an dieser Stelle nicht weiter erörtert werden. Vielmehr, wie sich bei der Vorstellung der beiden Einrichtungen weiter oben bereits im Ansatz zeigte, fällt im Fallvergleich auf Einrichtungsebene auf, dass sich die Einbindung der Sozialdienste in den Einrichtungen unterscheiden und das Verhalten möglicherweise ebenfalls erklären können.

Abbildungen 12–13: Kodierparadigma zum Ausfüllen der Rolle als Sozialrechtsexpertin (Fallbeispiele E2 und E3)



Bereits Erwähnung gefunden haben die Zuweisungswege in den Sozialdienst. An den beiden Einrichtungen wird deutlich, dass sich die Zuweisung, auch wenn beide sich an den Bedarfen der Rehabilitand*innen orientieren, trotzdem unterscheiden kann, in diesem Vergleich hinsichtlich der Beteiligung der Sozialdienste. In E2 wird dies über die täglichen Besprechungen

ermöglicht, die aufgrund der Häufigkeit auch die Entscheidungen über die notwendigen Interventionen beinhalten. Auf dieses Vorgehen legen auch die Leitungskräfte großen Wert.

Zusätzlich ist es so, dass die Sozialarbeiter in den Teams morgens integriert sind und **Neu**aufnahmen in den Teams ja auch besprochen werden. Und **wenn** 'n Bedarf da ist, da geht eben der Auftrag direkt **vom** Bezugstherapeuten, Psychologe oder Arzt, an den Sozialarbeiter mit einer **Idee**, mit einem Auftrag: Darum könnte es gehen. (E2 I\ärztliche Leitung: 84–89)

Die befragten Sozialarbeiter*innen aus E2 berichten, dass sie aktiv Zuweisungen hinterfragen und von der unmittelbaren Informationsweitergabe an sie profitieren. In der Einrichtung ist aufgrund der aktiven Beteiligung davon auszugehen, dass durch den alltäglichen Austausch ein Themenportfolio, das die Kolleg*innen dem Sozialdienst gedanklich zuordnen, entsteht. So tätigt der Chefarzt, der in den täglichen Austausch eingebunden ist, Äußerungen, die kongruent zu denen des Sozialdiensts und den Beobachtungen der Forschenden sind. So ist die gezielte Frage des Psychologen nach den Folgen der sozialmedizinischen Begutachtung an Frau D. möglicherweise als Konsequenz eines gedanklich gegenwärtigen Themenportfolios zu sehen. Diese Beteiligung an der Auswahl ist in der Einrichtung E3 nicht zu beobachten, sondern die Rehabilitand*innen werden über einen Terminplaner an die Sozialdienstmitarbeiter*innen verwiesen. Möglicherweise gibt es infolgedessen immer wieder Probleme mit unspezifischen Zuweisungen:

Interviewerin I: Wenn die Ärzte die Patienten bei dir anmelden, welche Infos kriegst 'n du dann immer? Also nur: »Herr Müller soll (.) bitte 'n Termin bekommen«, oder/

Sozialarbeiterin Frau B: Das ist ganz unterschiedlich. **Manchmal** ist es wirklich nur, dass wir die Anmeldung haben: »Muss gesehen werden« (E3 I\Frau B: 94–99)

Frau B. formuliert im weiteren Verlauf klare Kriterien für die Informationsweitergabe bei einer solchen Anmeldung. Zu diesen zählt die vorläufige oder endgültige Beurteilung der Leistungsfähigkeit, die wie bei dem aufgezeichneten Beratungsgespräch nicht immer übermittelt wird.

Rehabilitandin Frau R: Und hatte [Name des behandelnden Arztes] auch irgendwie eine Arbeitszeit, die ich einsetzbar bin (Frau B: mhm) weil Sie sagte mir so drei bis sechs Stunden/hat sie gesucht/

Sozialarbeiterin Frau B: Nee da hat/Also [Name des behandelnden Arztes] hat zu mir/ich kann auch noch mal nachgucken (blättern) »letzte Tätigkeit und allgemeiner Arbeitsmarkt sechs und mehr Stunden«. Sie hat Sie als vollschichtig erwerbsfähig/

Rehabilitandin Frau R: Wirklich?

Sozialarbeiterin Frau B: Ja so is' die Info.

