

aus, wie sich eine Behandlung auf das Erleben der Gesundheit im Alltag im Sinne von distalen Zielgrößen, das heißt weit entfernt vom eigentlichen Ansatzpunkt einer Intervention, auswirken kann (Whyte, 2014). Dies leisten hingegen die sogenannten Enablement-Theorien, indem diese Hypothesen darüber aufstellen, wie Outputs und Outcomes zueinander in Beziehung stehen. Dazu zählt auch, wie Veränderungen in proximalen Zielgrößen distale Ziele beeinflussen können (Hart et al., 2019; Whyte, 2014). Enablement-Theorien fragen also danach, welche Auswirkungen auf distale Outcomes bei Patient*innen zu erwarten sind, bei denen durch eine vorangegangene Behandlung Veränderungen in proximalen Zielgrößen verzeichnet werden konnten. Diese Auswirkungen sind zu einem großen Teil abhängig von Rahmenbedingungen, die außerhalb der direkten Einflussmöglichkeit der Reha-Einrichtungen beziehungsweise der Sozialdienste sind. Unter anderem auf diese Bedingungen geht das folgende Kapitel ein.

iii) Rahmenbedingungen

Abbildung 9 gibt ebenso einen ersten, also nicht erschöpfenden, Überblick über die Rahmenbedingungen der Arbeit der Sozialdienste und kategorisiert diese nach Makro-Bedingungen, Bedingungen auf Einrichtungsebene, aufseiten der Rehabilitand*innen sowie aufseiten der Profession beziehungsweise der Sozialdienste. Alle diese Bedingungen haben Einfluss auf alle im Throughput-Modell enthaltenen Phasen und können als Erklärungsansätze zur Erläuterung der Variation der Praxis herangezogen werden.

Die Bedingungen auf Makro-Ebene konnten im SWIMMER-Projekt nur mittelbar nachvollzogen werden. Eine Ausnahme stellten die *Maßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie* dar. Diese teilweise gesellschaftlich-strukturellen Bedingungen, die Reha-Einrichtungen als Gesundheitseinrichtungen im besonderen Maße trafen, waren für den Alltag der Einrichtungen und ihrer Sozialdienste von erheblicher Bedeutung. So wurde in besonders dynamischen Lagen und in Abhängigkeit der Vulnerabilität der Rehabilitand*innen sogar gänzlich auf face-to-face Kontakte verzichtet und auf Telefongespräche umgestellt. Andere Vorgaben, wie zum Beispiel die maximale Personenanzahl in den Räumen, führte ebenfalls zu einer grundlegenden Veränderung der Bedingungen der Interaktion mit den Rehabilitand*innen. So mussten viele Sozialdienste ihre Gruppenkonzepte anpassen und waren mit mehr Gruppen und weniger Teilnehmer*innen konfrontiert. Dies führte einerseits zu

einer erhöhten Arbeitsdichte, ermöglichte den Sozialdienstmitarbeiter*innen jedoch auch eine Priorisierung von Themen und eine damit einhergehende Re-Konzeptionierung der Gruppenangebote. Ein Sozialdienst aus dem Pretest nutzte die Zeit ohne Kontakt zu den Rehabilitand*innen zu den Hochzeiten der Pandemie zur konzeptionellen Weiterentwicklung des Sozialdienstes (vgl. Organisatorische Präsenz) und machte dabei sogar sehr gute Erfahrungen.

Die Vorgaben der Qualitätssicherung der DRV hatten einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Praxis der Sozialdienste. Insbesondere die Dokumentation erschien in der Erhebung als häufig durch die Vorgaben der Qualitätssicherung gesteuert. Kennzahlen nach KTL waren, wenn diese den Sozialdienstmitarbeiter*innen bekannt waren, maßgeblich für die thematische Auswahl der in Frage kommenden KTL-Ziffern zur Dokumentation der Prozessqualität in den Sozialdiensten. Bei der an Kriterien orientierten Steuerung in die Sozialdienste (vgl. Abbildung 7) waren Reha-Indikationen im Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards und Konstrukte wie besondere berufliche Problemlagen im MBOR-Bereich benannte Kriterien. Darüber hinaus verfügten die Einrichtungen über eigene, an die Vorgaben der Qualitätssicherung angepasste Dokumentationssysteme, die ebenfalls von den Sozialdienstmitarbeiter*innen bedient wurden.

