

TOBIAS KNOOP, NADJA SCHEIBLICH,

STEPHAN DETTMERS, THORSTEN MEYER-FEIL

SOZIALE ARBEIT IN DER REHABILITATION

PRAXIS UND WIRKMECHANISMEN SOZIALER ARBEIT

IN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION



[transcript]

Tobias Knoop, Nadja Scheiblich, Stephan Dettmers, Thorsten Meyer-Feil
Soziale Arbeit in der Rehabilitation

Gesundheit, Kommunikation und Gesellschaft | Band 2

Tobias Knoop, geb. 1988, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Rehabilitationsmedizin (Profilzentrum Gesundheitswissenschaften) an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Nadja Scheiblich, geb. 1996, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Rehabilitationsmedizin (Profilzentrum Gesundheitswissenschaften) an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und an der Medizinischen Fakultät OWL der Universität Bielefeld.

Stephan Dettmers (Prof. Dr.), geb. 1967, ist Leiter des Instituts für Soziale Arbeit im Lebensverlauf der Ostschweizer Fachhochschule in St. Gallen und erster Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.

Thorsten Meyer-Feil (Prof. Dr.), geb. 1968, ist Direktor des Instituts für Rehabilitationsmedizin (Profilzentrum Gesundheitswissenschaften) an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften.

Tobias Knoop, Nadja Scheiblich, Stephan Dettmers, Thorsten Meyer-Feil

Soziale Arbeit in der Rehabilitation

Praxis und Wirkmechanismen Sozialer Arbeit
in der medizinischen Rehabilitation

[transcript]

Wir danken dem Förderer Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen (GfR) e.V. (Fördernummer 19001/623-25).

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://dnb.dnb.de/> abrufbar.



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 Lizenz (BY-SA). Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell, sofern der neu entstandene Text unter derselben Lizenz wie das Original verbreitet wird.

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Erschienen 2024 im transcript Verlag, Bielefeld

© Tobias Knoop, Nadja Scheiblich, Stephan Dettmers, Thorsten Meyer-Feil

Umschlaggestaltung: Maria Arndt, Bielefeld

Umschlagabbildung: Marcus Aurelius / www.pexels.com

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar

<https://doi.org/10.14361/9783839466049>

Print-ISBN: 978-3-8376-6604-5

PDF-ISBN: 978-3-8394-6604-9

Buchreihen-ISSN: 2940-1828

Buchreihen-eISSN: 2940-1836

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Inhalt

Danksagung7

1. Einführung9

2. Zwischen Teilhabe, sozialen Problemen und Wirkung – theoretische und konzeptionelle Einordnung eines qualitativen Versorgungsforschungsprojekts13

 i) Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation13

 ii) Sozialarbeiterische Wirkmechanismen in der medizinischen Rehabilitation (SWIMMER)17

 iii) Theoretische und konzeptionelle Bezugspunkte17

 iv) Vorannahmen im SWIMMER-Projekt22

 v) Fazit24

3. Methodisches Vorgehen25

4. Stichprobe und erhobene Daten33

5. Arbeitsformen, Interaktionssettings und Aufgaben der Sozialdienste39

 i) Arbeitsformen39

 ii) Interaktionssettings85

 iii) Aufgaben127

6. Ein Wirkmodell der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation149

 i) Inputfaktoren149

 ii) Erfolgskriterien152

 iii) Rahmenbedingungen154

7. Präsenz der Sozialdienste in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation	165
i) Entwicklung der Kategorie Präsenz der Sozialdienste im Fallvergleich	167
ii) Indikatoren der Präsenz der Sozialdienste	176
iii) Resümee	187
8. Schlussfolgerungen für die Wissenschaft und Praxis	191
i) Zusammenfassung	191
ii) Einordnung in den Forschungsstand	193
iii) Limitationen	195
iv) Schlussfolgerungen und Ausblick	198
Literaturverzeichnis	203

Danksagung

Als Autor*innen dieses Buches und Verantwortliche des Forschungsprojekts SWIMMER (Sozialarbeiterische Wirkmechanismen in der medizinischen Rehabilitation) bedanken wir uns bei der GfR NRW e.V. für die Unterstützung dieses Forschungsvorhabens. Die Soziale Arbeit hat einen großen Nachholbedarf in der Rehabilitationsforschung, und es wird von ihr erwartet, ihre Wirkungen nachzuweisen. Umso mehr sind wir dankbar dafür, dass in diesem Projekt eine primär grundlagenorientierte Forschung gefördert worden ist.

Ebenso möchten wir uns bei dem Projektbeirat bedanken, der aus den beiden Würzburger Kolleg*innen Prof. Dr. Heiner Vogel und Prof. Dr. Silke Neuderth, Eleonore Anton als Vertreterin der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG), Christina Keßler und dem ehemaligen Vorsitzenden der DVSG und aktuellem Geschäftsführer der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (WAG) von Seiten der DRV Westfalen, Norbert Gödecker-Geenen, bestand. Eleonore Anton sei an dieser Stelle ein besonderer Dank ausgesprochen, da sie bereits vor Projektbeginn als begeisterte und motivierende Gesprächspartnerin und einzigartige Expertin für das Feld der Sozialen Arbeit zur Verfügung gestanden hat. Darüber hinaus hat sie das Sampling der zweiten Phase gemeinsam mit der Geschäftsstelle der DVSG, Elke Cosanne, und der Landessprecherin NRW der DVSG, Daniela König, in die Wege geleitet. Auch Frau Cosanne und Frau König sei an dieser Stelle für die Diskussion der Machbarkeit der Samplingstrategien ein herzlicher Dank ausgesprochen.

Weiterhin möchten wir unserer Kollegin, Dr. Christiane Tilly, einen ausdrücklichen Dank aussprechen. Frau Tilly hat uns tatkräftig bei der Auswertung unterstützt und viele wertvolle Impulse geliefert und Gedanken eingebracht. Zudem hat sie uns, zusammen mit Julius Freymüller und Volker Gehlert, bei der formalen und inhaltlichen Überprüfung des Buchmanuskripts unterstützt.

Zuletzt wollen wir noch allen in den zwei Erhebungsphasen und der Pre-Test-Phase teilnehmenden Einrichtungen und den Ansprechpartner*innen vor Ort danken, die unsere Studie erst möglich gemacht haben. Das generelle Interesse an unserer in der Erhebung aufwendigen Studie unter den Bedingungen der Corona-Pandemie hat uns positiv überrascht und sehr gefreut. Zudem sprechen wir den Mitarbeitenden der Sozialdienste unseren besonderen Dank aus. Diese leisten in der täglichen Arbeit mit den Rehabilitand*innen und darüber hinaus besondere Arbeit in einem nicht immer einfachen Umfeld. Wir hoffen, dass wir mit unserer Studie die Arbeit der Sozialdienste angemessen repräsentieren, Anregungen geben und die Kolleg*innen für die wissenschaftliche Auseinandersetzung begeistern können.

1. Einführung

Die Soziale Arbeit ist ein fester Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. In Deutschland sind Sozialarbeiter*innen bereits seit Mitte der 1970er Jahre Teil des interprofessionellen Rehabilitationsteams. Aber auch im internationalen Raum ist die Profession wesentlich am Rehabilitationsprozess beteiligt (Scheiblich et al., 2023). Sozialarbeiter*innen adressieren dabei die sozialen Folgen von chronischen Krankheiten und Behinderung und verfolgen die Zielsetzung, Teilhabe zu ermöglichen beziehungsweise zu fördern (Dettmers, 2021).

Trotz dieser Etablierung im Feld der Rehabilitation hat die rehabilitationswissenschaftliche Forschung die Profession und ihre Praxis bislang wenig in den Blick genommen. So fehlt es an einer theoretischen Beschreibung sozialarbeiterischer Praxis in der medizinischen Rehabilitation. Ebenso konnten bislang keine eindeutigen Wirksamkeitsnachweise sozialarbeiterischer Interventionen erbracht werden (Knoop et al., 2019).

Das Forschungsprojekt *Sozialarbeiterische Wirkmechanismen in der medizinischen Rehabilitation* (SWIMMER) setzt an dieser Stelle an. Ausgehend von einer primär rehabilitationswissenschaftlichen Perspektive haben wir uns der Praxis der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation gewidmet. Eingebettet in eine rehabilitationswissenschaftliche Arbeitsgruppe ist zugleich eine sozialarbeiterische Perspektive vertreten. Diese wird zum einem durch die beruflichen Hintergründe zweier Autoren (TK, SD) und zum anderen durch entsprechende Bezugstheorien und Konzepte repräsentiert, wie das Tripelmandat und die Theorie Sozialer Arbeit als Wissenschaft und Praxis der Erklärung, Lösung und Vorbeugung sozialer Probleme von Silvia Staub-Bernasconi (Staub-Bernasconi, 2018, 2019).

Unter der Annahme, dass die Praxis der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation einer erheblichen Variation unterliegt (Knoop et al., 2019), wurde diese im Rahmen des SWIMMER-Projekts zunächst be-

schrieben. Im Einzelnen untersuchten wir das Selbstverständnis und die Handlungsbegründungen der Sozialarbeiter*innen sowie den praktischen Umgang mit Zielvorstellungen der Rehabilitand*innen und potentiellen Zielkonflikten. Auch wurden die Rahmenbedingungen beleuchtet und Rollen Sozialer Arbeit im interprofessionellen Rehabilitationsteam herausgearbeitet. Auf Basis dieser Erkenntnisse sollten Gründe für die angenommene Praxisvariation identifiziert werden. Zudem zielten wir darauf ab, Wirkmechanismen der Sozialen Arbeit im Rahmen einer Programmtheorie aufzuzeigen, mit deren Hilfe theoretisch beschrieben werden kann, welche erwarteten Wirkungen Interventionen unter welchen Bedingungen entfalten können (Funnell & Rogers, 2011). Auf die Soziale Arbeit bezogen bedeutet dies konkret: Wie können sozialarbeiterische Interventionen in der medizinischen Rehabilitation unter welchen Bedingungen wirken?

Um dies zu beantworten, haben wir einen qualitativen Forschungsansatz umgesetzt, indem wir unter anderem Leitfadeninterviews mit Sozialarbeiter*innen und Leitungspersonen sowie teilnehmende Beobachtungen, in insgesamt zehn Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, erhoben haben.

Das Buch *Soziale Arbeit in der Rehabilitation – Praxis und Wirkmechanismen Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation* basiert auf dem SWIMMER-Projekt. Im ersten Teil werden zunächst die theoretischen und konzeptionellen Bezüge sowie allgemeine Hintergründe des Projektes vorgestellt. An diese Einordnung anschließend werden die Forschungsmethoden und die Stichprobe dargelegt. In diesem Teil wird auch das Vorgehen bei der Auswahl der Einrichtungen, den Erhebungsmethoden und zur Auswertung der Daten erläutert. Weiterhin wird ein Überblick über die Charakteristika der eingeschlossenen Einrichtungen gegeben. Im Hauptteil werden schließlich die zentralen Ergebnisse präsentiert. Diese orientieren sich an den in der entwickelten Programmtheorie enthaltenen Komponenten. Den Kern dieser Theorie bilden dabei die Arbeitsformen und Aufgaben der Sozialdienste sowie die Settings, in denen Interaktionen mit relevanten Akteur*innen stattfinden. Eine Kontextualisierung dieses Kerns findet statt, indem unter anderem auf Inputfaktoren, wie Kompetenzen der Sozialarbeiter*innen, und Rahmenbedingungen eingegangen wird. Bezüglich der Rahmenbedingungen wird insbesondere die Präsenz der Sozialdienste in der medizinischen Rehabilitation thematisiert. Das Buch schließt mit Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis. Zudem werden eine Einordnung in den Forschungsstand vorgenommen und Forschungsdesiderata aufgezeigt.

Die im Hauptteil enthaltenen Ergebnisse des SWIMMER-Projektes bilden den Kern dieses Buches. Der Fokus liegt hierbei auf der Praxis der Sozialen Arbeit. Bei der Ergebnisdarstellung wird immer wieder auf Beispiele aus einzelnen Sozialdiensten rekurriert. Diese werden zum Teil vergleichend gegenübergestellt, um die Praxis der Sozialdienste inklusive ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu illustrieren und einen Einblick in diese Praxis zu ermöglichen. Damit sind Sozialarbeiter*innen, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind, aber auch weitere Professionen der Rehabilitation, die primäre Zielgruppe dieses Buches. Für Praktiker*innen soll das Buch die Möglichkeit bieten, mehr über die Arbeit und die Rahmenbedingungen anderer Sozialdienste zu erfahren. An dieser Stelle sei jedoch betont, dass es weder die Intention des Forschungsprojektes noch des Buches ist, »gute Sozialdienste« zu identifizieren, beziehungsweise darzustellen. Es geht vielmehr um die theoretische Beschreibung und dahingehend um die Analyse der Praxis von Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Vergleiche dienen demzufolge primär einem analytischen Zweck. Auf ihrer Grundlage wurde die Programmentheorie, das sogenannte SWIMMER-Modell, entwickelt, das in seinen Grundzügen im Buch vorgestellt wird. Anknüpfend daran möchten wir mit diesem Buch ebenso zum wissenschaftlichen Diskurs der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation beitragen. Demnach richtet sich dieses Buch ebenfalls an Wissenschaftler*innen aus der Medizin und den Bildungs- und Sozialwissenschaften mit Interesse an der Sozialen Arbeit.

In diesem Zusammenhang ist es uns wichtig hervorzuheben, dass ein Anliegen des SWIMMER-Projekts darin besteht, die Evidenzbasierung der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation zu stärken. Variation, wie angenommen und letztlich auch bestätigt, kann begründet wie auch unbegründet auftreten. So kann sie beispielsweise dienlich sein, um dem Einzelfall gerecht zu werden. Hinsichtlich dessen war das Vorgehen des SWIMMER-Projektes geeignet, um die Begründung hinter der Variation aufzudecken. So konnten schließlich Empfehlungen für die Praxis abgeleitet und weitere Forschungsbedarfe aufgezeigt werden.

2. Zwischen Teilhabe, sozialen Problemen und Wirkung – theoretische und konzeptionelle Einordnung eines qualitativen Versorgungsforschungsprojekts

Der folgende Beitrag ist als Open Access Titel in der Zeitschrift *Soziale Passagen* zur Einordnung und Vorstellung des Projekts erschienen (Knoop et al., 2022) und wurde für dieses Buch mit wenigen Anpassungen übernommen.

i) Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation

Das Rehabilitationssystem in Deutschland unterscheidet Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen. Da sich diese Leistungen an Menschen mit Behinderung beziehungsweise von Behinderung bedrohte Menschen richten, sind die übergreifenden Bestimmungen der Leistungen zur Rehabilitation im Zuge der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in das Sozialgesetzbuch (SGB) IX übertragen worden. Übergeordnete Ziele dieser Leistungen sind daher die Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (§1 SGB IX).

Die im Kern soziale Zielstellung der medizinischen Rehabilitation wird in Abhängigkeit der Leistungsträgerschaft weiter ausdifferenziert. Dabei wird nach dem Ziel der Reha-Maßnahme unterschieden. So können Maßnahmen von Personen im berufsfähigen Alter durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) auf Antrag bewilligt werden. Damit verbunden ist eine besondere Fokussierung der Teilhabe am Arbeitsleben (»Reha vor Rente« vgl. §9 SGB VI). Im Vergleich der Kostenträger übernahm die DRV 2019 ca. 39,2 % der Kosten

aller Leistungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Gesamtvolumen; 10.644 Mio. €). Darauf folgten unter anderem die GKV mit 29,8 % (BAR, 2021). Differenzierte Daten zu den Rehabilitationsmaßnahmen hält die DRV vor, die 2019 für über eine Million medizinische Rehabilitationsleistungen aufgekommen ist. 81,0 % der Leistungen für Erwachsene werden stationär erbracht. Zu den wichtigsten Indikationsbereichen zählen die muskuloskelettalen Krankheiten mit 42,0 % aller stationären Leistungen, sowie die psychischen Erkrankungen (ca. 17,0 %), deren Anteil seit einiger Zeit steigt. Die durchschnittliche Dauer eines stationären Aufenthaltes lag exklusive Rehabilitationsleistungen bei Abhängigkeitserkrankungen (ca. 87,4 Tage) und psychischen Erkrankungen (ca. 37,3 Tagen) zwischen 23,4 und 29,7 Tagen (DRV Bund, 2021).