Rehabilitandin Frau R: Aha. (E3 B\Frau B: 120–126)

Als mögliche Konsequenz fragt der Stationsarzt aus E3 nicht die Sozialarbeiterin, sondern den Oberarzt. Allerdings berichtet Frau B., dass sie von den ärztlichen Kolleg*innen mit sozialrechtlichen Fragen konfrontiert wird und es einen Austausch über die Themen gibt. Allerdings erwähnt sie auch die bereits oben angedeutete Personalfuktuation. In der Einrichtung wechselt insbesondere das ärztliche Personal regelmäßig. Dies erschwert nach Einschätzung von Frau B. die tägliche Zusammenarbeit.

Also auch gerade mit der (.) **Chefärztin**, die 's auch nicht richtig hinkriegt, oder halt Honoraroberärzten, die hier nur kurzfristig sind, die wissen die Abläufe nicht. (.) Und das kostet Zeit und das ist **nervig** und frustrierend so 'n bisschen. (E3 I\Frau B: 136–140)

So schienen der junge Stationsarzt ähnlich wie der Honoraroberarzt noch nicht ausreichend im Bilde über die Abläufe in der Einrichtung zu sein, zu denen auch die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst gehört. Dazu passt in diesem Fall auch das Interview mit der ärztlichen Einrichtungsleitung. Diese hat zwar eine Vorstellung über die Notwendigkeit eines multiprofessionellen Reha-Teams und ordnet der Sozialen Arbeiten einen im Gegensatz zu den Leitungskräften in E2 breiteren Themenbereich als der beruflichen Teilhabe zu. Bei der Beschreibung der Tätigkeiten gibt die Leitung jedoch nur einen Bruchteil dessen wieder, was der Sozialdienst an Interventionsmöglichkeiten anbietet. So erwähnt sie zum Beispiel nicht das ausgereifte Gruppenangebot des Sozialdienstes.

Ein anderer Aspekt, der wichtig für das Verständnis der Situationen in E2 und E3 ist, berührt eine weitere Facette der Zusammenarbeit zwischen dem Sozialdienst und der Medizin: der Grad der Abhängigkeit von der Medizin.

Weiter oben wurde bereits deutlich, dass die Arbeit der Sozialdienste zu großen Teilen abhängig von der sozialmedizinischen Begutachtung ist (vgl. Austausch mit dem Reha-Team). Diese Abhängigkeit ist jedoch unterschiedlich ausgeprägt. Die interviewten Sozialarbeiter*innen aus E3 beschreiben die Konsequenzen für ihre Arbeit aufgrund des personellen Wechsels in der Medizin jeweils sehr drastisch. Auf der anderen Seite stellen sie ihre Arbeit als deutlich leichter dar, wenn der*die Kolleg*in aus der Medizin ausreichend informiert ist und Treffen strukturiert moderiert. Diese Äußerungen unterstreichen die Abhängigkeit ihrer Arbeit von den Mediziner*innen. In der oben beschriebenen Teambesprechung ist das Zögern von Frau B. möglicherweise ein Ausdruck dieser Abhängigkeit. Auch in E2 ist die sozialmedizinische Begutachtung Aufgabe des Chefarztes. Allerdings ist auch hier die Beteiligung der Sozialdienstmitarbeiter*innen größer. Weiter oben wurden bereits die thematisch fokussierten Teambesprechungen mit dem Chefarzt angesprochen. In dieser werden zwischen jeweils einem*einer Sozialarbeiter*in, einem*einer Psycholog*in und dem Chefarzt nur Rehabilitand*innen besprochen, bei denen die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung nicht leicht zu treffen ist und der Ausgang der Reha-Maßnahme unklar ist. Eine derartige Besprechung, die von den Forschenden beobachtet werden konnte, fand dem Eindruck nach auf Augenhöhe statt. Dies wurde von den Sozialarbeiter*innen ebenfalls so berichtet. Herr B. erwähnt in der Teambesprechung den Chefarzt zudem mit dessen Vornamen. In der Besprechung wird daneben deutlich, dass die Mitarbeiter*innen aus der Sozialen Arbeit aktive Rollen bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung übernehmen.

Beim nächsten Fall wird ein Konflikt bei der Mitteilung der endgültigen sozialmedizinischen Beurteilung erwartet. Der Chefarzt deutet an, dass Sozialarbeiter Herr B. und die nicht anwesende Psychologin die Person damit konfrontieren werden müssen. Herr B. deutet zur Überraschung des Chefarztes an, dass er und die Psychologin dies bereits angedeutet haben. (E2 BP\TKI: 578–584)

Damit ist E2 die einzige Einrichtung im Sample, die diese Aktivität als Aufgabe der Sozialdienste bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung explizit erwähnt. Die frühzeitige Aktivität des Sozialarbeiters kann als »selbstbewusster Akt« gewertet werden. Dieses Selbstbewusstsein hat, im Gegensatz zu Frau B. aus E3, auch Frau D. aus E2, der in der Teambesprechung sogar eine Prognose der Leistungsbeurteilung wagt.