Als eine wichtige Bedingung der Antrags- und Planungsarbeit wurde bereits die Zugänglichkeit und Handhabbarkeit des Sozialsystems beschrieben. Diese steht in Abhängigkeit zum Thema, zum Rechtskreis, dem das Thema zugeordnet werden kann, und des zuständigen Trägers. Regelmäßige Themen, die den Kontakt zu einer Behörde notwendig machen, wie das Übergangsgeld oder die Beantragung eines Grads der Behinderung, lassen eine gewisse Routine zu. Sind Themen wie die Beantragung einer Altersrente oder die vereinzelte genannte Auseinandersetzung mit der Eingliederungshilfe Thema des Gesuchs bei einer Behörde, stellt sich die Zusammenarbeit deutlich aufwendiger dar. Nach Rechtskreis stellt sich die Kooperation mit dem Amtsgericht in Fragen des Betreuungsrechts deutlich komplizierter und aufwendiger dar, als die Zusammenarbeit mit den Reha-Trägern (vgl. Planungsarbeit). Übereinstimmend wird zudem der regionale Reha-Träger als einfacher im Zugang im Sinne einer telefonischen Erreichbarkeit markiert. Die Sozialdienste profitieren hier insbesondere von einem Netzwerk an Kontakten. Eher rückblickend resümiert Herr B. in einer kurzen Unterhaltung während einer teilnehmenden Beobachtung über die Anfangszeit seiner Arbeit im Sozialdienst:

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

In ambulanten Einrichtungen, einer onkologischen Einrichtung, die Teil der regional organisierten onkologisch-rehabilitativen Versorgung aller Versicherten mit Wohnsitz im Bundesland Nordrhein-Westfalen ist, oder in Einrichtungen, die von einem Reha-Träger betrieben werden, sind diese Kontakte leichter aufzubauen und zu pflegen. Dies liegt in den ersten beiden Fällen hauptsächlich an der räumlichen Nähe und im Fall der onkologischen Rehabilitation auch an den harmonisierten Antragsverfahren. Wenn die Einrichtungen, wie Herr B. im zuletzt angeführten Zitat berichtet, qua Organisation über eine direkte Verbindung zu einem Reha-Träger verfügen, profitierte der Sozialdienst auch in anderen Einrichtungen mit DRV-interner Trägerschaft.

Daran anknüpfend ist eine weitere Rahmenbedingung auf Makro-Ebene die Nutzbarkeit des Sozialraums für die Sozialdienste. Damit ist gemeint, inwiefern der Sozialdienst Zugriff auf den Sozialraum der Rehabilitand*innen hat und diesen für seine Arbeit einsetzt. Der Sozialdienst einer ambulanten Reha-Einrichtung stellt sich diesbezüglich als sehr aktiv heraus. Die regelmäßige Teilnahme an Arbeitskreisen wurde von den Sozialdienstmitarbeiter*innen selbst und auch von der Leitung hervorgehoben. Zudem konnten die Praktiken großer Arbeitgeber in der Region antizipiert werden. Dadurch verfügten die Sozialdienstmitarbeiter*innen über arbeitsfähige Netzwerke und Kontextinformationen, die zum Beispiel eine Rückkehr in den Beruf leichter vorbereiten ließen oder die Anbindung an weitere Versorgung begünstigen konnte. Durch die Nähe zum Sozialraum kommt es in der besagten Einrichtung auch zu mehr Interaktion mit diesem. Die Sozialarbeiter*innen berichteten zum Beispiel von Einladungen an Arbeitgeber zu Beratungsgesprächen und Kontakten zu Betriebsärzt*innen. Vermutlich durch den starken Fokus der Einrichtung auf die berufliche Teilhabe wurden wenige Kontakte zu anderen Akteur*innen des Sozialraums berichtet, die grundsätzlich denkbar wären. In Einrichtungen, in denen sich die Wohnorte der Rehabilitand*innen deutschlandweit verteilten, waren die Sozialarbeiter*innen mit einer zusätzlichen Unsicherheit konfrontiert, da sie die Arbeitgeber nicht einladen oder