Sozialdienstmitarbeiter*innen der Reha-Einrichtungen arbeiten unter ärztlicher Aufsicht und in enger Kooperation mit den anderen Berufsgruppen (zum Beispiel Psycholog*innen, Spezialtherapeut*innen, Pflege) zusammen. Fallbezogene Aufgaben sind die finanzielle Absicherung für die Zeit des Reha-Aufenthalts, die Förderung der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe sowie die Organisation nachsorgender Leistungen (Knoop & Anton, 2022). Methodisch orientiert sich die Soziale Arbeit in diesem Arbeitsfeld hauptsächlich an der Einzelfallhilfe (Lukaszik et al., 2019). Instrumente der Qualitätssicherung der DRV, die eine wirtschaftliche Bedeutung für die von der DRV federführend belegten Einrichtungen haben (Zeisberger et al., 2019), bestimmen mit ihren Vorgaben die Ausgestaltung und Inhalte der Leistungen der Sozialen Arbeit maßgeblich mit (Knoop & Anton, 2022). Hinsichtlich der Strukturqualität der Sozialdienste werden Vorgaben für die personelle Ausstattung der Reha-Einrichtungen gemacht. Diese liegen in der ganztägig ambulanten Rehabilitation (1,25 Vollzeit-Stellen je 100 Behandlungsplätze, Vorgaben nur für Orthopädie, Kardiologie und Neurologie) und der stationären psychosomatischen Rehabilitation (1,2 Vollzeit-Stellen je 100 Betten) höher als in der stationären somatischen Rehabilitation (1,0 Vollzeitstellen je 100 Betten). Indikationsübergreifend wurden Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der sogenannten Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, DRV Bund, 2021) zusammengeführt. Die KTL dient als ein zentrales Instrument zur Sicherung der Prozessqualität. Für einzelne Leistungen sind unter anderem die notwendige Ausbildung der leistenden Berufsgruppen, die Inhalte sowie die Häufigkeit und Dauer der Leistungen festgelegt. Aktuell erhalten 96,0 % aller Rehabilitand*innen mindestens einmalig Leistungen aus dem Leistungsbereich der Sozialen Arbeit. Diese

verteilen sich auf 1,2 Leistungen pro Woche und dauern dabei im Schnitt 36 Minuten pro Woche (DRV Bund, 2021). Indikationsbezogen wurden die KTL zur Entwicklung sogenannter Reha-Therapiestandards (RTS) genutzt, um die Versorgung bestimmter Indikationsgruppen entsprechend evidenzbasierter Therapievorgaben zu vereinheitlichen. Im Vergleich zu den im Gesundheitswesen sonst üblichen Leitlinien mit einem Algorithmus-basierten Vorgehen für den individuellen Behandlungsfall wurde eine modulare Beschreibung der Versorgung anhand sogenannter evidenzbasierter Therapiemodule (ETM) inklusive Vorgaben zum Mindestanteil behandelter Rehabilitand*innen einer Reha-Einrichtung und zur Minstdauer gewählt. Im Rahmen der Entwicklung der RTS und ihrer Aktualisierung (Farin et al., 2018) ließen sich keine geeigneten empirischen Studien zur Begründung der Leistungen Sozialer Arbeit finden. Trotzdem unterscheiden sich die RTS hinsichtlich der Vorgaben der Module, die unter anderem sozialarbeiterische Leistungen enthalten (ETM: Soziale und berufliche Integration beziehungsweise ETM: Organisation der Nachsorge). Eine an die Aktualisierung der RTS anschließende Literaturrecherche zeigte, dass die Inanspruchnahme der Leistungen eine große Variation aufweist und aufgrund fehlender randomisiert-kontrollierter Studien keine Aussagen zur Wirksamkeit der Interventionen getroffen werden können (Knoop et al., 2019). In einer Analyse von Routinedaten der DRV konnte die variable Inanspruchnahme nur zu einem geringen Teil mit Merkmalen der Rehabilitand*innen oder der Rehabilitationsmaßnahme erklärt werden (Knoop & Meyer, 2019).

In der Zwischenzeit wurden Studien zur Wirksamkeit sozialarbeiterischer Leistungen veröffentlicht. Knoop und Meyer (2020) untersuchten den Effekt einer sozialarbeiterischen Beratungsleistung in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. Diese quasi-experimentelle Studie wertete Routinedaten der DRV aus, die neben Informationen aus KTL-Daten (DRV Bund 2007a), aus der Befragung der DRV zur subjektiven Bewertung des Reha-Aufenthalts sowie –Erfolgs (DRV Bund 2007b) und zum Reha-Aufenthalt auch soziodemografische Angaben aus den Versichertenkonten der Rehabilitand*innen enthielten. Rehabilitand*innen, die während ihres Aufenthalts mindestens einmal Beratungsleistungen aus dem Sozialdienst erhielten, wurden mit Rehabilitand*innen, die diese Leistungen nicht erhielten, anhand eines an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (DIMDI, 2005) orientierten Outcome-Index verglichen. Zur Berücksichtigung der fehlenden Vergleichbarkeit der Gruppen in potentiellen Einflussfaktoren auf die Teilhabemöglichkeiten der Rehabilitand*innen

(Soziodemografie, -ökonomie, sozialmedizinische und Rehaprozessbezogene Paramater) wurden lediglich Rehabilitand*innen in die Auswertung miteinbezogen, die nach einem Propensity Score Matching (Guo & Fraser, 2011) einen statistischen Zwilling hatten. Der Vergleich der beiden Gruppen zeigte sowohl für die kardiologische als auch für die orthopädische Rehabilitation eine Überlegenheit im Reha-Erfolg mit kleiner Effektgröße für die Gruppe ohne Sozialberatung. Unter Berücksichtigung der Limitationen des methodischen Vorgehens wurde mit dieser Studie erstmals die Wirksamkeit sozialarbeiterischer Leistungen mit hoher externer Validität untersucht. Weitere veröffentlichte Studien zur Wirksamkeit der Leistungen komplettieren ein inkonsistentes Bild, mit positiver Wirkung einer telefonischen Nachsorgeintervention bei orthopädischen Rehabilitand*innen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) in der beruflichen Teilhabe (Vogel et al., 2017) beziehungsweise keiner signifikanten Wirkung einer intensivierten Gruppenintervention von Sozialarbeiter*innen mit kardiologischen Rehabilitand*innen mit BBPL bei dem Return-to-Work oder der Lebensqualität (Salzwedel et al., 2019).

Die fehlenden Wirksamkeitsnachweise und die Variation in der Inanspruchnahme veranlasste die DRV dazu, sozialarbeiterische Leistungen in der medizinischen Rehabilitation weiter zu standardisieren. Dafür wurden Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation entwickelt und veröffentlicht (DRV Bund, 2022a). Entlang thematischer Schwerpunkte und verschiedener Bedarfslagen werden im Sinne eines Best-Practice-Ansatzes Interventionen erläutert. In Ermangelung externer Evidenz und in Folge der unklaren Übertragbarkeit internationaler Forschung sind die Praxisempfehlungen primär unter Rückgriff auf Erfahrungswissen entwickelt worden und bilden den Status quo ab. Dies entspricht den Zielen des Vorhabens und trägt für klinisch tätige Sozialarbeiter*innen praktisches und konsentiertes Wissen zusammen. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der sozialarbeiterischen Praxis erfolgt allerdings nicht. Wird diese Auseinandersetzung zum Beispiel durch den Vergleich der drei oben genannten Studien im Hinblick auf deren Vergleichbarkeit und Aufklärung des Zustandekommens der Ergebnisse angestrebt, wird ein zusätzlicher Nachholbedarf zur Erklärung solcher empirischer Phänomene offengelegt: Es fehlt an einer theoretischen Erläuterung beziehungsweise Explikation der Interventionen Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation unter Bezugnahme auf die Zielgruppe und Erfolgskriterien.

ii) Sozialarbeiterische Wirkmechanismen in der medizinischen Rehabilitation (SWIMMER)

Das Projekt SWIMMER setzt an diesen Punkten an und soll zum einen zur Entwicklung von Maßnahmen und zum anderen zur Weiterentwicklung von Bewertungsmaßstäben beitragen. Ziel der von der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften NRW e.V. geförderten Studie ist eine Wirksamkeitsnachweisen vorgeschaltete grundlagenorientierte Forschung, indem mit einem qualitativen, fall-vergleichenden Studiendesign (Meyer et al., 2012) in zehn teilnehmenden Reha-Einrichtungen Handlungsbegründungen der Sozialarbeiter*innen sowie die Rahmenbedingungen in den Blick genommen werden sollen. Unter Berücksichtigung der Samplingstrategien (theoretisches Sampling) und Auswertungsschritte der Grounded Theory (Corbin & Strauss, 1990) sollen mögliche Gründe für die Versorgungsvariation identifiziert und eine Programmtheorie zur Abbildung potentieller Wirkmechanismen Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation entwickelt werden. Die gezielte Auswahl der Einrichtungen und der systematische Vergleich sollen die Herausarbeitung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden ermöglichen. Im Folgenden werden die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen, auf denen die genannte Studie aufbaut, vorgestellt und im Rahmen dessen eine Verortung der Studie vorgenommen.

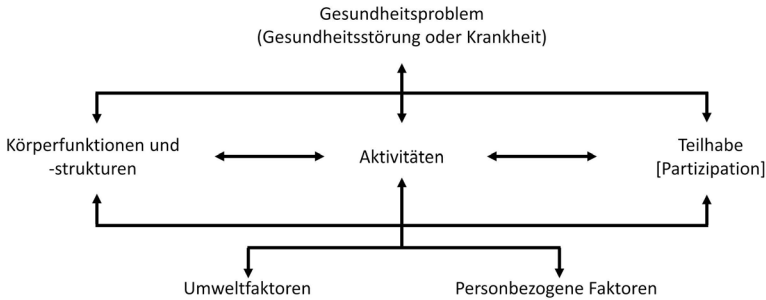
iii) Theoretische und konzeptionelle Bezugspunkte

Aus Perspektive der Sozialen Arbeit orientiert sich das Projekt SWIMMER theoretisch am Tripelmandat und der Theorie Sozialer Arbeit als Wissenschaft und Praxis der Erklärung, Lösung und Vorbeugung sozialer Probleme (Staub-Bernasconi, 2018, 2019). Darauf folgt zum besseren Verständnis des Projektrahmens eine Darstellung weiterer konzeptioneller und theoretischer Bezüge der Projektverantwortlichen, bevor Vorannahmen und die Methodik des Projekts unter Berücksichtigung sämtlicher theoretischer und konzeptioneller Perspektiven dargestellt werden. Die Bezugspunkte ergeben sich aus dem untersuchten Versorgungsbereich, vorherigen Studien sowie der disziplinären Verortung der Forschenden. Dazu zählen zum einen die konzeptionellen Überlegungen zur Rehabilitation als Gesundheitsstrategie des 21. Jahrhunderts inklusive der Bedeutung der Funktionsfähigkeit als Gesundheitsindikator. Zum anderen ist das Projekt SWIMMER der Versorgungs-

forschung zuzuordnen, aus der sich die Zielsetzung sowie die theoretische Orientierung ergibt. Ein weiterer Bezugspunkt ist die Orientierung am Konzept einer evidenzbasierten Praxis zur Unterstützung der professionellen Entscheidungsfindung inklusive des Diskurses um deren Weiterentwicklung.

Zur Beschreibung der Rehabilitation als Gesundheitsstrategie (Stucki et al., 2018) hat die Entwicklung der ICF (vgl. Abbildung 1, DIMDI, 2005) durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen großen Beitrag geleistet. Funktionsfähigkeit ist der zentrale Begriff des Gesundheitsmodells der ICF. Er integriert funktionelle Aspekte der physischen und psychischen Gesundheit, im Modell durch die Komponenten Körperfunktionen und –strukturen wiedergegeben, mit den Komponenten Aktivitäten und Teilhabe. Funktionsfähigkeit drückt ein Kontinuum aus, auf dessen einem Pol die vollständige Funktionsfähigkeit und auf dessen anderem Pol umfassende/vollständige Behinderung verortet sind. Das bedeutet, Behinderung ist in der ICF keine Kategorie, sondern beschreibt das Ausmaß der Einschränkungen der Funktionsfähigkeit. Die Funktionsfähigkeit wird auf der einen Seite beeinflusst vom Gesundheitszustand einer Person, zum Beispiel einer diagnostizierten Erkrankung, auf der anderen Seite von sogenannten Kontextfaktoren – den Umweltfaktoren sowie den personbezogenen Faktoren. *Körperfunktionen* beschreiben physische und psychische Funktionen des Körpers und Geistes, *Körperstrukturen* die anatomischen Teile des Körpers. Mit diesen Komponenten kann das Leistungsvermögen (*capacity*) einer Person eingeschätzt werden. Mithilfe der Aktivitäten und Teilhabe kann dagegen die faktische Leistung (*Performanz*) im Alltag beziehungsweise als Resultat der Interaktion mit dem Gesundheitszustand sowie den Umwelt- und personbezogenen Faktoren erfasst werden. Mit der ICF liegt erstmals ein weltweit akzeptiertes Modell von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit vor. Es zeichnet sich auch und insbesondere dadurch aus, dass es medizinische Vorstellungen von Behinderung mit sozialen Vorstellungen von Behinderung zusammenführt. Die ICF bietet zudem ein Klassifikationssystem, das eine Operationalisierung der meisten Komponenten vorgibt und zur Anwendung bereitsteht (Bickenbach & Stucki, 2022).

Abbildung 1: *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* nach DIMDI, 2005



Aufbauend auf den epidemiologischen (Anstieg sogenannter nicht übertragbarer Erkrankungen, insbesondere chronischer Erkrankungen) und demografischen (Überalterung) Trends der nächsten 30 Jahre unterstreichen Stucki et al. (2018) die Bedeutung der Funktionsfähigkeit und Behinderung für die gesundheitliche Versorgung. Die größte Herausforderung bei dieser Entwicklung liegt in der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung. Diese orientiert sich vorwiegend an der Akuität von Erkrankungen und damit an ihrer Morbidität und Mortalität. Die Begleitung chronisch kranker Menschen und der Umgang mit Funktionseinschränkungen haben trotz ihrer Bedeutung für das Alltagsleben der Betroffenen hingegen einen vergleichsweise geringen Stellenwert. Die gesundheitliche Versorgung muss auf einen Anstieg der Einschränkungen von Körperfunktionen und -strukturen sowie auf eine damit verbundene Abnahme des Leistungsvermögens reagieren können. Rehabilitation ist eine der von der WHO definierten fünf Gesundheitsstrategien (inkl. Prävention, Gesundheitsförderung, Kuration, Palliation) und thematisiert die gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhundert umfassend, da ihre Leistungen im Wesentlichen auf das Leben mit einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung ausgerichtet sind (Stucki et al., 2018). Die Gesundheitsstrategien sind zudem Basis des Selbstverständnisses der Gesundheitsberufe, welches sich in der Behandlung widerspiegelt. Ziel der Rehabilitation ist die Optimierung der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF (Meyer et al., 2011) durch eine Verbesserung der physisch-psychischen Gesundheit, der Förderung von Alltagsaktivitäten und Teilhabe, und damit auch der erlebten Gesundheit, sowie durch Anpassungen von Kontextfaktoren (zum Beispiel Anpassungen des Arbeitsplatzes, Stärkung von Krankheitsbewälti-

gungsstrategien). Die Rehabilitation als Gesundheitsstrategie bedeutet die Orientierung an den zwei Ebenen der Funktionsfähigkeit. So sind neben der Behandlung der Gesundheitsprobleme die Förderung psychischer Ressourcen und das Schaffen einer förderlichen physischen und sozialen Umgebung Aufgaben im Rehabilitationsprozess. Die Ergebnisse der Rehabilitation gilt es letztlich, in den Alltag zu übersetzen und damit einhergehend eine Besserung der erlebten Gesundheit zu ermöglichen (Bickenbach & Stucki, 2022).

Ein anderes übergreifendes Thema ist der noch vergleichsweise junge Forschungs- und Wissenschaftsbereich, in dem das SWIMMER-Projekt verortet wird. Aufgaben der multidisziplinären Versorgungsforschung sind die Beschreibung und Untersuchung der vorhandenen Ressourcen, Strukturen und Prozesse der Gesundheitsversorgung auf Mikro-, Meso- und Makroebene. Grundprinzipien sind dabei unter anderem die Orientierung an den Patient*innen und an der Verbesserung der Versorgung (Schrappe & Pfaff, 2016). Themen der Versorgungsforschung sind der Zugang, die Qualität und die Kosten der Gesundheitsversorgung sowie der Praxisalltag. In der Auseinandersetzung mit letzterem ergeben sich folgende wichtige Fragen: Warum erhalten Versorgungsforscher*innen bei Untersuchungen im Versorgungssystem nicht die gleichen Studienergebnisse zur Wirksamkeit wie die inhaltlich verwandten klinischen Forscher*innen (vgl. »effectiveness gap« Schrappe & Pfaff, 2016)? Welche Rolle spielt dabei der (komplexe) Kontext der Versorgung, und welche Rolle die Komplexität der Interventionen? Um die Kontextabhängigkeit und die Komplexität der untersuchten Intervention bei ihrer Evaluation zu berücksichtigen, hat das britische Medical Research Council ein Rahmenkonzept zur Entwicklung beziehungsweise Beschreibung und Evaluation komplexer Interventionen (weiter)entwickelt (MRC Framework, Skivington et al., 2021; Craig et al., 2008). Ein zentrales Element des Frameworks ist dabei die Beschreibung und im Forschungsprozess laufende Anpassung einer Programmtheorie der Intervention. Theoretisch knüpft das MRC Framework an die realist evaluation (Pawson & Tilley, 1997) an. Grundsätzlich orientiert sich diese an der Gleichung $\text{context} + \text{mechanism} = \text{outcome}$ (sogenannte CMO-Konfigurationen) und betont dabei sowohl die Rolle des Kontextes für die Implementierung und Durchführung der Intervention als auch die Bedeutung von Veränderungen, die durch die Intervention im Zusammenspiel mit dem Kontext ausgelöst werden. Im MRC Framework wird entsprechend auf die Bedeutung einer theoretischen Beschreibung der untersuchten komplexen Interventionen, bestehend aus Informationen zu den Voraussetzungen einer Implementierung, zu zugrundeliegenden

Wirkmechanismen und zur Kontextsensitivität, im gesamten Evaluationsprozess verwiesen. Für Aussagen über die Wirksamkeit der Interventionen beziehungsweise einzelner Komponenten wird das Studiendesign der randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) empfohlen. Durch eine begleitende Prozessevaluation können zusätzlich Aussagen über Kombinationseffekte des im RCT untersuchten Mechanismus mit weiteren Mechanismen und Kontextbedingungen getroffen werden. Die qualitative Versorgungsforschung spielt insbesondere bei diesen Fragestellungen eine wichtige Rolle (Moore et al., 2015; Meyer & Xyländer 2020). Die Bedeutung der Kontextfaktoren für die Intervention ist in hohem Maße abhängig von der alltäglichen Praxis in den Interventionssettings. Zweifellos spielen die Aktivitäten und Interpretationen der Beteiligten eine besondere Rolle. Die qualitative Forschung orientiert sich am Alltag der Praxis, fokussiert Kontextfaktoren und richtet sich am Verstehen von Interpretationen aus (Blackwood et al., 2010; Meyer & Xyländer 2020).