Ein weiterer Ansatzpunkt zur Erklärung, der sich im Fallvergleich unterschiedlich darstellt, ist die Wertschätzung der Arbeit der Sozialdienste. Davon ist in E2 auszugehen, da sich der Chefarzt mehr Sozialarbeit für die Einrichtung wünscht.

Chefarzt: [I]ch glaube, dass es einfach viele Themen drum rumgibt, die wir bedienen **müssten**, es nicht können aufgrund des Personalschlüssels. Und dass man uns mehr bezahlen müsste, damit wir den Anteil der// Sozialarbeiter abbilden können.//(E2 \ärztliche Leitung: 1185–1189)

Er berichtet zudem, dass er sich bei den Reha-Trägern immer wieder für eine bessere Personalausstattung einsetzt. Diese Wertschätzung wird auch von den Sozialarbeiter*innen berichtet, die insbesondere die Kommunikation auf Augenhöhe hervorheben. Eine solche Wertschätzung wird in E3 ebenso wahrgenommen.

Aber ich erlebe uns schon (.) auf einer Ebene. Und wertgeschätzt. [Ich] finde, dass wir da irgendwo anerkannt sind und (.) gesehen werden. (E3 \Frau B: 607–612)

Zur Wertschätzung gehört auch eine, dem Empfinden der Sozialarbeiter*innen nach, gerechte Entlohnung:

Was ich als (.) wirklich immer schlimmer finde, ist die finanzielle Bezahlung. Also ich bin seit [mehr als 10 Jahren] hier und hab (...) keine Lohnerhöhung, keine **Gehalts**anpassung bekommen. Das finde ich was, was natürlich mit den steigenden Ausgaben (.) **bald** nicht mehr für mich tragbar ist. (E3 \Frau B: 1057–1062)

Auch wenn in den Interviews mit Frau B. direkt keine fehlende Motivation erschlossen werden kann, könnte die fehlende finanzielle Wertschätzung zu dieser führen und das Zögern von Frau B. erklären.

Die Besonderheiten der interprofessionellen Zusammenarbeit in E2 sind nicht nur auf den Sozialdienst zu beziehen. Die flachen Hierarchien sowie die enge Zusammenarbeit in den Teams sind auch für die Themen anderer Berufsgruppen relevant. Diese Kultur konnte in E3 nicht ganz ausgemacht werden. Auch wenn sich die psychosomatische Rehabilitation in diesem Punkt häufig von den anderen in die Studie eingeschlossenen Indikationen absetzte, ist die

Teambesprechung in E3 stark vom Dialog zwischen den Mediziner*innen geprägt, einem Merkmal einer weniger stark ausgeprägten interprofessionellen Zusammenarbeit im Reha-Team (Meyer et al., 2023).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Verhalten anhand von vier übergreifenden Kategorien erklärt werden kann. Dazu zählen die Vertretung der Sozialarbeiter*innen an entscheidenden Stellen im Reha-Prozess, das gedankliche Themenportfolio des Sozialdienstes bei den Kolleg*innen, die Abhängigkeit von der Medizin und die Wertschätzung der Sozialarbeiter*innen. Vorbedingung vieler dieser Kategorien war die Präsenz der Sozialarbeiter*innen an vielen Stellen im Reha-Prozess, vornehmlich in Team-Besprechungen. Ein Sozialarbeiter aus einer neurologischen Reha-Einrichtung mit einem hohen Standing im Reha-Team brauchte dabei nicht die regelmäßige Teilnahme an den Team-Besprechungen, um auf dem Laufenden zu bleiben. Aufbauend auf den Erfahrungen, die die Forscher*innen in dieser Einrichtung sammelten, entwickelte sich daher der Begriff der gedanklichen Präsenz der Sozialdienste.

Die Unterschiede des vorangegangenen Fallvergleichs konnten über die gesamte Stichprobe hinweg gezeigt werden. Zur Erklärung der Situationen und zur Beschreibung der Einbindung der Sozialdienste wurde daher die Kategorie der *Präsenz der Sozialdienste in der medizinischen Rehabilitation*, die sich aus vier Dimensionen zusammensetzt (vgl. Abbildung 14), entwickelt.

Abbildung 14: Modell der Präsenz der Sozialdienste