einschätzen konnten und das regionale Versorgungsangebot nicht kannten. Interaktion mit den Arbeitgebern ergibt sich fast ausschließlich bei der Abstimmung der StW, die sich in der Regel auf eine zu leistende Unterschrift unter den Stufenplan beschränkt. Den Einrichtungen blieb häufig nur die Weitergabe von Kontaktinformationen potentieller Ansprechstellen. Auch hier konnten die Sozialarbeiter*innen aufgrund fehlender Informationen nicht berichten, inwiefern diese auch in Anspruch genommen werden.

Auf Ebene der Einrichtung wurden einige Rahmenbedingungen bereits im vorangegangenen Kapitel beschrieben beziehungsweise werden im folgenden Kapitel aufgegriffen. Im Folgenden soll der Einfluss der Therapieplanung auf die Sozialdienste beschrieben werden. Dieser wurde in Relation zur professionellen Selbstbestimmung als weitere Rahmenbedingung unter dem Aspekt der Eigenständigkeit der Sozialdienste diskutiert. Strikte Therapieplanungsregime, die den Sozialdienstmitarbeiter*innen keine oder geringe Einflussmöglichkeiten auf die Terminierung ihrer Gespräche ließen, wurden von diesen als begrenzend beschrieben. In Konsequenz konnte nicht auf individuelle Bedürfnisse der Rehabilitand*innen reagiert werden, wenn zum Beispiel Angehörige mit bestimmten Arbeitszeiten an Beratungsgesprächen per Telefon teilnehmen sollten. Darüber hinaus gab es nur umständliche Möglichkeiten, einem weitergehenden Beratungsbedarf mit einem neuen Termin nachzukommen. Durch den fehlenden Einfluss konnten Ereignisse im Reha-Verlauf, wie die Entlassung der Rehabilitand*innen oder wichtige Gespräche zur Leistungsbeurteilung nicht mit einem zeitnahen Termin berücksichtigt werden. Über diese Flexibilität und Entscheidungskompetenz verfügten die Sozialarbeiter*innen mit Einfluss beziehungsweise Zugriff auf die Therapieplanungssysteme. Sie konnten individuell reagieren, ihre Kapazitäten einplanen und den Reha-Verlauf berücksichtigen.

Neben den bereits erwähnten Kompetenzen der Sozialarbeiter*innen sind weitere professionelle, das heißt auf Ebene der Sozialarbeiter*innen zu verortende Rahmenbedingungen für die Arbeit relevant. Dazu zählt das *professionelle Selbstverständnis* der Sozialarbeiter*innen. Für die Arbeit in der medizinischen Rehabilitation kann ein zweidimensionales Selbstverständnis für die Sozialdienste bestimmt werden. Grundlage dieser Bestimmung soll anhand von zwei gegenüber gestellten Interviewzitataten mit einem erfahrenen Sozialarbeiter sowie mit einer jungen, männlichen Sozialdienstleitung nachvollzogen werden.