Daneben ist das sogenannte Throughput-Modell der Versorgungsforschung ein weiterer Bezugspunkt (Schrappe & Pfaff, 2016). Das Modell beschreibt den Transformationsprozess der Inputfaktoren bis hin zum Output und Outcome. Maßgeblich für die Transformation des Inputs in Throughput sind die komplexe Intervention und der komplexe Kontext, deren Zusammenwirken nicht nur die Inputfaktoren beeinflusst, sondern auch durch eine gegenseitige Beeinflussung gekennzeichnet ist. Der Output ist zum Beispiel durch die erbrachten Versorgungsleistungen und die Verhaltensweisen von Akteur*innen der Gesundheitsprofessionen charakterisiert. Unter Outcome werden patientenbezogene Endpunkte und Populationseffekte gefasst. Zudem beinhaltet das Modell, ausgehend von Output und Outcome, Rückkopplungsschleifen, die wiederum den Input und den Throughput beeinflussen. Das Throughput-Modell hebt somit die entscheidende Rolle von komplexen Interventionen und Kontextbedingungen für Versorgungsergebnisse hervor und ermöglicht eine schematische Darstellung von Versorgungsstrukturen und –prozessen. Es trägt letztlich zur Systematisierung der für den effectiveness gap verantwortlichen Faktoren bei (ebd.).

Wie die Versorgungsforschung hat die Evidenzbasierte Praxis (EBP) ihren Ursprung unter anderem in der klinischen Epidemiologie, sodass sich inhaltliche Überschneidungen ergeben. Die EBP soll als weiterer Orientierungsrahmen erläutert werden. Wie die evidenzbasierte Medizin (EbM) empfiehlt EBP die professionelle Entscheidungsfindung anhand von drei Informationssystemen: externe Evidenz, klinische Expertise, Erwartungen der Patient*in-

nen. Praktiker*innen sollen durch die Begutachtung von Ergebnissen systematischer Forschung Handlungsmöglichkeiten und -alternativen aufgezeigt bekommen. Mit dieser Aufgabe ist die zu erlernende professionelle Fähigkeit der kritischen Würdigung von Studien verbunden, um die Validität und Übertragbarkeit von Studienergebnissen einzuschätzen. Die sogenannte Evidenzhierarchie, bei der systematische Übersichtsarbeiten zu Studien mit randomisiert-kontrollierten Design bei Fragen zur Wirksamkeit von Interventionen den höchsten Grad der Evidenz zugeschrieben bekommen, steht jedoch wiederholt in der Kritik. Zwar zeichnet diese methodische Strenge die EbM durch die damit erreichte Integrität aus. Von EBP-Protagonist*innen selbst wird diese Diskussion, zum Beispiel im Hinblick auf Übersichtsarbeiten zu komplexen Interventionen (Noyes et al., 2016), jedoch ebenfalls kritisch geführt. Evidenz aus anderen Studiendesigns gewinnt zunehmend an Bedeutung (zur qualitativen Forschung in der EbM vgl. Meyer, 2007 oder in EBP vgl. Fisher, 2016). Aus der Kritik ist in Verbindung mit den Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung aus einer *what-works* Agenda zusätzlich eine *why-does-it-work* Agenda geworden, die neben Ergebnissen zur Wirksamkeit auch Implementations- und Prozessdaten benötigt (Moore et al., 2015; Fisher, 2016).

iv) Vorannahmen im SWIMMER-Projekt

Aus den oben beschriebenen Bezugspunkten lassen sich folgende Vorannahmen des Forschungsprojekts zu den Zielen des SWIMMER-Projekts beziehungsweise anfängliche Perspektiven der Projektmitarbeiter*innen auf das Material ableiten. Durch die Orientierung an den Themen der Versorgungsforschung stehen in der Studie Erkenntnisse zum Zugang und zum Praxisalltag der Sozialarbeiter*innen im Fokus. Es ist zudem von einer substantiellen Einflussnahme der Rahmenbedingungen auf die Inanspruchnahme und Ausgestaltung der Leistungen der Sozialdienste auszugehen. Zu den Rahmenbedingungen zählen die sozialrechtlich verbrieften Rechte auf Selbstbestimmung (§1 SGB IX) und das Wunsch- und Wahlrecht (§8 SGB IX), die im Kontext einer zielorientierten Rehabilitation und vor dem Hintergrund unterschiedlicher Erwartungen an die Rehabilitation der Behandler*innen und Rehabilitand*innen bereits untersucht wurden (Meyer & Pohontsch, 2014). Auch vor dem Hintergrund des Tripelmandats (Staub-Bernasconi, 2019) war es deshalb ein Ziel der Datenerhebung, Einblicke in den Umgang der Sozialarbeiter*innen mit Ziel(konflikt)en der Rehabilitand*innen zu er-

halten. Anhaltspunkte für ein gesellschaftliches Mandat finden sich in der medizinischen Rehabilitation neben dem oben genannten Globalziel und dem Wunsch- und Wahlrecht auch in dem bereits benannten Prinzip Reha vor Rente (§ 42 (1) SGB XI). Die Auflösung der Zielkonflikte und die Vermittlung der unterschiedlichen Mandate werden als wichtiger Ausgangspunkt für die Erklärung der Variation gesehen. Eine weitere Facette ist die Arbeit im interdisziplinären Reha-Team sowie deren Bedeutung für den Erfolg (Kleineke et al., 2015). In der medizinischen Rehabilitation ist die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst insbesondere bei der Einschätzung der sozialmedizinischen Leistungsfähigkeit von Bedeutung. Es ist denkbar, dass dieses Spannungsfeld und der Umgang damit die Variation der Praxis erklären, sowie auch Einfluss auf die Wirkung der sozialarbeiterischen Maßnahmen haben können.

Zwei für die Auswertung herangezogene Theorien sozialarbeitswissenschaftlicher Praxis (Blom & Morén, 2010; Hüttemann et al., 2017) beziehen sich aufeinander und orientieren sich an der realist evaluation (Pawson & Tilley, 1997). Damit lässt sich bereits die Fokussierung auf Wirkmechanismen im zweiten Forschungsziel herleiten. Das vorgestellte MRC Framework (Skivington et al., 2021; Moore et al., 2015) ergänzt die beiden Theorien jedoch hinsichtlich der notwendigen Daten zur Implementation in die gesundheitliche Versorgung. Im Hinblick auf eine Programmtheorie zur Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation sollen zudem Aussagen zu notwendigen Input- und Throughput-Faktoren beziehungsweise Wirkfaktoren in den Einrichtungen getroffen werden (Schrappe & Pfaff, 2016). Um die Handlungsbegründungen der Sozialarbeiter*innen zu verstehen, wird die Praxis der Sozialen Arbeit mit der Theorie sozialer Probleme als Gegenstand der Sozialen Arbeit (Staub-Bernasconi, 2018) verglichen. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Identifikation von sozialen Problemen zur Fallbeschreibung in der medizinischen Rehabilitation. Hinsichtlich der Outcomes, die ebenfalls Teil der entwickelten Programmtheorie sein sollen, informiert die Auseinandersetzung mit der Funktionsfähigkeit als Gesundheitsindikator (Stucki & Bickenbach, 2022) und die Orientierung am Wohlbefinden (Staub-Bernasconi, 2018) die Auswertung der Daten. Die Orientierung an den Kriterien der EBP soll den Blick dafür schärfen, dass die zu entwickelnden Hypothesen zu Wirkungsmechanismen möglichst im Rahmen von randomisiert-kontrollierten Forschungsdesigns überprüft werden können.

v) Fazit

Die vielfältigen theoretischen und konzeptionellen Bezugspunkte des SWIMMER Projekts wurden dargelegt. Mit diesem Ansatz erhoffen sich die Projektverantwortlichen zum einen die Anknüpfungsfähigkeit des Projekts an den aktuellen Wirksamkeits-Diskurs in der gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen und zum anderen die Nachteile einer verkürzten what-works-Agenda hinter sich zu lassen. Die realist evaluation thematisiert die für die Praxis der Sozialen Arbeit wichtige Variable des Kontextes und ermöglicht die Beschreibung von Wirkmechanismen. Gleichzeitig wird weiterhin ein Wirkungsbegriff verfolgt, der sich aus dem Verständnis von Ursache und Wirkung ableitet, nach dem nur nach einem Vergleich des kontrafaktischen Zustands Aussagen über die Wirkung einer Intervention (für eine bestimmte Gruppe und unter bestimmten Bedingungen) getroffen werden können. Diese Form der Erkenntnisse sind Grundlage politischer beziehungsweise im Spezialfall der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland öffentlich-rechtlicher Allokationsentscheidungen, stellen für die Projektverantwortlichen jedoch nur eine Möglichkeit zur Beurteilung kausaler Zusammenhänge dar.

3. Methodisches Vorgehen

Zur Erreichung der beiden Forschungsziele und unter Berücksichtigung der genannten Forschungsfragen wurde ein qualitatives, fall-vergleichendes Studiendesign gewählt, welches sich bereits an anderer Stelle bewährt hat (Meyer et al., 2012; Stamer et al., 2015). In zehn Reha-Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen wurden in zwei Erhebungsphasen Daten erhoben. Die Sampling-Strategie basiert auf Konzepten des qualitativen Samplings, das gezielt (purposeful sampling) Studienobjekte auswählt, im Gegensatz zu einer zufälligen Ziehung (random sampling). Beim gezielten Sampling nach Patton (2002) geht es um die gezielte Auswahl informationsreicher Fälle. Das bedeutet, dass Fälle eingeschlossen werden, durch die insbesondere über den interessierenden Forschungsgegenstand gelernt werden kann und die demnach einen relevanten Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Forschungsfragen bringen (ebd.). Für die erste Erhebungsphase wurde wie bereits beschrieben von einer Variation der Praxis Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation ausgegangen. Die Identifikation von Gründen dieser Variation stellt ein Forschungsziel dar. Vor diesem Hintergrund wurde die Strategie des Maximum-Variation-Samplings verfolgt. Das Maximum-Variation-Sampling stellt eine Form des gezielten Samplings dar und ist dadurch gekennzeichnet, dass im Vorfeld Samplingkriterien identifiziert werden, die sich eignen, die Heterogenität beziehungsweise das Spektrum des Feldes abzubilden (ebd.). Diese Samplingstrategie ermöglicht es, detaillierte Beschreibungen der einzelnen Fälle vorzunehmen. Zum einen kann in diesem Kontext die Einzigartigkeit der Fälle dokumentiert und zum anderen können Gemeinsamkeiten der Fälle über ihre Variation hinweg identifiziert werden. Das Maximum-Variation-Sampling eignet sich demnach, Variationen zu beschreiben und diese besser zu verstehen, indem Gemeinsamkeiten und Unterschiede der jeweiligen Fälle herausgearbeitet werden.

Anhand des Forschungsstandes und der unterschiedlichen Rahmenbedingungen in der medizinischen Rehabilitation wurden im Vorfeld zur Erhebung Samplingkriterien entwickelt, mit denen die Heterogenität der Sozialdienste abgebildet werden sollte. Diese Kriterien schlossen die medizinische Indikation (Orthopädie, Kardiologie, Neurologie, Onkologie und Psychosomatik), die Einrichtungsform (stationär und ambulant) und das Vorhandensein von MBOR-Kernmaßnahmen (Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, mindestens Stufe B) ein.

In der ersten Phase sollten in fünf bis sechs Reha-Einrichtungen Daten erhoben werden. Dabei wurden verschiedene Erhebungsmethoden angewendet. Eine Erhebungsmethode waren Experteninterviews, die als eine Form von Leitfadenterviews verstanden werden können (Kruse, 2015). Expert*innen können auf drei verschiedene Dimensionen von Wissen zurückgreifen: 1. das technische Wissen, das Wissen über Tatbestände und Regelabläufe einschließt, 2. das Prozesswissen, das sich auf Wissen über Handlungsabläufe und Interaktionen bezieht, weitestgehend implizit ist und von den Forschenden rekonstruiert werden muss, und 3. das Deutungswissen, das subjektive Sichtweisen und Erklärungsmuster umfasst (Bogner, et al., 2002). Der Expert*innenbegriff ist dabei eng mit dem jeweiligen Forschungsinteresse verbunden (Meuser & Nagel, 2009). Als Expert*innen im Rahmen des SWIMMER-Projektes wurden Sozialdienstmitarbeiter*innen und Leitungspersonen von Reha-Einrichtungen identifiziert. Die Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes besitzen durch die Ausübung ihrer Arbeit ein umfangreiches Wissen über ihre eigene Praxis und die damit verbundenen Aufgaben und Handlungsabläufe im Sozialdienst. Zudem sind sie Teil des Reha-Teams und sind mit den Abläufen und Regelungen in ihrer jeweiligen Einrichtung vertraut. Leitungspersonen vertreten die Einrichtungsperspektive. Im Rahmen ihrer Position können sie die Strukturen und Abläufe der Einrichtung übergreifend überblicken. Sie besitzen zudem eine Gestaltungsmacht über Einstellungsstrukturen und sind für den Sozialdienst weisungsbefugt. Sie können somit die Praxis beeinflussen. Reha-Einrichtungen haben in der Regel eine fachliche, medizinische Leitung (Ärztin/Arzt) sowie eine kaufmännische beziehungsweise Verwaltungsleitung. Für die vorliegende Studie ist die ärztliche, das heißt auch fachliche Leitung von primärem Interesse, zugleich kann die Verwaltungsleitung durch die Bestimmung von Rahmenbedingungen der Arbeit weitere mögliche Erkenntnisse liefern.

Pro Reha-Einrichtung sollte mindestens ein leitfadengestütztes Experteninterview mit einem*iner Mitarbeiter*in des Sozialdienstes geführt werden.

Sollten zwei oder mehr als zwei Mitarbeiter*innen im Sozialdienst arbeiten, sollte mit mindestens zwei Mitarbeiter*innen ein Interview geführt werden. Für die leitfadengestützten Experteninterviews mit den Leitungspersonen wurde ein Interview pro Einrichtung angestrebt. Die Leitfäden für die Interviews wurden von den Projektmitarbeiter*innen gemeinsam entwickelt. Der Aufbau der Leitfäden orientiert sich an verschiedenen Themenkomplexen, denen jeweils Fragen zugeordnet sind. Die Themenkomplexe und zugehörige Fragen sind so angeordnet, dass vom Allgemeineren zum Spezifischeren gefragt wird. Jeder Block beginnt dabei mit einer erzählgenerierenden Frage, die einen Erzählfluss bei der Interviewperson stimulieren soll und umfasst weitere, spezifischere Nachfragen, die optional gestellt werden konnten. Die Fragen basieren dabei auf dem Vorwissen der Forschenden, das sich auf den Forschungsstand, aber auch auf vorherige Felderfahrungen bezieht. Da der Leitfaden lediglich als Orientierung dient und das Interview thematisch rahmen soll (Misoch, 2019), war es jederzeit während der Interviews möglich, vom Leitfaden abzuweichen und Fragen zu stellen, die sich aus der Interview-situation ergaben. Den Leitfaden abschließend wurden geschlossene Fragen zu Studienabschluss, Stellenanteil oder Größe der Rehabilitationseinrichtung gestellt, um die einzelnen Fälle besser zu kontextualisieren und kontrastieren zu können.

Die ersten Entwürfe der Leitfäden wurden im Rahmen zweier Pretests auf ihre Anwendbarkeit und Gegenstandsangemessenheit getestet und zusätzlich mit dem Projektbeirat diskutiert. Anschließend wurden kleinere Änderungen an den Leitfäden vorgenommen, die sich jedoch hauptsächlich auf Formulierungen von Fragen bezogen. Über den Verlauf der Erhebungen wurden weitere Änderungen an einzelnen Fragen vorgenommen, was mit dem Grundprinzip der Offenheit qualitativer Forschung und ihrem prozessualen Charakter vereinbar ist, dem auch die Anwendung und notwendige Anpassung der Leitfäden folgt (Stamer et al., 2015). In Tabelle 1 sind die einzelnen Themenblöcke der beiden Leitfäden sowie die Orientierungspunkte der teilnehmenden Beobachtungen, die im Folgenden vorgestellt werden, aufgeführt.