Herr B. hat über 15 Jahre Berufserfahrung in der Sozialen Arbeit und ist ausgebildeter Coach. Er arbeitet als einer von drei Sozialarbeiter*innen in ei-

ner stationären Reha-Einrichtung. Auf die erste Frage im Interview nach seiner letzten Arbeitswoche antwortet er:

Sozialarbeiter Herr B: Von daher war [die letzte Woche, Anm. Autor*innen] [...] war schon eng, würd' ich mal sagen. [...] Und dann muss man halt, sach ich ma, so die Basics machen, das, was laufen muss. Vielleicht 'ne stufenweise Wiedereingliederung und und und. Alles, was menschliche Nähe, sag ich mal, was drumherum ist, kommt dann eher zu kurz.

Interviewer I: [...] Was sind so die Basics? [...]

Sozialarbeiter Herr B: Ich würd' mal andersherum vielleicht von mir anfangen [...] Ich bin einerseits Sozialarbeiter. (...) Bin jetzt seit fast [über 15 Jahren] im Geschäft [...] Und ich bin auch Coach [...] Und (...) unter der Schablone, sag' ich mal hier zu arbeiten, is was anderes, als wenn man sagt: »Ich bin Sozialarbeiter und muss hier ein paar Dinge abarbeiten«. Das eine sind sicher ganz notwendige verwaltungstechnische Angelegenheiten, wo, Patienten, sach ich ma auch 'n Anspruch haben. Wenn hier festgelegt wird, dass 'ne stufenweise Wiedereingliederung oder 'ne Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben laufen muss, dann wird das gemacht. Aber für mich sind diese, formellen Dinge/(.) Haben ja ihre zwei Seiten oder ihre Facetten, würd' ich mal sagen, wo auch der Mensch mit seinen Ängsten und weiß ich was einfach auch 'ne Rolle spielt ja? Und das eine is 'n **Abarbeiten**, wo ich teilweise sagen würde, das könnte genauso gut auch eine medizinische Fachangestellte machen. (.) [...] Und so hat jeder/Sicher seine verwaltungstechnische Seite. Aber auch wenn man einen Patienten sieht, der vielleicht in seinem eigenen Beruf nicht mehr arbeiten kann, wo es darum geht, Perspektiven zu entwickeln, welche Ressourcen hab' ich? Wer steht mir zur Seite? Das auch 'n bisschen zu erarbeiten. Das sehe ich auch als meine Aufgabe an. (E1 | Herr B: 10–56)

Herr B. stellt an seine Arbeit einen zusätzlichen Anspruch, neben sogenannten Basics. Bei diesen Basics, und diese Arbeiten führt er als Pflicht und Notwendigkeit seiner Tätigkeit ein, handelt es sich um verwaltungstechnische Vorgänge, die festgelegt werden, also nicht von ihm bestimmt sind. Als Beispiele nennt er die rechtlich eindeutig hinterlegten Begriffe der StW und LTA. Diesen verwaltungstechnischen Tätigkeiten stellt Herr B. dann eine andere Orientierung gegenüber. Hier steht nicht mehr der Verwaltungsvorgang im Fokus, sondern was die Situation, in der die Rehabilitand*innen stehen, mit den Menschen in Bezug auf ihre Gefühle, und später Perspektiven macht. Diese zwei Facetten werden zunächst voneinander getrennt, wenn er, möglicherweise im Gegensatz zu seiner Ausbildung und Erfahrung als Sozialarbeiter, das

Abarbeiten der verwaltungstechnischen Angelegenheiten mit den Kompetenzen von medizinischen Fachangestellten, also einem Ausbildungsberuf, in Verbindung bringt. Unmittelbar darauf entwirft er jedoch ein integriertes Bild der Profession, dass beide Dimensionen berücksichtigen kann. Sozialarbeiter*innen können sowohl die verwaltungstechnische Facette abbilden, als auch den Menschen in seiner Umwelt betrachten.