Tabelle 1: Themenblöcke der Interviewleitfäden und orientierende Aspekte der teilnehmenden Beobachtung

	Interviews mit Sozialarbeiter*innen	Interviews mit Leitungspersonen	Teilnehmende Beobachtungen
Themenblöcke/Orientierungen	Arbeitsalltag der Sozialdienste	Der Sozialdienst im Reha-Prozess der Einrichtung	Kontextinformationen (räumliche Umgebung, Gebrauch von Gegenständen)
	Interaktion mit Rehabilitand*innen/Intervention	Soziale Arbeit im Reha-Team	Beteiligte Personen
	Interne und externe Zusammenarbeit	Rehabilitationserfolg	Ablauf und Struktur der sozialdienstlichen Aktivitäten
	Rehabilitationserfolg	Qualifikation/Kompetenzen	Umgang mit Zielen/Bedürfnissen der Rehabilitand*innen
	Qualifikation/Kompetenzen	Rahmenbedingungen	Kommunikation und Interaktion
	Rahmenbedingungen		Beziehung untereinander
			Dokumentation/Organisation
			Rollenreflexion

Eine zweite Erhebungsmethode im SWIMMER-Projekt stellt die teilnehmende Beobachtung dar. Die Methode der teilnehmenden Beobachtung hat den Vorteil, dass sie direkt Einblicke in die Praxis ermöglicht. Es können Handlungs-routinen beobachtet und dadurch das dahinterstehende implizite Wissen erschlossen werden (Kelle, 2018). Die Forschenden (TK, NaS) haben die Sozialarbeiter*innen in ihrem Arbeitsalltag begleitet, der ein alltagskulturelles Feld darstellt, und waren in diesem Sinne kopräsent, weshalb von einer teilnehmenden Beobachtung gesprochen werden kann (ebd.). Die Situationen, die beobachtet wurden, wurden im Vorfeld mit den Sozialarbeiter*innen abgesprochen. Dabei wurde darauf geachtet, dass der Arbeitsalltag möglichst umfassend begleitet werden kann. Beide Forscher*innen haben die teilnehmenden Beobachtungen durchgeführt und jeweils Sozialarbeiter*innen einen

Vor- und einen Nachmittag begleitet. Beobachtet wurden vor allem Beratungsgespräche, Gruppen- und inter- sowie intraprofessionelle Teamsitzungen. Im Anschluss fand eine Protokollierung in chronologischer Reihenfolge des Geschehenen durch die Forschenden statt. Diese war informiert durch bestimmte Aspekte (vgl. Tabelle 1), auf die in den Beobachtungen geachtet werden sollte. Sofern es realisierbar war, wurden die teilnehmenden Beobachtungen vor den Interviews mit den Sozialarbeiter*innen durchgeführt. Dies ermöglichte es, in den Interviews gezielt Fragen zu stellen, die sich auf beobachtete Situationen bezogen und so gegebenenfalls tiefergehende Handlungsbegründungen zu erhalten oder aber einen natürlicheren Gesprächsverlauf zu konstruieren, der sich auf konkrete Beispiele aus der Praxis der jeweiligen Interviewpersonen bezog.

Ein dritter, optionaler Erhebungsweg stellte die Audioaufzeichnung von jeweils ein bis zwei Beratungsgesprächen pro Einrichtung dar. Das Führen von Beratungsgesprächen macht einen großen Anteil des Arbeitsalltages von Mitarbeitenden von Sozialdiensten in Rehabilitationseinrichtungen aus. Der Vorteil einer Audioaufzeichnung der Gespräche gegenüber einer Beobachtung mit anschließendem Gedächtnisprotokoll ist, dass detailliertere Daten vorliegen, vor allem über den Verlauf der Kommunikation, insbesondere der Interaktion zwischen den Beteiligten, die ebenfalls tiefe Einblicke in die Praxis gewährleisten. Bei der Aufzeichnung der Beratungsgespräche waren die Forschenden nicht anwesend. Die Sozialarbeiter*innen zeichneten die Gespräche, die sie mit den Rehabilitand*innen führten, selbst auf. Diesbezüglich wurden sie von den Forschenden im Vorfeld instruiert. Es wurde ihnen Informationsmaterial sowie eine Einwilligungserklärung und ein Diktiergerät gestellt. Die Ansprache zwecks Teilnahme an der Studie führten die Sozialarbeiter*innen eigenständig durch.

Nach Abschluss der ersten Erhebungsphase folgte eine viermonatige Erhebungspause, in der sich intensiviert der Datenauswertung gewidmet wurde. Die erhobenen Daten wurden überwiegend von einem Transkriptionsbüro transkribiert, wobei sich die Transkription an den Regeln von Dresing und Pehl (2017) orientierte. Die Transkripte wurden anschließend von den studentischen Hilfskräften des Projekts anonymisiert. Im Ergebnisteil des Buches werden Zitate aus Interviews und Beratungsgesprächen sowie Ausschnitte aus Beobachtungsprotokollen wiedergegeben. Um die Anonymität der Studienteilnehmenden sicherzustellen, wurde bei einzelnen Personen das Geschlecht verändert.

Die Transkripte wurden schließlich von den Forschenden ausgewertet. Da mit dem SWIMMER-Projekt eine Programmtheorie der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation entwickelt werden sollte, wurde für die Auswertung auf die *Grounded Theory* zurückgegriffen (Corbin & Strauss, 1990; Strauss & Corbin, 1990). Diese stellt ein regelgeleitetes Verfahren dar und eignet sich zur Entwicklung von Theorien aus der Empirie heraus. Charakteristisch für die Methodologie ist, dass die Auswertung der Daten mit der ersten Datenerhebung beginnt. Damit sind Datenerhebung und –auswertung eng miteinander verschränkt. Dies ist notwendig, da bereits die erste Auswertung die Richtung der nachfolgenden Datenerhebungen bestimmt. Dies wurde ansatzweise mit der vorab geplanten Erhebungspause realisiert, in der noch einmal gezielt Samplingkriterien für die zweite Erhebungsphase entwickelt werden sollten. Das Sampling für die zweite Phase war vor diesem Hintergrund am theoretischen Sampling nach der *Grounded Theory* orientiert (Corbin & Strauss, 1990). Das theoretische Sampling greift dabei nicht auf vorab definierte Merkmale von Individuen oder Zeitpunkten zurück, sondern vielmehr auf die sich entwickelnden theoretischen Konzepte und ihre Eigenschaften. Die Samplingkriterien stehen damit nicht vorab fest, sondern resultieren vielmehr aus der Reaktion auf das Material und der sich entwickelnden Theorie. Mit dem theoretischen Sampling sollen folglich Konzepte und ihre Eigenschaften weiterentwickelt und verfeinert werden (Corbin & Strauss, 2008). Kriterien, die auf dem theoretischen Sampling aufbauend für die zweite Erhebungsphase entwickelt wurden, waren das Vorhandensein einer Sozialdienstleitung, die Möglichkeit des erneuten Kontakts mit den Rehabilitand*innen, ein Sozialdienst, in dem nur ein*e Mitarbeiter*in arbeitet, Sozialdienste mit Mitarbeiter*innen mit anderen beruflichen Hintergründen als Soziale Arbeit/Sozialpädagogik und Sozialdienste mit einem regelmäßigen Austausch im Reha-Team.

Unter Beteiligung der DVSG wurden so für die zweite Phase weitere vier Einrichtungen rekrutiert. Der systematische Vergleich und die gezielte Auswahl der Einrichtungen sollten auf diese Weise zum einen die Herausarbeitung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden ermöglichen. Zum anderen sollte das Vorgehen zur Identifikation von Wirkmechanismen, die in die Entwicklung einer Programmtheorie der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation einfließen, beitragen.

Die Identifikation der angesprochenen Konzepte hat sich dabei im Rahmen des Auswertungsprozesses der *Grounded Theory* nach Strauss & Corbin (1990) vollzogen. Dieser ist durch seine Dreistufigkeit gekennzeichnet, die

das 1. offene, 2. axiale und 3. selektive Kodieren umfasst. Gerade im anfänglichen Prozess der Datenauswertung haben die Forschenden, auch mit anderen Mitarbeiterinnen ihrer Arbeitsgruppe, gemeinsame Datensitzungen durchgeführt, bei denen sie zusammen das Material auswerteten. Für diese Datensitzungen wurde eine Reha-Einrichtung und die damit zusammenhängenden Daten ausgewählt, die sehr detailliert von den Forschenden analysiert wurden. Im Sinne des offenen Kodierens wurde das Material analytisch im Rahmen einer Line-by-Line-Analyse betrachtet. Die Forschenden traten mit Fragen an das Material heran (zum Beispiel: Worum geht es? Wer ist beteiligt? Was führte dazu?). Über den permanenten Vergleich von Textstellen wurden so Konzepte und erste Kategorien zu entwickelt (Corbin & Strauss, 1990). Insbesondere die intensive Auseinandersetzung mit dem Material zu Beginn der Auswertung schaffte eine gute Grundlage für die Auswertung nachfolgender Daten und vereinfachte damit den späteren Auswertungsprozess (Corbin & Strauss, 2008). Entsprechend wurde für diese Phase der Auswertung ausreichend Zeit eingeräumt.

Da jedoch eine reine Taxonomie von Kategorien lediglich beschreibend ist, und dabei wenig Erklärungsgehalt besitzt, wurden im Rahmen des axialen Kodierens die Beziehungen der identifizierten Kategorien untereinander herausgearbeitet. Diesbezüglich wurde das sogenannte Kodierparadigma angewendet, mit dem die bereits im offenen Kodieren herangetragenen Fragen an das Material systematisiert wurden. Dabei wird um eine Kategorie, die das Phänomen darstellt, herum kodiert. Diese wird auf ihre Ursachen, Bedingungen, Strategien und Konsequenzen hin analysiert (ebd., Strübing, 2018), was der Kategorie wiederum eine Dichte (Muckel, 2011) in dem Sinne verleiht, dass sie durch die Anwendung des Kodierparadigmas eine stärkere Ausdifferenzierung erfährt und damit einen höheren Erklärungsgehalt bekommt.

Im letzten Auswertungsschritt der Grounded Theory, dem selektiven Kodieren (Corbin & Strauss, 1990), wurden Schlüsselkategorien identifiziert, die im Kontext des Forschungsprojekts ein hohes Potential für die Beschreibung und Erklärung der sozialarbeiterischen Praxis in der medizinischen Rehabilitation beziehungsweise ihrer Variation aufweisen.

Die Erhebungen in den einzelnen Einrichtungen wurden, wenn es möglich war, innerhalb von einer Woche durchgeführt. Das heißt alle angestrebten Erhebungsformen (Interviews, teilnehmende Beobachtungen, Aufzeichnung der Beratungsgespräche) wurden, in der entsprechenden Woche geplant und durchgeführt. Dies bedurfte einer Absprache mit den Sozialdiensten vor Ort

und einer genauen Organisation des Ablaufs im Vorfeld der Erhebung. In Abbildung 2 ist ein solcher Erhebungsplan beispielhaft zu sehen.

Abbildung 2: Beispielhafter Zeitplan der Erhebung

	Dienstag		Mittwoch		Donnerstag	
Forschende	TK	NaS	TK	NaS	TK	NaS
8-9 Uhr		Kurzvorbesprechung mit SD			Hospitation Fr. B.	
9-10 Uhr		Hospitation Fr. A. (inkl. Visite)				Interview SD Fr. A. (09:00 – 10:30 Uhr)
10-11 Uhr						
11-12 Uhr		interdisziplinäre Teambesprechung	Teamsitzung Fr. B. (11:30 – 12:00 Uhr)			
Pause	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause
13-14 Uhr			Interview SD Fr. B.	Hospitation Fr. A.	Hospitation Fr. B. inkl. Sprechstunde (13:30 – 15:00 Uhr)	
14-15 Uhr						
15-16 Uhr			Vortrag Fr. B.			

In jeder Einrichtung konnten mindestens zwei Interviews mit Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes und ein Interview mit einer Leitungsperson geführt werden. Wenn der Sozialdienst der kaufmännischen Leitung zugeordnet war, wurden zwei Interviews, eins mit der kaufmännischen und eins mit der ärztlichen Leitung geführt. Obwohl in solchen Fällen die kaufmännische Leitung dem Sozialdienst gegenüber weisungsbefugt war, hat es sich als sinnvoll herausgestellt, zusätzlich die ärztliche Leitung zu interviewen, da – wie sich im Zuge der Analysen herausstellte – diese direkt mit dem Sozialdienst zusammenarbeitet und ebenfalls einen Überblick über die Einrichtung und den Rehabilitationsprozess hat. Hinsichtlich der teilnehmenden Beobachtungen war es in jeder Einrichtung möglich, die Sozialarbeiter* über einen dreitägigen Erhebungszeitraum zu beobachten. Dabei konnte in jeder Einrichtung mindestens eine Teamsitzung beobachtet werden. Beratungsgespräche konnten in sieben Einrichtungen aufgezeichnet werden. Jedoch gab es wenig Einfluss seitens der Forschenden auf die Themenschwerpunkte, die für das jeweilige Beratungsgespräch angedacht waren.

4. Stichprobe und erhobene Daten

Die Merkmale der teilnehmenden zehn Einrichtungen lassen sich Tabelle 2 entnehmen. Wie intendiert, wurde eine breite Abbildung der Indikationsbereiche erreicht. Der Großteil der Einrichtungen hatte somatische Indikationsschwerpunkte. Jeweils zwei Einrichtungen boten entweder stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen an. In den Einrichtungen, die sowohl stationäre als auch ambulante Angebote vorhielten, waren aufgrund der Corona-Pandemie nur selten ambulante Rehabilitationsaufenthalte möglich. Besonderheiten bei den Trägerschaften waren zum einen die häufige Vertretung von privaten Trägern. Zum anderen wurde eine Einrichtung mit einem Träger rekrutiert, der weder einer Sozialversicherung zugeordnet werden konnte, noch privat war. Hauptsächlich in den stationären orthopädischen Reha-Einrichtungen wurden MBOR-Kernangebote vorgehalten. Sieben der eingeschlossenen Einrichtungen erreichten einen Stellenschlüssel von einer Vollzeitstelle auf 100 Rehabilitand*innen. Entsprechend lagen drei Einrichtungen über diesem für einen Teil der Indikationsbereiche empfohlenen Wert.

Tabelle 2: Charakteristika der teilnehmenden Einrichtungen

Merkmal der Reha-Einrichtung	k=
<u>Indikationsschwerpunkt</u>	
Orthopädie	6
Innere Medizin/Kardiologie	5
Psychosomatik	3
Onkologie	3

Neurologie	4
sonstige (Pneumologie, Geriatrie)	3
<u>Rehabilitationsform</u>	
stationär	2
stationär und ambulant	6
ambulant	2
<u>Träger der Einrichtung</u>	
Sozialversicherung	2
privater Träger	7
andere	1
<u>MBOR-Kernangebot angeboten</u>	
ja	4
<u>Bettenanzahl</u>	
<= 200	5
200–400	3
> 400	2
<u>Lage der Einrichtung</u>	
Großstadt (oder bei Großstadt)	3
mittelgroße Stadt	1
Kleinstadt	6
<u>Größe des Sozialdienstes in Köpfen (lt. Plan¹)</u>	
2	3
3	3
4	2
>=5	2
<u>Stellenschlüssel Sozialdienst</u>	
1: <=100	7
1: >100	3

Notizen: ¹Teilweise waren Mitarbeiter*innen in den Sozialdiensten in Elternzeit oder langzeiterkrankt. Hier werden die Planstellen wiedergegeben, auch wenn diese Abwesenheiten zu großen Veränderungen in der Arbeit geführt haben.

Die in Folge berichteten Ergebnisse beruhen auf einem reichhaltigen Datensatz, der im Folgenden näher erläutert wird (vgl. Tabelle 3). Insgesamt wurde mit 29 Sozialdienstmitarbeiter*innen (SD) gesprochen. Vier Sozialarbeiter*innen der teilnehmenden Einrichtungen wurden nicht befragt, sodass keine Informationen von diesen aufgenommen werden konnten. Im Schnitt wurde also mit drei, mindestens jedoch immer mit zwei Mitarbeiter*innen je Einrichtung gesprochen. Die Interviews dauerten im Schnitt über 81 Minuten (Mindestlänge $\text{Min}_{\text{SD}} = 61,58 \text{ min.}$; Maximallänge $\text{Max}_{\text{SD}} = 113,57 \text{ min.}$; Gesamtumfang liegt bei ca. 39 Stunden). Sämtliche Interviews fanden in den Büros der Mitarbeiter*innen statt. Zwei Interviews mit Sozialarbeiter*innen wurden von zwei Wissenschaftler*innen gemeinsam geführt. Zudem wurden mit 14 Leitungspersonen (L), verteilt auf 13 Gespräche, Interviews geführt. Von diesen waren elf Personen eine ärztliche und drei Personen eine kaufmännische Leitung. Diese Interviews variierten in der Länge zwischen $\text{Min}_L = 21,40 \text{ min.}$ und $\text{Max}_L = 68,55$. Im Schnitt dauerten die Interviews 48,3 Minuten. Der Gesamtumfang liegt bei etwas mehr als zehn Stunden. In fast allen Einrichtungen konnten sämtliche Erhebungsverfahren angewendet werden. Nur die Aufzeichnung von Beratungsgesprächen war erwartungsgemäß nicht immer möglich. Hier weigerten sich entweder die Mitarbeiter*innen oder es wurden keine Rehabilitand*innen gefunden, die sich in dieser Form an der Studie beteiligen wollten. Insgesamt konnten 14 Beratungsgespräche (B) aufgezeichnet werden ($\text{Min}_B = 15,9 \text{ min.}$; $\text{Max}_B = 53,67 \text{ min.}$). Diese dauerten im Schnitt etwa 30 Minuten. Der Gesamtumfang des aufgezeichneten Materials lag bei ungefähr sieben Stunden. Die Beratungsgespräche fanden zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Aufenthalts statt. Zum Teil waren den aufgezeichneten Gesprächen bereits Gespräche zwischen den Rehabilitand*innen und Sozialarbeiter*innen vorausgegangen. Teilweise handelte es sich um Aufnahmegespräche, für einige Rehabilitand*innen waren dies die einzigen Gespräche, die während der gesamten Rehabilitation von den Sozialarbeiter*innen mit den Rehabilitand*innen geführt wurden. Die Gespräche fanden ebenfalls alle in den Büros der Sozialarbeiter*innen statt. Sämtliche aufgezeichneten Daten liegen transkribiert und anonymisiert vor. Die anonymisierten Transkripte wurden in MAXQDA¹ übertragen. Weitere Daten stammen aus den teilnehmenden Beobachtungen, die in allen Einrichtungen stattgefunden haben. In den Sessions konnten die unten genannten

1 MAXQDA, Software für qualitative Datenanalyse, 1989 – 2021, VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, Berlin, Deutschland.