Silvia Staub-Bernasconi (2019) beschreibt bei der Vorstellung ihres Konzepts eines Tripelmandats die Entwicklung eines professionellen dritten Mandats der Sozialen Arbeit als Abgrenzung der Sozialen Arbeit von den weisungsgebundenen Berufen. Ähnlich verfährt Herr B. in der oben genannten Passage, wenn er die verwaltungstechnische Facette mit dem Ausbildungsberuf in Verbindung bringt und die Zuweisung der Themen durch andere betont. Das *Abarbeiten* ist der Arbeitsmodus ohne professionellen Auftrag, der erledigt werden muss. Dem gegenüber steht das *Erarbeiten* als Arbeitsmodus mit professionellem Auftrag. Bei der Erläuterung dieses Modus übernimmt Herr B. mit der wiedergegebenen Rede die Perspektive der Rehabilitand*innen. Anknüpfungspunkte für die Erarbeitung aus Perspektive der Rehabilitand*innen sind die (beruflichen) Perspektiven der Rehabilitand*innen, deren Ressourcen einschließlich ihrer sozialen Unterstützung (vgl. Entwicklung von Perspektiven). Konnotationen dieser Facette zur Ko-Produktion und der Reflexionsarbeit werden deutlich. Herr B. fällt in den Beratungsgesprächen mit seiner Coaching-Ausbildung auf. In den Gruppenangeboten ist seine Didaktik frontal. Er legt jedoch Wert auf eine zugewandte Haltung, die teilweise unprofessionell anmutende Züge annimmt. Der Sozialdienst, dem Herrn B. zugehörig ist, kann als klassischer Sozialdienst mit guter Präsenz im Reha-Team beschrieben werden. Dieser wird vom Chefarzt sehr wertgeschätzt, durch das MBOR-Kernangebot der Einrichtung ist er zudem in den Reha-Prozess gut eingebunden. Das Wissen über die Kompetenzen des Sozialdienstes seitens des Reha-Teams ist jedoch eingeschränkt.

Die Position von Herrn B. wird im Folgenden einem jungen Sozialarbeiter mit weniger als fünf Jahren Berufserfahrung und Leitungsverantwortung gegenübergestellt. Herr A. arbeitet ebenfalls mit zwei Sozialarbeiter*innen in einem Sozialdienst. Der folgende Abschnitt beinhaltet die Antwort auf die Frage nach den Inhalten, die Herr A. aus dem Studium anwenden kann.

Sozialarbeiter Herr A: Kann das irgendjemand? (I: lacht) Hat irgendjemand, wirklich, [...] hat irgendjemand jemals mal »Ja« gesagt? Dass man das, was man studiert hat, (I: lacht) perfekt eigentlich für dieses Arbeitsleben vor-

bereitet hat? [...] Ich hab' meine Bücher über die Beratung, aber ich find' die passt in' Reha-Bereich nicht rein, so systemische Beratung, lösungsorientierte, also lösungsorientierte [...] Beratung hab' ich mir am Anfang ein paar Techniken angeschaut, aber die nutzt man hier einfach nicht. Dafür ist die Zeit zu kurz und es geht ja nicht darum, dass Patienten selber auf die Lösung kommen, find' ich hier. Sondern man sagt denen ja: »Diese und diese Anträge können Sie stellen.« Ich find' schon, dass Reha/Sozialdienst [in der] Reha, ich sag' immer bürokratisch ist. [...] man berät nicht im Sinne von (.) was man im Studium lernt, diese ganzen Fragekataloge, die man da hat, die ich früher im Studium eigentlich geliebt habe, aber hier einem einfach nichts bringen. (I: Mhm.) Also das würde für mich viel zu lange Zeit kosten, zu fragen: »Ja welche Möglichkeit gibt es? Was stellen Sie sich beruflich [vor]?« Okay ich versteh' schon, was [die Rehabilitand*innen, Anm. Autor*innen] sich beruflich vorstellen, aber ich/es geht ja eher darum, zu sagen, welche Möglichkeiten gibt es, um dahin zu kommen? (I: Mhm.) Dass es diese Anträge gibt, das und das sind Angebote der Rentenkasse, wenn das der Kostenträger, -träger ist oder gerade bei den Pflegepatienten geht 's ja darum: Diese, diese, diese Möglichkeiten gibt es, das, das, das [...] könnten Sie/wir für Sie machen.[...]ich denk oft nach, dass so 'ne Ausbildung oder so ganz praktisch wäre, weil das eher/dass man 's eher wirklich berufsbegleitend macht beziehungsweise das Studium viel mehr einen Beruf, also berufsbegleitend erklärt als dieses Allgemeine. Mir würde/hätte viel mehr im Studium geholfen zu lernen, wie man spezielle Anträge ausfüllt oder welche Anträge es gibt (E8 I\Herr A: 1773–1790)

Zu den Gemeinsamkeiten der beiden Positionen zählt, die Berücksichtigung der zeitlichen Rahmenbedingungen, die beide Positionen maßgeblich bestimmen und sicherlich zur Ausbildung eines arbeitsfeldspezifischen professionellen Selbstverständnisses für die Soziale Arbeit beitragen.

Die Aussage von Herrn A. widerspricht der von Herrn B. jedoch grundsätzlich. Herr A. verfügt auch über die Kenntnis zu verschiedenen Beratungsansätzen, die er mit der gemeinsamen Erarbeitung von Problemverständnissen oder –lösungen in Verbindung bringt. Aus der fehlenden Zeit schlussfolgert er jedoch die Ablehnung dieser Ansätze und erteilt damit dieser Herangehensweise eine generelle Absage für seine Arbeit. Dazu lehnt er die Orientierung an der gemeinsamen Erarbeitung von Lösungen ebenfalls prinzipiell ab, da es nicht um die Lösung durch die Rehabilitand*innen gehe, sondern diese von den Sozialdiensten in Form von Anträgen präsentiert werden. Schließlich ordnet er dem Sozialdienst einen bürokratischen Arbeitsstil zu, den er in einer

anderen Passage des Interviews noch auf den Fachbereich der Pneumologie begrenzt hat. Der Arbeitsstil besteht aus der Weitergabe von Leistungsinformationen beziehungsweise einem zurückhaltenden Eingehen auf die Wünsche der Rehabilitand*innen, um dann Optionen zu nennen. Dabei gehe es jedoch ausschließlich um die Möglichkeiten der Sozialversicherungsträger. Herr A. nennt an anderen Stellen im Interview die Arbeitgeber als Akteure. Eine Orientierung am Menschen in seiner gesamten Umwelt ist bei ihm nicht zu beobachten und wird auch von ihm nicht berichtet. Herrn A. haben wir an anderer Stelle als Sozialarbeiter mit noch vergleichsweise wenig Berufserfahrung bereits im Kapitel der Arbeitsformen bei der Diskussion der Bedingungen der Emotionsarbeit eingeführt. Das von ihm gezeigte Nicht-Verhalten bei einem emotionalen Ausbruch einer Rehabilitandin sollte bei seiner Charakterisierung als Vertreter der verwaltungstechnischen Dimension des Selbstverständnisses berücksichtigt werden.² Seine Leidenschaft beschreibt er mit der Neu-Organisation von Prozessen. Der Sozialdienst von Herrn A. ist durch ein geringes interprofessionelles Engagement gekennzeichnet, die Zusammenarbeit mit dem Reha-Team kann mit einer hohen Arztzentrierung charakterisiert werden. In der Einrichtung wird die Zeit, die im Kontakt mit den Rehabilitand*innen verbracht wird, als Benchmark gemessen.