Situationen beobachtet und protokolliert werden. Diese fanden teilweise in direktem Anschluss an die Interviews statt. Insgesamt wurden so 140,25 Stunden der Praxis der Sozialarbeiter*innen erfasst. Die Beobachtungsprotokolle sollten zwar direkt anonymisiert geschrieben werden. Zur Sicherstellung der Anonymität aller Teilnehmenden wurde die Anonymisierung jedoch nach Anfertigung noch einmal geprüft. Die Beobachtungsprotokolle wurden ebenfalls in MAXQDA übertragen.

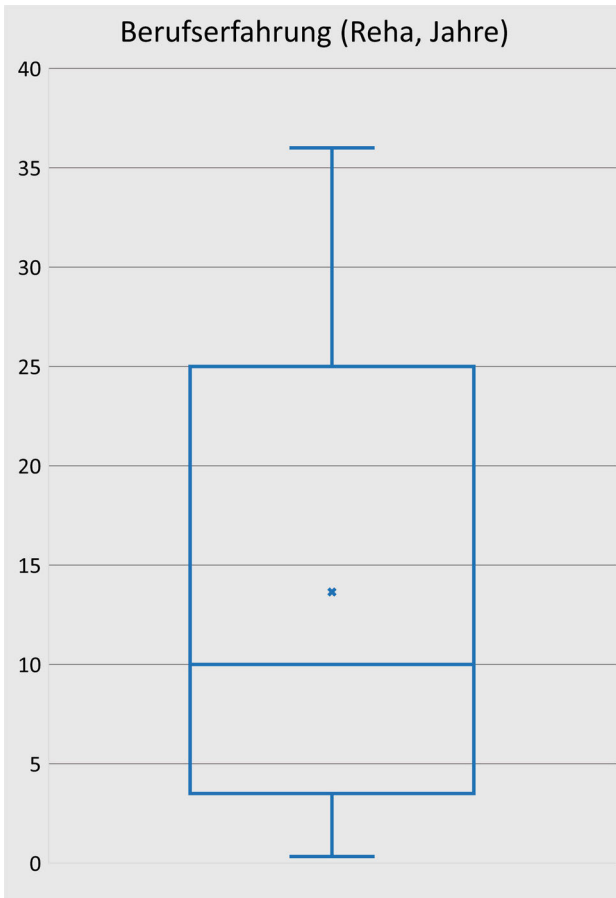
Tabelle 3: Erhobene Daten

Erhebungsmethode mit Charakteristika der Personen	Anzahl (n)	Durchschnittliche (Ø) Dauer der Interviews/Dauer der Beobachtungen (gesamt)/Beobachtete Situationen
Interviewtranskripte		
Sozialdienst	29	81,3 min
Leitungspersonen	13	42,9 min
ärztlich	11	
kaufmännisch	3	
Beratungsgespräche	14	30,5 min
Beobachtungsprotokolle	43	140,25 h Darunter fielen: · Einzelgespräche · Sprechstunden · Gruppentermine · Dienstbesprechungen

Im Folgenden werden die Sozialarbeiter*innen anhand von beobachtbaren und abgefragten Merkmalen charakterisiert (vgl. Tabelle 4). Dabei wird auf eine Zuordnung nach Einrichtung verzichtet, um die Anonymität der Personen zu schützen und eine Identifizierbarkeit der teilnehmenden Einrichtungen zu verhindern. Wie erwartet ist der Großteil der befragten Sozialarbeiter*innen weiblich. Das Sample verfügt im Schnitt (Median) über 10,0 Jahre Berufserfahrung (arithmetischer Mittelwert $x_{gesamt}=14,1$ Jahre) als Sozialarbeiter*in; davon wurden im Schnitt 4,0 Jahre ($x_{Rehabilitation}=8,4$ Jahre) in der Rehabilitation gesammelt. Wie in Abbildung 3 zu sehen ist, verfügen 75 % der befragten Sozi-

alarbeiter*innen über eine Berufserfahrung unter 25 Jahren in der Rehabilitation. Besonders erfahren (>25 Jahre Berufserfahrung in der Rehabilitation) waren sechs Befragte. Nur selten (10,3 % aller befragten Sozialarbeiter*innen) arbeiteten fachfremde Personen in den Sozialdiensten.

*Abbildung 3: Verteilung (mit Boxplot) der Berufserfahrung der befragten Sozialarbeiter*innen in der Rehabilitation (Median, Minimum, Maximum, Interquartilsabstand)*



Der Großteil der Sozialdienstmitarbeiter*innen arbeitete ohne vorangegangene andere Berufsausbildung in der Reha-Einrichtung. Sozialdienstmitarbeiter*innen mit weiteren berufsqualifizierenden Abschlüssen kamen besonders häufig aus der Gesundheits- und Krankenpflege, diese hatten nach ihrem Erstberuf Soziale Arbeit studiert.

Tabelle 4: Charakteristika der befragten Sozialarbeiter*innen

Merkmal der Reha-Einrichtung	Anzahl (n)	Anteil (in %)/ Durchschnitt in Jahren
<u>Geschlecht</u>		
Männlich	4	14 %
Weiblich	25	86 %
<u>Berufserfahrung (Jahre)</u>		14,1 (SD: 11,5)
Berufserfahrung in der Rehabilitation (Jahre)		8,4 (SD: 8,2)
Abschluss Soziale Arbeit		
Diplom	14	48 %
Bachelor	9	31 %
Master	3	10 %
kein Abschluss Soziale Arbeit	3	10 %
<u>Ausbildung</u>		
keine weitere	20	69 %
Gesundheits- und Krankenpfleger*in	4	14 %
Sozialversicherungsfachangestellte*r	2	7 %
andere ¹	3	10 %

Notizen: ¹Andere waren Erzieher*in, Gesundheitswissenschaftler*in, Theolog*in

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).

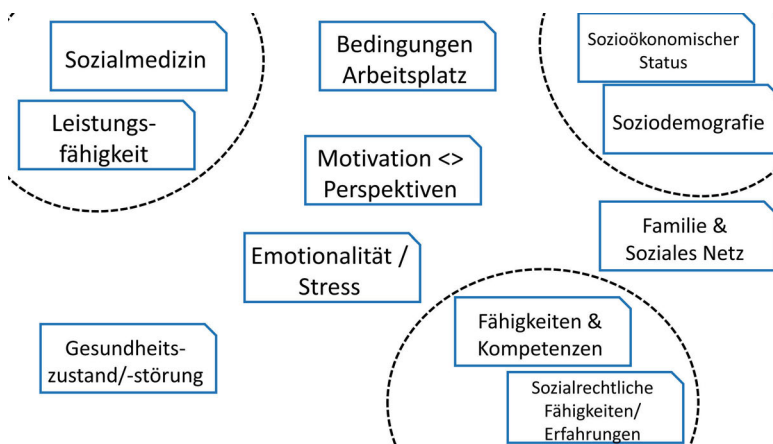
Eine weitere wichtige Kategorie sind die Informationen über den beziehungsweise aus dem Reha-Prozess. Bei *Informationen über den Reha-Prozess* handelt es sich wie bei den Leistungsinformationen um Erläuterungen eines Sachverhalts. So werden Rehabilitand*innen über Verfahren, die während der medizinischen 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\NaSl: 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: Das 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 Rentenantrag 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 anklagen 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 siebzig (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.

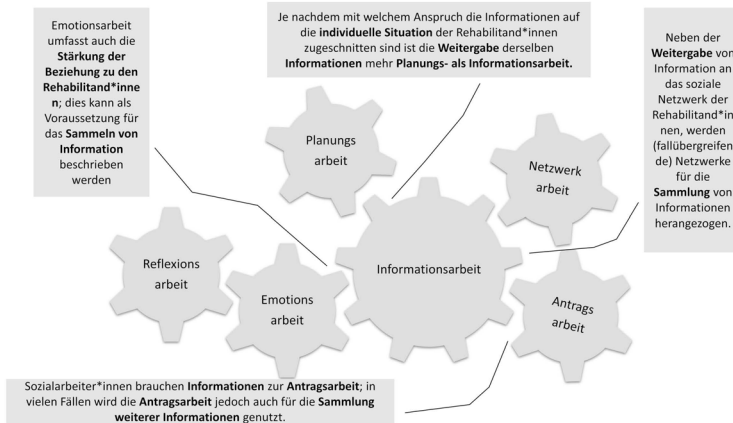
Die Reflexionsarbeit wird so als flankierende Maßnahme der Planungsarbeit eingesetzt. Eine solche Kombination ist auch bei der Informationsarbeit zu beobachten, wenn Sozialarbeiter*innen womöglich zur Unterstützung der vermittelten Inhalte alternative Szenarien durchspielen.

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.

Akteur*innen in der sozialarbeiterischen Praxis:

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

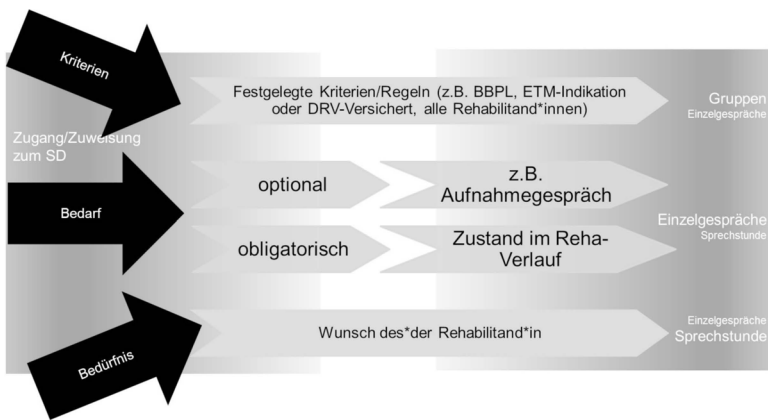
a) Interaktion mit den Rehabilitand*innen

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

Zugang:

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

Abbildung 7: Zugangswege in den Sozialdienst



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

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

Einzelgespräche

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

den Einrichtungen mit einem eher medizinfokussierten bedarfsorientierten Zugang keine Besonderheiten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sprechstunde

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

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

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

Sozialarbeiterin Herr B://Nur eine//

Interviewerin I: Nur eine Person hat 23.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Austausch in Gruppen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

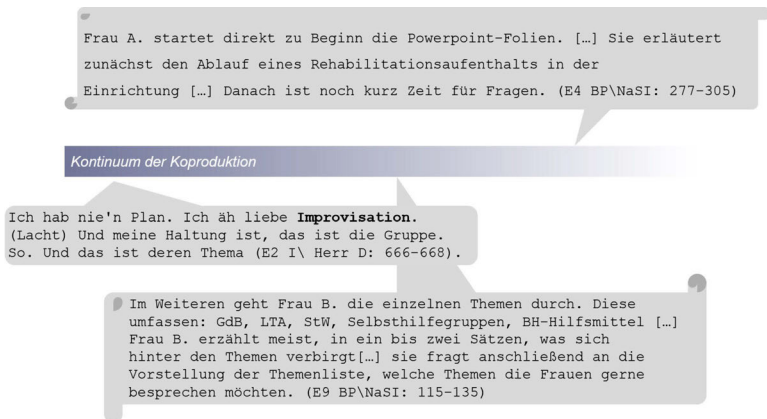
In diesem konnte der Sozialarbeiter Herr B. von einem gemeinsamen Verständnis über die Sozialmedizin ausgehen. Zudem hat der Rehabilitand zumindest die in Frage kommenden Optionen bereits gehört. Im Verlauf des Beratungsgesprächs wird eine berufliche Perspektive für den Rehabilitanden auch vor seinem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

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

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

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

Abbildung 8: Kontinuum der Ko-Produktion in der Gruppe



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bedingungen und Konsequenzen des Interaktionssettings:

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

Tabelle 6: Merkmale der Interaktion mit Rehabilitand*innen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Austausch mit dem Reha-Team

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

Interprofessioneller Austausch

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Intraprofessioneller Austausch

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bedingungen und Konsequenzen des Austausch mit dem Reha-Team:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Austausch mit externen Akteur*innen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bedingungen und Konsequenzen des Austausches mit externen Akteuren:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

iii) Aufgaben

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

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

der Arbeitsformen, wird jedoch zunächst eine Aufgabe beschrieben, die ebenfalls dem Einsatz von Arbeitsformen zu Grunde liegen kann, jedoch nicht von den Rehabilitand*innen oder den Ärzt*innen ausgeht. Gemeint ist die *soziale Diagnostik*, die sich die Sozialarbeiter*innen selber zur Aufgabe geben können beziehungsweise die sie – möglicherweise – unbewusst verfolgen.

a) Soziale Diagnostik

Zur näheren Erläuterung dieser Aufgabenstellung kann folgendes Zitat eines erfahrenen Sozialarbeiters herangezogen werden.

Wir machen ja einmal die allgemeine Sozialberatung, wo wir alle möglichen Fragen, mit denen die Patienten zu uns kommen, auch aufgreifen. (...) Genauer strukturiert wird das dann, wenn wir uns das Anliegen **anhören**. Aber dann auch so den großen Rahmen der Rehabilitation und den Auftrag der-, [den] die Rehabilitation hat/Wenn wir uns das angucken und das geschilderte Problem des Rehabilitanden da einordnen wollen. (E1 I\Herr C: 58–65)

Die gestellte Aufgabe wird deutlich, es geht zum einen um eine Strukturierung der Anliegen der Rehabilitand*innen. In der Interaktion mit den Rehabilitand*innen können dabei mehrere der im Folgenden vorgestellten Aufgaben nebeneinander gleichzeitig bearbeitet werden. Zum einen geht es darum, die Bedürfnisse⁷ beziehungsweise Wünsche der Rehabilitand*innen in den Rahmen zu setzen, den die Rehabilitation bietet. Damit könnten die Fördermöglichkeiten, aber auch Anforderungen an die Rehabilitand*innen gemeint sein. Eingeeordnet in das Modell des Tripelmandats von Staub-Bernasconi (2018) wird hier ein zweidimensionales Mandat aus Hilfe und Kontrolle der Gesellschaft als Bedingung formuliert. Die Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung können dem Sozialgesetzbuch entnommen werden. Die Kontrollfunktion für die Rehabilitation wird von einem Sozialarbeiter

7 Bedürfnisse werden hier in Übereinstimmung mit dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen (Schwartz et al., 2000) als Nachfrage im Sinne von Wunsch nach einer Behandlung gesehen. Diese sind von Bedarfen und Behandlungsbedarfen abzugrenzen. Diese sind ein professionell festgestellter Bedarf, zum Beispiel in Form einer Indikationsstellung beziehungsweise eine dem Bedarf zugeordnete und aussichtsreiche (ability-to-benefit) Behandlung. Die ability-to-benefit ist bestenfalls mit wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen.

wie folgt beschrieben, wenn er seine Reaktion auf eine Anspruchshaltung in Richtung der Erwerbsminderungsrente begründet.

Und dann versuchen die halt wirklich so alles rauszuholen, was für die geht. (.) Find ich dann auch schwierig irgendwann, dann so Sympathie noch aufrechtzuerhalten, (.) [...] weil ich mir denke, ja, (.) es ist halt auch irgendwie Solidargemeinschaft, die dafür aufkommt, das ist ja auch so 'n bisschen unserer Job, das gewissenhaft zu überprüfen: »**ist** derjenige überhaupt noch arbeitsunfähig oder versucht der vielleicht einfach die Zeit bis zur Rente zur verkürzen?« (E2 I\Herr B: 436–444)

In dieser Einrichtung ist der Sozialdienst tatsächlich in Kontrollaufgaben eingebunden. Das Instrument zur Überprüfung beziehungsweise Empfehlung für den Zugang zur genannten Leistung ist die sozialmedizinische Beurteilung. An dieser ärztlichen Aufgabe sind laut Rahmenkonzept der DRV (2009) die Sozialarbeiter*innen jedoch nicht beteiligt. Im Folgenden wird das Ergebnis der Beurteilung, die von Seiten der Ärzt*innen an den Sozialdienst oder die Rehabilitand*innen übermittelt wird, als Weiterleitung des gesellschaftlichen Mandats in der Rehabilitation gesehen.

Vor diesem Hintergrund versucht also der Sozialdienst, die Bedürfnisse und Wünsche der Rehabilitand*innen zu strukturieren, oder anders ausgedrückt, bearbeitbare Bedarfe zu entwickeln und die Berechtigung der Wünsche zu prüfen. Dabei geht es auch darum, die Bedürfnisse und Wünsche zunächst zu erfassen. Wie bereits zuvor ausgeführt wurde, kann auf Basis der vorliegenden Daten die Hypothese aufgestellt werden, dass die Rehabilitand*innen nicht genau wissen, was sie in den Sozialdiensten erwarten können (vgl. Interaktionssettings). Ebenso lückenhaft wurden die Zuweisungen aus dem Reha-Team beschrieben, die in manchen Fällen zu einer Hypothesenbildung über mögliche Anliegen geführt hat. Die im Folgenden beschriebene Bedarfsanamnese ist als weitere Reaktion auf diese Herausforderung zu verstehen. Herr C. betont im Eingangszitat des Kapitels der *sozialen Diagnostik*, dass diese auf Grundlage der Äußerungen der Rehabilitand*innen im Austausch geschieht.