Die Schilderungen von Herrn A. zu seiner Ausbildung sind aus Professionsperspektive und unter Berücksichtigung eines dafür notwendigen professionellen Mandats zu betrachten. In seinem Entwurf einer alternativen Ausbildung, die er sich im Nachhinein wünscht, orientiert er sich sehr stark an den Themen der Praxis, den allgemeinen Inhalten der Ausbildung komme kein besonderer Wert zu. Er knüpft damit an ein praxeologisch geprägtes Professionsverständnis der Sozialen Arbeit, wie es zum Beispiel von Schütze (2021) formuliert wurde, an. Der professionelle Überbau, der bei Schütze zur Sozialarbeitsprofession dazugehört, wird hier jedoch nicht berücksichtigt, vor allem, wenn Herr A. seine Tätigkeiten mit einem Ausbildungsberuf ohne professionelle Reflexion in Verbindung bringt. Hier ist er wiederum Herrn B. in der Argumentation sehr ähnlich, der die verwaltungstechnische Dimension ebenfalls mit einem Ausbildungsberuf in Verbindung gebracht hat. Aus unserer Sicht handelt es sich dabei um eine Unterschätzung der verwaltungstechnischen Dimension Sozialer Arbeit, was im Folgenden ausgeführt werden soll.

2 Seine vergleichsweise geringe Erfahrung hat in der entsprechenden Situation jedoch auch zum Verständnis beigetragen.

An mehreren Stellen der Beschreibung der Praxis sind professionelle, das heißt die Profession der Sozialen Arbeit auszeichnende Tätigkeiten, Orientierungen etc. hervorgehoben worden. Dazu zählen die Verarbeitung und Weitergabe der sozialrechtlichen Informationen sowie Informationen aus dem oder über den Reha-Prozess für den Einzelfall und der unter anderem damit zusammenhängende individuelle Zuschnitt der Planungsarbeit. Hinweise auf die Professionalität der Sozialarbeiter*innen kann auch eine Informationsasymmetrie der Sozialarbeiter*innen gegenüber den Rehabilitand*innen geben. Indikatoren dieser Asymmetrie sind bei den Rehabilitand*innen an vielen Stellen zu finden, da sie in den Beratungsgesprächen oder Gruppenterminen schnell in eine Abhängigkeit zu den berichteten Inhalten der Sozialarbeiter*innen geraten und diese mit weiteren (Nach-)Fragen untermauern. Dieses Verhältnis konnte in manchen Einrichtungen auch in der Auseinandersetzung mit dem Reha-Team entstehen. Dabei nehmen Sozialarbeiter*innen in vielen Einrichtungen die Rolle der Rechtsexpert*innen (Scheiblich et al., 2022) ein. Innerhalb mancher Sozialdienste und in externen Arbeitskreisen werden Erfahrungen im Zuge der Antrags-, Planungs- oder Informationsarbeit reflektiert. Diese entwickeln sich teilweise zu Praxisobjekten, wie vorgefertigten Begleitschreiben an die Sozialversicherungen zur Unterstützung der Antragsarbeit.

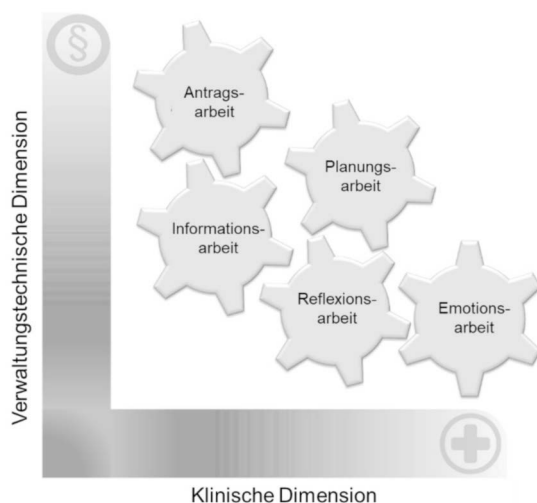
[...] und das kam nicht nur einmal vor, das kommt regelmäßig vor, [weiterhin krankgeschriebene, Anm. Autor*innen] Patienten gehen nach der Aussteuerung zum Arbeitsamt oder beantragen Arbeitslosengeld. Und dann sagt das Arbeitsamt: »Sie stehen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung, abgelehnt.« (.) Das kommt immer wieder vor und das ist richtig (Sozialarbeiterin Frau B: Lacht) nervig. Und dann machen wir teilweise so Schreiben fertig, beziehungsweise hab' ich meine Kollegen gefragt: »Wie geht ihr da vor?«, und dann hab' ich mir daraus so 'n Musterding mal zusammen- (.) -geschrieben mit Ver/Verweis auf Aussteuerung und Paragraph im SGB und so. (E2 I/Frau B: 861–865)