Die Fragen der Sozialarbeiter*innen zu Beginn der Beratungsgespräche verfolgen möglicherweise genau dieses Ziel, wenn eher floskelhaft zu Beginn von Erstkontakten gefragt wird, was man für den*die Rehabilitand*in tun könne, was der*die Rehabilitand*in für Fragen mitbrächte oder welche Anliegen der*die Rehabilitand*in habe. Auch zum Abschluss der Gespräche sind solche

offenen Fragen verbreitet. Das Angebot der Sprechstunde zeigt sich ebenfalls als eine Möglichkeit, Raum für die Anliegen der Rehabilitand*innen zu geben. In einer Einrichtung wird zudem der Gruppenkontext zur Sammlung der Anliegen der anwesenden Rehabilitand*innen genutzt. Andere Einrichtungen setzen organisationsbezogene Strategien der sozialen Diagnostik ein, wenn sie die Sensibilisierung der Rehabilitand*innen für bestimmte Themen durch ihre Vorträge anregen wollen und in Folge Fragen der Rehabilitand*innen evozieren. Im Rahmen von Sprechstunden oder Einzelgesprächen werden zudem bestimmte Fragen, die teilweise im Team miteinander abgestimmt sind, immer gestellt, um weitere Bedarfe abgefragt zu haben.

Sozialarbeiter Herr A: [...] im ersten Gespräch, dann macht man sich, wie bei allen anderen Patienten natürlich, (.) erstmal 'n **Bild**, (.) ne?

Interviewer I: Wie machst du das?

Sozialarbeiter Herr A: (.) Also wir haben hier so 'n **ich persönlich** mach das so, wir haben einen Anmeldungsbogen, [...] den haben wir auch quasi als Sozialdienst (Lachen) neu entworfen, ne? Da haben wir dann (.) so Punkte drauf wie DRV-Beratung, ne, stufenweise Wiedereingliederung, Beratung LTA, Schrägstrich berufliche Reha, also Lei/Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, ne? (.) Schwerbehindertenangelegenheiten, Pflegeberatung, ambulante Pflege, vollstationäre Pflege, **Entlassmanagement**. Ja? [...] das ist für mich wie so 'ne kleine, wie so 'ne kleine Checkliste, (.) ne? (E6 I\Herr A: 710–728)

Diese von den Impulsen beziehungsweise Fähigkeiten der Rehabilitand*innen zur Erkenntnis eines Bedarfs abhängige Strategie wird in einer Einrichtung um mehr durch die Sozialarbeiter*innen gelenkte Vorgehensweisen ergänzt, wie im Beispiel von Herrn A. dargelegt. In E2, in der die Zuweisung in den Sozialdienst über das Reha-Team geschieht, besteht eine Aufgabe dabei auch in der Beurteilung des sozialarbeiterischen Bedarfs. In enger Anlehnung an die in Abbildung 5 beschriebene sozialmedizinische Liste werden dem Sozialdienst nur bestimmte Rehabilitand*innen zugewiesen. Die Sozialarbeiter*innen dieser Einrichtung hatten vor Beginn der Corona-Pandemie zu Beginn der Reha-Maßnahme Kontakt mit allen Rehabilitand*innen. Somit konnten sie vor dem Hintergrund dieser Erfahrung den sozialarbeiterischen Bedarf einschätzen.

Ein Nutzen der Bedarfsanamnese liegt für die weitere Planung der Arbeit darin, dass eine prognostische Einschätzung der Bedarfe nach bestimmten Kriterien vorgenommen wird. Dabei wird zuerst nach der Relevanz des Be-

darfs für den Sozialdienst geschaut. Es kann auch sein, dass besprochene Themen an den psychologischen Dienst oder andere Berufsgruppen abgegeben werden.

Ich kann das **merken**, dass es nicht mit der Arbeit an **sich** zu tun hat, sondern dass es vielleicht'n interaktionelles Problem ist. Dann geb' ich das zum Beispiel zurück [an die Kolleg*innen der Psychologie, Anm. Autor*innen] (E2 \Frau D: 1000–1003)

Diese Fälle traten in den Daten jedoch seltener auf, sind allerdings ausgehend von dem notwendigen Kompetenzniveau auch anspruchsvoll. Es ist davon auszugehen, dass Frau D. als Sozialarbeiterin mit beruflicher Erfahrung in der Psychiatrie eher in der Lage ist, solche Bedarfe wie beschrieben zu erkennen. Eine andere Sozialarbeiterin verwies eine Rehabilitandin an die Pflege und baute dabei vermutlich auch auf ihre Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin auf.

Ein wichtiges Kriterium ist die Dringlichkeit der Termine. In Anbetracht begrenzter Ressourcen und Herausforderungen durch die fachfremde Zuweisung ist die primäre Orientierung an der Dringlichkeit, einem Konstrukt aus dem aktuellen Stand des Reha-Aufenthalts, dem, manchmal auch nur verspürten, zeitlichen Druck der Rehabilitand*innen durch natürliche Fristen wie dem Monatsanfang und der Dauer des Einsatzes auf Grundlage eines prognostizierten Aufwands. Neben der kurzfristigen Berücksichtigung des Themas wird anhand dieses Merkmals des Anliegens auch entschieden, ob ein Einzelgespräch notwendig ist oder ein Sprechstundentermin bereits ausreicht.

Frau B. erläutert, dass in der Sprechstunde schon einmal die Anliegen abgefragt werden können. Häufig handele es sich um Anliegen, die schnell erledigt werden können, wie zum Beispiel die Beantragung des Übergangsgeldes. Dafür sei kein Einzeltermin von einer halben Stunde notwendig. (E3 BP\TKI: 287–292)

Hier kann der Eindruck entstehen, dass die Sprechstunde dieser Erklärung nach eine Art Filterfunktion erfüllt, um aufwändige von weniger aufwändigeren Anliegen zu trennen und um letztendlich die Beratungsgespräche für diejenigen zu reservieren, die eine umfangreichere Beratung benötigen.

Weitere Kriterien für die Bedarfsanamnese im Rahmen von Gruppen sind die Spezifität sowie die Sensibilität der Themen, um entscheiden zu können, ob es für die gesamte Gruppe relevant ist oder ob dafür ein Einzeltermin vereinbart werden muss.

Die Erfassung von Umwelt- und personbezogenen Faktoren (vgl. Abbildung 4) gehört ebenfalls zur sozialen Diagnostik. Dafür können eine Sozialanamnese und eine Berufsanamnese durchgeführt werden. Hier gilt es zu berücksichtigen, dass beide Teilaufgaben in manchen Einrichtungen offiziell auch von anderen Berufsgruppen in der Rehabilitation durchgeführt werden.

Wir [das Reha-Team, Anm. Autor*innen] gucken, **kann** die Person ihre Tätigkeit noch ausüben oder nicht? Und das auf/aus medizinischen oder therapeutischen Gründen. Und wenn ja, in welchem Umfang? [...] da **werde** ich auch mit (.) involviert, bei dieser Entscheidung: »Kann die Person das noch oder nicht?« Und das aus den Einzelgesprächen überwiegend. Oder auch in der Gruppe. Jetzt wie vorhin die Frau, [Name3], die in der Gruppe, wo ich gesagt hab, die muss man sehr stoppen. Das ist ja 'ne Teamentscheidung, ob die noch als Lehrerin arbeiten kann oder nicht. Und da sind wir **sehr** nah. Und so, wie sie bei **mir** wirkt und wie sie bei anderen wirkt, da tauschen wir uns aus. Und das besprechen wir im Einzel. Genau. Also deswegen mach ich **viel** Arbeits/Also was ich **sehr**, sehr gerne mach, ist auch **Berufs**biografie und **Arbeits**platzsituation. Mir schildern lassen, was ist da? (E2 I\Frau D: 620–637)

Wie oben von ihm im Interview angegeben, kann in einem von Frau D. aufgezeichneten Erstgespräch die ausführliche berufsbiografische Anamnese nachvollzogen werden. Die Fragen machen aufgrund der Reihenfolge und des Tempos den Eindruck, dass es sich um vorbereitete Fragen handelt, die Frau D. zur Unterstützung bei sich hat. Die Fragen befassen sich mit den aktuellen Tätigkeiten der Person, den Bedingungen am Arbeitsplatz, dem Arbeitgeber an sich und mit spezifischen Nachfragen bei besonderen Ereignissen in der Berufsbiografie. In letztem Fall gibt Frau D. eine Erläuterung, wieso sie diese Daten erhebt, nachdem der Rehabilitand über seine steigenden Belastungen am Arbeitsplatz durch eine von ihm getragene Interimslösung berichtet.

Rehabilitand Herr B: [Hat] dann dazu geführt, dass irgendwann sich dieses Hamsterrad immer schneller drehte. (Frau D: Ja.) Ja, das war ja nicht Ihre Frage. (Frau D: Gab es/) Ich mach jetzt hier mal stopp!

Sozialarbeiterin Frau D: Gab es/(beide lachen kurz) Nee, also ich hab' mir hier Sachen notiert. [...] das einmal ist: Gab es 'ne Vertragsveränderung, sind-, ist jemand von [Arbeitgeber] auf Sie zugekommen? Gab es irgendwie 'ne Aufgabenverteilung? Also das ist für mich relevant, weil-, um zu gucken: Wie ist Ihr aktueller Arbeitsvertrag? Wenn Sie zurückgehen würden. [...] manchmal kann man über – also ich greife jetzt mal ein bisschen vorweg – über eine Stundenreduzierung/Wobei das ist immer gefährlich, wenn man nicht eben klare Aufgabenverteilungen hat [...] (E2 B\Frau D: 182–195)

Durch das Vorgreifen gibt sie, auch dem Rehabilitanden, einen Einblick in die Rationale der Planung der beruflichen Rückkehr⁸ und macht damit deutlich, auf welche feinen Details bei der Berufsanamnese zu achten ist.

In der Sozialen Arbeit sind solche Nachfragen, zum Beispiel der finanziellen und familiären Bedingungen oder von Faktoren am Arbeitsplatz auch zu beobachten, wenn nicht die Rede von einer Anamnese ist. Im Unterschied zu den oben beschriebenen, auf vorgefertigten Fragen basierenden Anamnesen, sind diese Fragen weniger systematisch, sondern werden als regelmäßige Fragen von den Sozialarbeiter*innen im Beratungsprozess beschrieben oder entstehen im Beratungsverlauf. In der folgenden Beratungssequenz fragt der Sozialarbeiter Herr C. bei der Abwägung des Übergangs in das Rentenleben mit dem Verbleib im Beruf nach der familiären Situation.

Sozialarbeiter Herr C: Das ist ja schon nich mal eben so, (Rehabilitand: Nee.) dass man [50–55] 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. (Rehabilitand: Ja, das ist so). Sind Sie denn ganz frei und unabhängig, das zu entscheiden oder wie sieht Ihre familiäre Situation aus? (Rehabilitand: Ja.) Man guckt ja da auch schon mal 'n bisschen drauf. (E1 B\Herr C: 472–479)

Anhand dieses Beispiels soll ebenfalls gezeigt werden, dass die soziale Diagnostik nicht nur zu Beginn der Beratung gestellt wird, sondern sich, wie in diesem Fall, Fragen der Sozialanamnese auch noch während der Intervention ergeben können.

8 Möglicherweise gibt Frau D. diesen Einblick aber auch nur, weil er weiß, dass das Gespräch für die Studie aufgezeichnet wurde.

Die Vorbereitung auf die Einzelgespräche durch eine Beschäftigung mit den dokumentierten personbezogenen und Umweltfaktoren und die darauf aufbauende Bildung von Hypothesen ist ebenfalls als Strategie der sozialen Diagnostik einzuordnen (vgl. Interaktionssettings).

Das Ziel der sozialen Diagnostik als Aufgabe der Sozialdienste ist die Herstellung der Bearbeitbarkeit der sozialdienstlichen Fälle (*establishing caseness*, Hitzler & Messmer, 2008). Wie bereits erwähnt, ist diese Aufgabenstellung nur selten wie in der eingangs zitierten Interviewpassage benannt. Trotzdem kann die soziale Diagnostik mit ihren unterschiedlichen Ausprägungen als zugrundeliegendes Konstrukt zur Erklärung eines Großteils der geleisteten Informationsarbeit in Verbindung mit Reflexions- und Emotionsarbeit beschrieben werden. In der folgenden Erläuterung der anderen Aufgaben wird der oder die Auftraggeber*in expliziter zu nennen sein. Für die soziale Diagnostik gilt dies nicht. Im eingangs genannten Zitat kann von einer *professionellen Selbstmandatierung* ausgegangen werden. Die hier und im Kapitel Interaktionssettings angeführten Einrichtungen, die sich auf die Gespräche vorbereiten, tun dies eigenmächtig. Die offene Formulierung der Fragen zu Beginn der Erstkontakte oder die erwähnte Checkliste ist zwar im Aufwand nicht mit der Vorbereitung vergleichbar, folgt jedoch dem gleichen Impetus, dass es neben den formulierten Anliegen der anmeldenden Profession der Rehabilitand*innen selber weitere Bedarfe geben wird. Es bleiben jedoch Sozialdienste übrig, die zwar Fragen zur beruflichen oder sozialen Situation der Rehabilitand*inne stellen, sich jedoch nicht mit dem Fall an sich auseinandersetzen. Diese leisten die Aufgabe der sozialen Diagnostik nicht, sondern verarbeiten die Fälle so wie sie angemeldet werden. Die Gefahr der De-Professionalisierung durch eine starke Orientierung an den organisatorischen Vorgaben wird in dieser Hinsicht von einem Sozialarbeiter erkannt.

Auch wenn's organisatorisch damit getan wäre, dass ich sage: »Steht auf meinem Plan, mach' ich so und dann war's das.« Und wenn der Patient oder die Patientin nicht selber darauf zu sprechen **käme**, dürft' ich denjenigen auch einfach wieder rausleiten. So, wenn (I: Mhm.) nix ist, dann ist nix. (E10 I\Herr A: 105–111)

Herr A. reagiert auf dieses Vakuum mit einem hohen Verantwortungsgefühl gegenüber den Rehabilitand*innen und begründet damit seine frühzeitige Auseinandersetzung mit potentiellen Bedarfen.

Im multiprofessionellen Reha-Team wird diese Aufgabe jedoch auch für den gesamten Reha-Prozess als wichtig erachtet. In der psychosomatischen Rehabilitation wird von einer ärztlichen Leitung die Erfassung sozialer Problematiken als integraler Bestandteil gesehen.

[...] ob's [um, Anm. der Autor*innen] Konflikte am Arbeitsplatz geht, ob es um Wiedereingliederung geht, ob es um Entwicklung von neuer Perspektiven für den Patienten geht. Oft geht's auch um Beratung (.) bei innerfamiliärer Konfliktsituation oder finanzielle Überlastungen jeglicher Art, oder Beratung bei Grad der Behinderung. Also **all** diese Aspekte, die können wir ärztlich (.) ohne Sozial/oder Integration von Sozialdienst nicht erfassen. Insofern ist es ein ganz wichtiger Bestandteil (.) der Behandlung. (E3 I\ärztliche Leitung: 14–24)

b) Entwicklung von Perspektiven

Die Frage *Wie geht's weiter?* wird von Sozialarbeiter*innen selber gerne gestellt. Mindestens genauso häufig bekommen die Kolleg*innen diese Frage jedoch auch von den unterschiedlichen Parteien im Reha-Prozess gestellt. Dahinter verbirgt sich die für die Soziale Arbeit zentrale Aufgabe der Entwicklung von Perspektiven nach einer beziehungsweise mit einer chronischen Erkrankung. Die Frage zeigt auch, dass die Beratung in diesem Auftrag dazu führt, dass die Orientierung im Sozialdienst sowohl räumlich als auch zeitlich außerhalb der aktuellen Situation liegt. Zur einführenden Erläuterung und ersten Fokussierung folgt erneut ein Zitat von Herrn C. aus E1.

Manchmal geht es dann eben um persönliche und berufliche Fragen, die sich [...] aufgrund der Erkrankung, der Veränderungen, die sich durch Krankheiten ergeben für die Patienten eben auch darstellen. [...] häufig sind es dann chronische Beschwerden, die der jeweilige hat. Wodurch oft auch seine Arbeit beeinträchtigt ist und die Möglichkeit, [...], seine Arbeit fortzusetzen oder wieder einzusteigen. Das ist dann unser Thema hier mit dem Bezug ganz klar auf die, [...] berufliche Perspektive des Patienten. Rückkehr an den Arbeitsplatz oder welche Möglichkeiten der Unterstützung braucht er? Wenn das gar nicht so ohne Weiteres möglich ist. (I: Mmhm.) Also so ein großes Themenfeld. (E1 I\Herr C: 66–77)

Auch wenn Herr C. zuerst die persönlichen Folgen der chronischen Erkrankung anspricht, folgt von ihm zunächst eine Erläuterung und zudem

Fokussierung der Aufgabenstellung für seine Arbeit in der Rehabilitation auf die *Entwicklung (und Erschließung) der beruflichen Teilhabeperspektiven*. Bevor auf diese näher eingegangen wird, sollen noch die anderen Orientierungen genannt werden: *Vorbereitung der Transition in das Rentenleben, Entwicklung (und Erschließung) der sozialen Teilhabeperspektiven*.

Die Fokussierung auf die beruflichen Perspektiven deckt sich mit der Aufgabenstellung bei einem Großteil der Einrichtungen mit somatischen und psychosomatischen Indikationsschwerpunkten. In der Neurologie steht aufgrund der Schwere der Krankheiten beziehungsweise dem höheren Durchschnittsalter eher die Entlassplanung im Vordergrund. In der onkologischen Rehabilitation ist dies ebenso zu beobachten. Hier wird möglicherweise aufgrund der psychischen Belastung, die mit einer existentiell bedrohlich erlebten onkologischen Diagnose einhergeht, die vergleichsweise »profane« Auseinandersetzung mit der beruflichen Zukunft hintenangestellt. Zudem sorgt das in der Onkologie ebenfalls höhere Durchschnittsalter für eine Orientierung an der sozialen Teilhabe. In den Einrichtungen mit Schwerpunkten im neurologischen oder onkologischen Indikationsbereich zeigte sich die Zusammenarbeit mit der Medizin als nicht so relevant für den Sozialdienst wie in Einrichtungen mit anderen Indikationsschwerpunkten. Möglicherweise ist dies mit der Aufgabenstellung für die Sozialdienste zu erklären, da bei der Entwicklung der beruflichen Perspektive die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung eine so zentrale Rolle spielt. An dieser ärztlichen Einschätzung hängen nämlich die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen, mit denen die Sozialarbeiter*innen bei dieser Aufgabe konfrontiert sind. Aus diesen Ausgangsbedingungen ergeben sich die folgenden idealtypischen Fälle, die aus den Praxisbeschreibungen und Beobachtungen beziehungsweise Aufzeichnungen entwickelt wurden. Entweder können die Rehabilitand*innen wieder an ihren alten Arbeitsplatz zurück. Dies geschieht im besten Fall unmittelbar oder gestuft im direkten Anschluss an die Reha-Maßnahme. Diese Rückkehr muss von den Sozialarbeiter*innen umgesetzt werden. Oder diese Rückkehr funktioniert nur unter bestimmten Bedingungen, die dann von den Sozialarbeiter*innen geklärt und abgewogen werden müssen, bevor die Umsetzung des entworfenen Plans durch den Sozialdienst koordiniert werden kann. Im Fall einer Nicht-Rückkehr an den alten Arbeitsplatz ergeben sich besonders viele Herausforderungen, da nun auch die LTA berücksichtigt, erläutert, abgewogen und beantragt beziehungsweise deren Beantragung vorbereitet werden muss. Auch dieser entwickelte Plan wird dann von den Sozialdiensten umgesetzt. Hier und auch schon in den skizzierten Fällen zuvor, können

sich für die Aufgabenstellung relevante »Nebenschauplätze« ergeben, die für die Rückkehr in den Beruf förderlich sind. Dazu zählt die Beantragung von Nachteilsausgleichen, die Auseinandersetzung mit möglichen Arbeitsplatzkonflikten oder anders gelagerten Problemen, die die Rückkehr in den Beruf unmittelbar beeinträchtigen oder die notwendige Flexibilität beeinflussen. Mit dem nächsten Fall, in dem die Leistungsfähigkeit aufgehoben ist und zwar für sämtliche Berufe, wird sich einer anderen Aufgabenstellung gewidmet. Die vorangegangene idealtypische Vorstellung zeigt dabei nur eine Seite der Medaille. Wie bereits erwähnt, treten auch die Rehabilitand*innen mit mehr oder weniger konkreten Vorstellungen zu ihrer beruflichen Zukunft an den Sozialdienst heran. Sind die Ziele kongruent, bleibt es möglicherweise bei dem obengenannten Vorgehen. Denkbar ist, dass die damit in Verbindung stehende Motivation der Rehabilitand*innen sogar für eine einfachere Umsetzung sorgt. Die Sozialarbeiter*innen sind jedoch auch mit der Situation konfrontiert, dass die Rehabilitand*innen ihre gewünschte Perspektive noch gar nicht benennen können.

[...] **zumal** es ja auch Job einer Reha ist, die berufliche Zukunftssituation in irgendeiner Weise zu beleuchten und zu klären. Und **leider** sind die allerwenigsten Patienten so [...] eindeutig klar, dass die kommen und sagen: »Ich fang nach der Reha/[...] geh ich [...] in meinem Job zurück und es ist alles gut.« [...] das heißt, wir brauchen die Sozialarbeiter **zum** Beispiel für die Organisation von stufenweiser Wiedereingliederung, **zur** Information der Patienten über verschiedene Anträge, zur Information der Patienten über 'n GdB-Antrag. (Ez I\kaufmännische Leitung: 20–29)

Hier liegt die Hauptaufgabe also in der Aufklärung über Möglichkeiten bis zur Nennung von Optionen sowie der Entscheidungsfindung. Widersprechen sich die Ziele, ist eine solche ideale Umsetzung inklusive der Erschließung der Perspektive nicht mehr möglich. Der gesamte Aufwand der Sozialdienste geht in die Klärung der Perspektive und wird von den Sozialarbeiter*innen als besondere Herausforderung beschrieben. Die Sozialarbeiter*innen reagieren in diesen Situationen unterschiedlich. Beispielsweise reagieren sie mit einer erneuten Erläuterung der Voraussetzungen der Erwerbsminderungsrente und ziehen sich auf deren Rechtmäßigkeit zurück.

Interviewer I: Wie versuchen Sie denn, solche Differenzen [in den Zielen, Anm. Autor*innen] zu überbrücken?

Sozialarbeiter Herr C: Wir haben dann ein zweites oder auch ein drittes Gespräch [...] wo wir solche Fakten, wenn es eben, um bei dem Beispiel Rentenbegehren zu bleiben/Noch mal erklären können. Und das ist ja nicht Auslegungssache oder das ist ja jetzt nicht Entscheidung, [...] eines Mitarbeiters einer Reha-Klinik oder, [...] eines unmittelbar hier sich mit ihm Befassenden. Sondern wir beziehen uns da ja eben auf **Gesetzmäßigkeiten**, auf allgemeinverbindliche Regelungen und Absprachen, die im Sozialrecht gelten. Die können wir in so einem Fall ja auch erst mal nur vermitteln, und das versuchen wir dann eben auch immer klarzumachen (E1 I\Herr C: 315–327)

Das obengenannte Zitat klingt wie eine Absage an weitere Diskussionen. Diese Reaktion der erneuten Erläuterung auch der Konsequenzen wird von vielen Sozialarbeiter*innen gezeigt, wenn auch nicht immer in der Deutlichkeit. Eine andere typische Vorgehensweise in Einrichtungen mit starkem Bezug zum Reha-Team wie in E2 oder in starker Abhängigkeit von der Medizin wie in E3 ist beispielsweise die Konsultation des Reha-Teams oder der Ärzt*innen, um sich zu besprechen. Dabei übermitteln sie immer die Reaktion der Rehabilitand*innen, vertreten deren Anliegen aber nicht unbedingt. Eine andere Strategie ist die Nennung von alternativen Optionen. Dabei wird ebenfalls auf die potentiellen Konsequenzen dieser Alternativen eingegangen.

Eine Sozialarbeiterin beschreibt einen inneren Konflikt, der öfter benannt wird, und der in die von ihr benannte Strategie der *Empathie und Sachlichkeit* mündet. Diese vor dem Hintergrund der zuvor benannten Strategie der *integrativen Vorgehensweise* umfasst zum einen das Ernstnehmen der Ziele der Rehabilitand*innen, um dadurch deren Begründung empathisch nachzuvollziehen. So könnten diese nämlich in den finanziellen Sorgen der Person liegen. Sachlichkeit meint in diesem Zusammenhang, dass sich die Sozialarbeiter*innen zum Beispiel auf die gesetzlichen Bestimmungen beziehen und dabei die Möglichkeiten und Alternativen, die diese bieten, aufzeigen. Eine beobachtete Sequenz eines anderen Sozialarbeiters folgt dieser Strategie, der auch zunächst die Bedenken des Rehabilitanden ernst nimmt, um ihm dann die Optionen aufzuzeigen.

Der Rehabilitand, Herr Z., wird etwas ungehalten, wenn er berichtet, seit mehr als dreißig Jahren auf der Straße zu sein. Er habe mal mit 17 Jahren Tischler gelernt, aber wäre dann schnell Fernkraftfahrer geworden. Er fragt sich, als was er denn in seinem Alter noch arbeiten solle. Der Sozialarbeiter Herr A. spiegelt und fragt, ob er sich diese Herausforderung mit neuem Umfeld und neuer Aufgabe nicht vorstellen könne und er Bedenken habe, dass

er in seinem Alter nichts Neues mehr finden werde. Herr A. resümiert und möchte zwei Alternativen aufzeigen. Die erste Option wäre, dass sich Herr Z. zurückhalte, den Antrag jetzt noch nicht stelle und warte bis sich jemand melde. Zu einer Beschreibung der zweiten Option kommt es nicht. Herr Z. fragt Herrn A. vorher, wie hoch das Arbeitslosengeld ausfallen würde. Herr A. wisse dies nicht und fragt den Beobachter, der es auch nicht weiß. Deshalb steht er auf und geht zu seinem PC, um die Höhe des Arbeitslosengelds I zu recherchieren. (E10 BP\TKII: 258–275)

Dabei können sich die Ziele der Rehabilitand*innen auch aus anderen Motivationen ergeben. Nachdem Herr C. den Rehabilitanden seinen Wunsch nach einer Rente hat äußern lassen, fragt er nach seinem Arbeitsplatz.

Der Rehabilitand, Herr U., macht deutlich, dass ihm die Arbeit schwerfalle. Jedoch stellt er nicht die körperlichen Belastungen in den Mittelpunkt, sondern die zunehmende Digitalisierung seines Arbeitsplatzes. [...] Herr C. fragt ihn daraufhin, ob er die Arbeitsschritte, die er mit dem PC ausführen müsse, gezeigt bekommen habe. Dies bejaht er [...], er könne jedoch nicht gleichzeitig auf den Bildschirm und auf die Finger des Kollegen schauen, so dass er immer noch Probleme habe. Herr C. scheint währenddessen immer wieder Verständnis für die Situation von Herrn U. zu zeigen, indem er Zustimmungslaute oder Wörter wie ›natürlich‹ benutzt. Er resümiert, auch ein wenig fragend, dass diese Situation für Herrn U. Stress bedeuten müsse. Dies bestätigt Herr U. ihm. Herr C. erklärt Herrn U. infolgedessen die Voraussetzungen einer Erwerbsminderungsrente, und scheint dabei vorauszusetzen, dass der Wunsch des Rehabilitanden, eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen, daraus gespeist ist, dass er mit seiner jetzigen Arbeitssituation überfordert sei. Für eine Erwerbsminderungsrente müssten jedoch medizinische Gründe vorliegen, die derzeit bei Herrn U. nicht vorliegen. Es wirkt auf die Beobachterin so, dass Herr U. die Erklärungen des Sozialarbeiters, die des Erachtens der Beobachterin sehr sachlich und ruhig geschildert werden, nachvollziehen kann. (E1 BP\NaSI: 272–301)

Die Kenntnis der individuellen Situation, hier der beruflichen Anforderungen, stellen sich als sehr bedeutsam heraus. Bei Nicht-Kenntnis, obwohl im obengenannten Beispiel nicht klar wird, wie Herr C. zu seiner Einschätzung kommt, kann ein solcher Wunsch auch als Rentenbegehren missinterpretiert werden.

Das Ziel dieser Teilaufgabe ist zum einen der Return-to-Work oder – und dies gilt in Anbetracht des kurzen Aufenthalts nicht nur für die herausfordern-

den Fälle – die Entwicklung einer beruflichen Perspektive sowie erste Ideen zu deren Umsetzung.

[...] richtig erarbeiten würde ich mal sagen, ist im Rahmen hier des Klinikalltags nicht möglich oder **selten**. Also wenn man weiß, man is hier gut aufgestellt, man kann vielleicht ein zweit- oder 'n Dritttermin mit dem Patienten machen, dann ist das möglich. Aber man kann Dinge **anstupsen, mal ansprechen**, so 'ne-, als 'ne Idee sag' ich mal den Patienten mitgeben. Vielleicht geht's ja nicht unbedingt um Lösungen, aber vielleicht, um überhaupt mal Fragen aufzuwerfen, (.) in Gesprächen. Zu fragen/Und wenn ich einfach sag': »Wer steht Ihnen dabei überhaupt zur Seite, wer unterstützt Sie?« Da einfach auch ma zu gucken, welche Ressourcen man hat und und und. Ja? (E1 I\Herr B: 60–71)

Wenn durch die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung das Leistungsvermögen der Rehabilitand*innen als teilweise oder vollends aufgehoben eingestuft wird, sind die Sozialarbeiter*innen mit der Aufgabe konfrontiert, die *Transition ins Rentenleben* vorzubereiten. Die Wahrscheinlichkeit ist hier hoch, dass die Rehabilitand*innen in eine teilweise oder volle Erwerbsminderungsrente gehen. Dabei geht es zum einen um die der *verwaltungstechnischen Dimension* der Sozialen Arbeit zuzuschreibenden Tätigkeiten wie die Erläuterung der Leistung beziehungsweise die Weitergabe von Broschüren über die Leistungen. Dabei wird großer Wert daraufgelegt, die Befristung der Erwerbsminderungsrente zu erwähnen. Zum anderen wird die Umsetzung mit einer Information der Sozialversicherungsträger, möglicherweise einer Terminvereinbarung beim Sozialversicherungsträger, koordiniert. Dazu ergeben sich weitere, eher am *klinischen Teil* der Sozialen Arbeit in der Rehabilitation orientierte Tätigkeiten. Diese können sich auf die Zeit nach der Berentung beziehen und die Entwicklung von Perspektiven zur Alltagsstrukturierung beinhalten. Eine weitere Aufgabe für die Soziale Arbeit beziehungsweise das gesamte Reha-Team liegt in der Akzeptanz der Rolle als Rentner*in, wie im folgenden Zitat verdeutlicht:

[...] aber auch so Fragen zu klären, wie ist das so, die Rolle als Rentner, als Rentnerin anzunehmen? (.) Es gibt teilweise Leute, die sind vierzig, die gehen dann in Rente und die haben da 'n Problem mit, was ich auch nachvollziehen kann. (.) Einfach so den Status der toughen Arbeitnehmerin zur (.) sehr eingeschränkten erwerbsgeminderten Person, das **ist** auch was, was man irgendwie nachbesprechen sollte. (.) So was mache ich dann teilweise

mit den Leuten, wobei das halt auch **eh**er nochmal beim Psychologen Thema ist. (E2 I\Herr B: 645–653)

Diese Form der Perspektivenentwicklung macht jedoch nur einen Teil des Aufgabenspektrums der Vorbereitung der Transition ins Rentenleben aus. Häufig auf Wunsch der Rehabilitand*innen selber, aber auch als Idee der Sozialarbeiter*innen oder des Reha-Teams wird der Übergang in die Rente mit Rehabilitand*innen besprochen, deren Leistungsfähigkeit als nicht beeinträchtigt eingestuft wird.

Dann gibt's 'ne größere Gruppe älterer Rehabilitanden. Die so fünf Jahre vor ihrer eigentlichen Altersrente stehen und die auch aus gesundheitlichen Gründen in ihrem Beruf nicht mehr arbeiten könnten. Und auch da steht wieder so diese Findung im Berufsleben im Fokus. Schleppt man sich jetzt noch 'n paar Jahre durch bis zur Rente? Kann man es sich leisten, vorher aufzuhören? (E1 I\Herr C: 236–248)

Wenn die Entscheidung in Richtung der Altersrente getroffen wird, dann können mit dieser Gruppe in einer bestimmten Altersspanne, die sich aufgrund der Regelung der Rente für besonders langjährig Versicherte nicht nur am kalendarischen, sondern auch am beruflichen Alter orientiert, verschiedenste Optionen besprochen werden. Dafür wird jedoch zunächst das Alter des möglichen Renteneintritts geschätzt. Die Betonung liegt hier auf der Schätzung, da diese Information erst nach einer Kontenklärung und nur durch die Rentenversicherung gegeben werden kann. Die Sozialarbeiter*innen behelfen sich daher mit Rentenrechnern im Internet, die zwar auf Monate genau das früheste Renteneintrittsalter berechnen, es sich dabei aber aufgrund der wenigen Informationen nur um Näherungswerte handeln kann. Je nach sozialrechtlichem Informationsstand, Erfahrungen und Fähigkeiten im Umgang mit dem Sozialrecht kommen Rehabilitand*innen bereits mit dieser Information in den Sozialdienst. Die darauffolgenden Optionen reichen von einer Abwägung des möglichen Abschlags, den man bereit ist in Kauf zu nehmen, bis zu einem hochkomplexen Plan für die nächsten Jahre, der zwangsläufig viele Unsicherheiten beinhaltet. Für diese Pläne verfügen die Sozialarbeiter*innen über das notwendige Wissen. Sie kennen die Blockfristen des Krankengeldes, die Nahtlosigkeitsregelung für den Übergang aus dem Krankengeld in das Arbeitslosengeld I (ALG I), die Berechnungsgrundlage für die Dauer des ALG I oder die Voraussetzungen zum Nichtgreifen der Sperrfrist beim ALG

I und die Möglichkeiten für die Altersrente für schwerbehinderte Menschen. Mit diesem Wissen ist es möglich, unter bestimmten Voraussetzungen die Zeit bis zum Renteneintritt zu verkürzen (Altersrente für schwerbehinderte Menschen) und diese Zeit unter bestimmten Voraussetzungen zu überbrücken (Krankengeld, ALG I). Diese Voraussetzungen sind jedoch mit gewissen Unsicherheiten verbunden. So ist es für den Schwerbehindertenantrag, ob als Erst- oder Änderungsantrag, nicht klar, ob dieser das für die oben genannten Pläne notwendige Ergebnis von einem Grad der Behinderung von mindestens fünfzig erzielt (vgl. Arbeitsformen). Des Weiteren ist auch der Bezug des Krankengeldes nur dann möglich, wenn der oder die behandelnde Mediziner*in den*die Rehabilitand*in weiterhin arbeitsunfähig schreibt oder eine Kündigung empfiehlt (Kündigung auf ärztlichen Rat). Das Verhalten der Sozialversicherungsträger, in diesem Fall der Krankenversicherung und der Arbeitslosenversicherung, sowie des Medizinischen Dienstes muss ebenfalls berücksichtigt werden und ist keinesfalls vorhersehbar.