Andere Produkte dieser metareflexiven Auseinandersetzung sind Informationsblätter der Sozialdienste, Präsentationsvorlagen, Dokumentationsvorlagen oder die in der Antragsarbeit beschriebenen Antragslogiken. Damit sind zwei der vier Schritte, die es laut Schütze (2021) zur Ausbildung der Sozialarbeitsprofession braucht, zu beobachten. Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Themen aus der Praxis existiert, ist jedoch sehr

schwach ausgeprägt und wird in der Praxis nicht rezipiert. Orientierungen an den Theorien der Bezugswissenschaften, als vierter und letzter Schritt der Professionsentwicklung bei Schütze, sind nur vereinzelt zu erkennen gewesen. Das Studium der Sozialen Arbeit wurde von vielen Sozialarbeiter*innen so bewertet wie von Herrn A. aus E8.

Die obengenannten Professionalitätsmarker und die nachvollziehbaren Schritte zur Sozialarbeitsprofession können der verwaltungstechnischen Dimension zugeordnet werden. Damit wird den Darstellungen der befragten Sozialarbeiter*innen widersprochen, die diese Tätigkeiten mit einem Beruf in Verbindung bringen. Es konnte dagegen gezeigt werden, dass die Auseinandersetzung mit den verwaltungstechnischen Angelegenheiten der Rehabilitand*innen eine professionelle Leistung ist, die von der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation erbracht wird.

Abbildung 10: Zuordnung der Arbeitsformen zu den Dimensionen des professionellen Selbstverständnisses



Das zweidimensionale Selbstverständnis der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation bezieht sich damit, erstens, auf die verwaltungstechnischen Angelegenheiten der Rehabilitand*innen (im Folgenden die verwaltungstechnische Dimension). Ein zweiter Bezugspunkt ist der Mensch in

seiner Umwelt, da dies ebenfalls die Grundlage der klinischen Sozialarbeit ist (Pauls & Gahleitner, 2022; im Folgenden die klinische Dimension). Diese beiden Dimensionen sind unabhängig voneinander zu sehen, jedoch gibt es, so wie Herr B. aus E1, Sozialarbeiter*innen, die mit einem Hybrid-Verständnis auf ihre Arbeit in der medizinischen Rehabilitation blicken. Den beiden Dimensionen lassen sich die Arbeitsformen in der Tendenz zuordnen (vgl. Abbildung 10).

In Abbildung 10 wird deutlich, dass es Überschneidungen gibt, die sich teilweise innerhalb der Arbeitsformen beziehungsweise in den Kombinationen dieser zeigen. Entsprechend erklärt sich die Variation der Praxis auch aufgrund des Selbstverständnisses der Sozialarbeiter*innen.

Der Informationsstand der Sozialdienste wurde bereits als eine wichtige Bedingung der Informationsarbeit erläutert. Eine weitere Publikation, die im Rahmen des Projekts entstanden ist, nimmt Bezug auf andere Rahmenbedingungen aufseiten der Sozialdienste. Knoop et al. (z. Publ. eing.) gehen auf den Umgang der Sozialdienstmitarbeiter*innen mit teils widersprüchlichen Mandaten der Gesellschaft und der Rehabilitand*innen ein. Auf eine weitere Rahmenbedingung, die Rahmenbedingungen auf Ebene der Einrichtung und der Profession zusammenbringt, soll aufgrund ihrer zentralen Bedeutung für die Arbeit der Sozialdienste in einem eigenen, nachfolgenden Kapitel genauer eingegangen werden.