Sozialarbeiterin Frau A. zeigt die Nachteile der Option der Krankmeldung auf, da der MDK sich melden könne und die Arbeitsunfähigkeit überprüfen möchte. Die Überprüfung durch den MDK scheint wahrscheinlich, aber nicht sicher (Frau A: »Wenn man Sie in Ruhe lässt.«). (E4 BP\TKII: 213–217)

An vielen Stellen kann dieser Unsicherheit beziehungsweise dem Offenbleiben begegnet werden. So kann im Reha-Team der Entlassungsbericht besprochen werden und der oder die behandelnde Ärzt*in kann eine Kündigung empfehlen, die möglicherweise zu einer Aussetzung der Blockfrist führt. In der Onkologie stellt sich die Frage nach dem Ergebnis eines Antrags auf Feststellung eines Grads der Behinderung wie bereits berichtet nicht. Hier hat die Verfolgung der beschriebenen Aufgabenstellung zudem einen monetären Effekt, bei dem es sich um einen Nachteilsausgleich handelt. Das folgende Zitat der Leitungskraft aus der Einrichtung gibt jedoch eine etwas andere Meinung wieder.

Und **das** unseren Patienten (.) beizubringen, ist manchmal bares **Geld**. Also man könnte sogar eine Untersuchung machen, **wie** häufig wir im Sozialdienst dazu beigetragen haben, dass Leute **höhere** Rentenbezüge bekommen oder höhere Versorgungsleistung als **das**, was sie **dachten**, was sie **bekommen** würden. (.) Ich finde, das ist **grandios**. (E9 I\ärztliche Leitung: 457–462)

Ziel dieser Teilaufgabenstellung ist die Organisation des Übergangs in das Leben nach dem Beruf zur Zufriedenheit der Rehabilitand*innen beziehungsweise die Schaffung einer Perspektive für diesen Übergang. Entsprechend könnte hier im Gegensatz zum zu Beginn benannten Return-to-Work der Exit-from-Work als Ziel beschrieben werden.

Unabhängig vom Berufsleben ergibt sich eine weitere, jedoch weniger ausgeprägte Facette dieser Aufgabe. Die *Entwicklung (und Erschließung) sozialer Teilhabeperspektiven* bezieht sich auf das Ziel der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, das das SGB IX als Globalziel für die Rehabilitation neben der Förderung von Selbstbestimmung vorsieht (§1 SGB IX). Die Ziele sind hier sehr individuell und reichen von der Organisation eines betreuten Wohnens beziehungsweise Unterstützung im Alltag bis zur Rückkehr ins häusliche Umfeld. Dass diese Aufgabe nur selten beobachtet werden konnte und eher randständig in den Interviews auftrat, hängt möglicherweise damit zusammen, dass sie eher bei älteren Patient*innen eine Rolle spielt und hier die Entlassplanung aufgrund des zeitlichen Aufwands dominiert. Dazu passend waren solche Themen in der neurologischen Rehabilitation öfter vertreten und führten sogar dazu, dass zwei Sozialarbeiter*innen einer Einrichtung mit neurologischem Schwerpunkt jeweils den Auftrag hatten, einen Hilfeplan für die Eingliederungshilfe zu schreiben.

Ziel der Aufgabe ist also analog zur Entwicklung der beruflichen Teilhabeperspektiven die soziale Teilhabe der Rehabilitand*innen. Auch hier gab es Ansätze zu sehen, die eher an der Entwicklung solcher Perspektiven angesetzt haben.

c) Entlassplanung

Diese Aufgabe bezieht sich ebenfalls auf die Zeit nach dem Aufenthalt und ist analytisch nicht immer von den zuvor beschriebenen Aufgaben zu trennen. Bei der Entlassplanung stehen jedoch die Themen Beruf oder auch die soziale Teilhabe der Rehabilitand*innen nicht im Vordergrund, sondern eher organisatorische Fragen. Entsprechend ist hinsichtlich der Arbeitsformen der klinische Arbeitsmodus nicht so relevant. Die wesentlichen Arbeitsformen sind die Antragsarbeit und die Koordination der Umsetzung. Je nach Thema ist der oder die Auftraggeber*in, der oder die behandelnde Ärzt*in oder Rehabilitand*innen selber. Manche der weitergegebenen Informationen erhalten alle Rehabilitand*innen, die Kontakt mit dem Sozialdienst haben und kurz vor der Entlassung stehen.

Die Aufgabe ist bezüglich der Themen sehr vielschichtig und vom Aufwand sehr unterschiedlich. Zu den Aufgaben zählt die Vorbereitung der Rehabilitand*innen auf die Entlassung. Die Sozialdienste geben Hinweise auf die nächsten Schritte:

Dann geht es um Hinweise, was so im Laufe der Reha hier [...] im Hinblick auf die **Entlass**-Form passiert, [...], dass sie wissen, was passiert eigentlich mit mir, wenn ich weiterhin krank bin? Wo muss ich mich dann hinwenden? Wie geht das **dann** wieder finanziell weiter? (E4 I\Frau A: 52–57)

Ein weiterer großer Block dieser Aufgabe ist jedoch nicht immer im Sozialdienst zu finden, sondern wird auch von anderen Berufs- oder Funktionsdiensten wie den Sekretär*innen erledigt: die Organisation der Nachsorgeleistungen der DRV.

Ja, wenn's um Nachsorge geht, ne? Wenn 's um irgendwie Reha-Sport geht oder T-RENA, **IRENA**, diese Nachsorgeprogramme der **Renten**versicherung, weil wir nur **das** auch einleiten können. (.) Dann werden Patienten informiert, eventuell auch schon etwas eingeleitet. (E3 I\Frau C: 152–157)

In einer Einrichtung wird übereinstimmend berichtet, dass diese Aufgabe zum Zeitpunkt der Erhebung erst seit 1,5 Jahren Aufgabe der Sozialdienste ist und vorab von den Ärzt*innen erledigt worden ist. Kritisiert wird daran, dass diese Aufgabe nur wenig mit dem klinischen Modus der Sozialen Arbeit zu tun hat. Dieser Eindruck bestätigt sich auch in den Beobachtungen in anderen Einrichtungen. Die Tätigkeiten binden einerseits personelle Kapazitäten (telefonischer Aufwand) andererseits auch in hohem Maße Materialressourcen (Papierverbrauch/Druckkosten):

Der nächste Rehabilitand, Herr P., berichtet, es mit dem digitalen Nachsorgeangebot versuchen zu wollen. Dafür hat er einen A4-Zettel mitgebracht, auf dem sich eine Kennziffer befindet. Diesen zeigt Herr P. auf Nachfrage von Sozialarbeiterin Frau S. Sie trägt dafür ein paar erfragte Informationen (E-Mail-Adresse, Handynummer) in eine Datei eines Tabellenkalkulationsprogramms ein. Dann füllt sie die Verordnung aus und druckt diese in fünf-facher Form. Sie nutzt dafür den Extra-Druckmodus »DRV Druck«. Sie nimmt die Verordnungen aus dem Drucker und rollt mit ihrem Schreibtischstuhl zu Herrn P., damit dieser die fünf Unterschriften leisten kann. Dabei erläutert

sie die Adressaten der einzelnen Formulare. Ein Formular solle an den Anbieter gehen. (E8 BP\TK II: 407–419)

Aber auch bei dieser Aufgabe gibt es Anhaltspunkte für die Professionalität Sozialer Arbeit. So können die Sozialarbeiter*innen ihre Fähigkeiten zum individuellen Zuschnitt der Informationen beziehungsweise der Planung auch hier zur Geltung bringen.

Rehabilitand Herr D: Ja, ich pendle halt zwischen [Ort 2] und [Ort 1], das sind immer 70 hin, 70 zurück. (I: **Kilometer**, oder?) Kilometer.

Sozialarbeiter Herr B: Das heißt, wie lang ist ein Weg?

Rehabilitand Herr D: Eine Stunde mindestens, wenn keine Autobahn/

Sozialarbeiter Herr B: Also für mich ist die Frage, wie Sie das überhaupt in Ihrem Lebensalltag einbauen? (E1 B\Herr B: 51–56)

Der nächste große Block dieser Aufgaben ist die Anbindung der Rehabilitand*innen an die Versorgung nach der Rehabilitation unabhängig von den Angeboten der DRV. In der psychosomatischen Rehabilitation liegt dabei ein Hauptaugenmerk auf der Suche nach Plätzen in der Psychotherapie. Entweder werden darüber alle psychosomatischen Rehabilitand*innen eine Woche vor Abreise in einer Gruppe aufgeklärt oder im Auftrag der Ärzt*innen im Einzelgespräch. Auch Rehabilitand*innen erfragen solche Informationen direkt. Hinsichtlich der Koordination der Umsetzung ist in den Daten kein Hinweis zu finden, dass die Psychotherapeut*innen-Suche aktiv von Sozialarbeiter*innen unterstützt worden ist. Andere therapeutische Versorger sowie Selbsthilfegruppen sind ebenfalls Thema im Sozialdienst. Letztere können auch von den Fachkräften der Sozialen Arbeit selbst als potentiell Angebot in Betracht gezogen werden.

Rehabilitand Herr F: Ich weiß, ich hab' meinen Daumennagel eingerissen, ich hab meinen Arm gebrochen, dann hab ich die und die Einschränkung. Was jeder nachvollziehen kann. (Frau A: Mmhm.) Aber ich sach, was bei mir da oben im Kopf abgeht, das kann keiner nachvollziehen. (Frau A: Mmhm.) Der eine sacht »Ich hab' Höhenangst« und »Wie, geh doch die Leiter hoch«!

Sozialarbeiterin Frau A: Sind Sie da irgendwo eingebunden (Herr F: Nö, gar nix. Gar nix.) in irgendwie die Möglichkeit, so therapeutisch? (Herr F: Nö, nö.) Oder in irgendner **Selbsthilfegruppe oder so was?**

Rehabilitand Herr F: Nö, hab' ich aber auch noch nie drüber nachgedacht. Auch so, wie Sie sagen. Ich sach »Wir lassen mal ein bisschen Zeit da drüber wachsen«.

Sozialarbeiterin Frau A: Gut, aber auf der anderen Seite tut 's ja auch vielleicht ganz gut, weil, Sie haben ja auch versucht, mir das so 'n bisschen zu erklären. Vielleicht tut 's mal ganz gut, mit Leuten zu sprechen, die das auch erlebt haben, wo man 's nicht erklären muss, sondern die genau wissen, wie man sich da fühlt, ne? (E4 B\Frau A: 497–514)

Ein Spezialfall dieser Organisation der Nachversorgung ist die Pflegeüberleitung in der Neurologie. Hier sind die Sozialarbeiter*innen teilweise mit äußerst aufwendigen Fällen konfrontiert. Diese Aufgabe macht in den eingeschlossenen Einrichtungen mit neurologischem Indikationsschwerpunkt den Großteil der Arbeit aus. Die Koordination der Umsetzung bedarf einer Vielzahl an Klärungsversuchen und Kontaktaufnahmen mit diversen Akteur*innen. Die häufig im Eilverfahren durchgeführten Antragsverfahren stellen ebenfalls eine besondere Herausforderung dar. Dazu kommt eine intensive Auseinandersetzung mit den Angehörigen, die sonst nicht zu beobachten war beziehungsweise berichtet wurde und eine im Regelfall fachfremde Auseinandersetzung mit Hilfsmitteln. Dazu passt, dass in einer der teilnehmenden Einrichtungen mit neurologischem Schwerpunkt eine Pflegefachkraft dem Sozialdienst zugeordnet ist. Bei diesen Fällen handelt es sich nur selten um Versicherte der DRV.

Ziel ist im Spezialfall der Neurologie die geordnete Entlassung der Rehabilitand*innen. In einer großen Reha-Einrichtung spielt darüber hinaus die zeitige Entlassung, das heißt vor Ablauf der Kostenübernahme, eine übergeordnete Rolle. Auch wenn die Nachsorgeangebote der DRV zur Aufrechterhaltung des Reha-Erfolgs und damit auch zum Erhalt der Leistungsfähigkeit beitragen sollen, kann für die Sozialarbeiter*innen in diesen Fällen zunächst nur die Inanspruchnahme dieser Leistungen fokussiert werden. Die Inanspruchnahme kann von vielen individuellen Faktoren abhängig sein, die in der Einleitung durch den Sozialdienst berücksichtigt werden. Als übergeordnetes Ziel kann die Steuerung der Rehabilitand*innen in ein Sicherheitsnetz nach dem Aufenthalt beschrieben werden.

[...] da kann [der Sozialdienst] einfach die Unterstützung leisten, dort **Sicherheit** zu vermitteln und ein **Netz** aufzuspannen, in das die Patienten und Patientinnen fallen können an der Stelle. [...] die richtigen **Bahnen** zu ebnen

[...], und den, den Patientinnen und Patienten eben zu sagen, es geht weiter. So. Und mit der und der Unterstützungsleistung **kannst** auch **du** weiterhin dort verbleiben in deinem Lebensmittelpunkt, wo du stehst. (E7 I\Kaufmännische Leitung: 545–552)

Ein anderer Ansatz zur Beschreibung des Ziels dieser Aufgabe ist, die eigene Rolle als zuverlässige*r Ansprechpartner*in während des Aufenthalts als beispielhaft für die Zeit nach der Rehabilitation zu benennen.

Zudem sucht der Sozialarbeiter Herr A. eine naheliegende Beratungsstelle und druckt auch diese Informationen aus. Er nimmt die Unterlagen aus dem Drucker und reicht diese der Rehabilitandin, die noch am Beratungstisch sitzt. Die Beratungsinstitution erläutert er als kostenfrei und dass sie dort ihre Fragen ebenso stellen solle, wie bei ihm. (E10 BP\TKII: 288–295)

d) Elementare finanzielle und soziale Sicherung

Der Fokus bei dieser Aufgabe liegt auf der finanziellen Sicherung der Rehabilitand*innen. Im Extremfall ist die erste Reaktion auf eine Überschuldung die Aufgabe der Sozialdienste. Jedoch wird diese Aufgabe um weitere elementare, also grundlegende Bedürfnisse der sozialen Sicherung ergänzt. Zu dieser Aufgabe zählt deshalb auch die Auseinandersetzung mit familiären beziehungsweise partnerschaftlichen Problemen wie die Pflege von Angehörigen, Erziehungshilfen und Partnerschaftskonflikte. Der sozialen Sicherung wird von den Sozialarbeiter*innen aufgrund der damit in Verbindung stehenden Dringlichkeit die höchste Priorität gegeben.

Ein Grund für die Antragsarbeit mit einem Fokus auf dem Übergangsgeld ist die antizipierte Notwendigkeit zur sozialen Sicherung der Rehabilitand*innen. Die Frage nach dem abgesendeten Übergangsgeldantrag ist obligatorischer Teil der Beratungsgespräche und führt in Fällen, in denen dieser vergessen oder nicht verstanden wurde, dazu, dass der Antrag kurzfristig nachgeholt wird.

Wir [...] beraten und unterstützen Sie bei allem, was so den sozialrechtlichen Bereich anbelangt, ob das am Anfang wirtschaftliche Fragen sind, ne, wenn das mit dem Übergangsgeld (I: Mhm, mhm.) nicht klappt. Da gucken dann schon manche, hmm, ich seh' dann immer die Köpfe nicken oder, ne, die Finger zucken schon irgendwie, da [...] merkt man immer schon (I: Mhm.) direkt [...] Wissen Sie [die Rehabilitand*innen, Anm. Autor*innen] manchmal

nicht: »Hab' ich das jetzt losgeschickt?« Sowas halt. (I: Mhm, mhm.) Oder wenn 's um 's Krankengeld geht oder sonst irgendwas, ne? Wenn Sie [...] (.) wirtschaftliche Fragen haben und sich nicht auf die Therapie konzentrieren können, ist Mist, also, ne? Kriegen wir hin. (I: Mhm.) Das wär' so 'n Bereich (E10 I\Herr A: 714–726)

Und auch sonst ist die Information über Transferleistungen bei Krankheit, im Sample weit verbreitet als Thema für Vorträge, ein eher antizipierter Bedarf, da andere Leistungen als das Übergangsgeld selten während des Aufenthalts bezogen werden und die Rehabilitand*innen auf den weiteren Verlauf vorbereitet werden sollen.

Diese Themen können auch als Nebenschauplätze der Entwicklung einer beruflichen Teilhabeperspektive gesehen werden, da sie die Rückkehr oder den Verbleib gefährden können. Wichtig sind zudem Fragen nach dem Einkommen, wenn zum Beispiel für die berufliche Zukunft eine Umschulung oder sonstige Qualifizierung notwendig wird und das Gehalt wegfällt.

Die Auseinandersetzung mit familiären Themen hat nicht zur Folge, dass die Sozialarbeiter*innen hier selber aktiv werden. Möglicherweise besprechen sie die Probleme in einer Beratungseinheit, ansonsten erfolgt der Verweis an eine Paarberatung oder das Jugendamt inklusive Erläuterung der Tätigkeiten dieser Behörde. Ein weiteres wichtiges Thema ist dabei die Vergegenwärtigung der Rechte der Rehabilitand*innen gegenüber dieser Behörde.

Ziel der Aufgaben ist die Sicherstellung der finanziellen Existenz der Rehabilitand*innen beziehungsweise die subjektiv wahrgenommene finanzielle Sicherheit. Dieses Ziel kann auch durch eine Transition ins Rentenleben erreicht werden. Ein anderes Ziel bezieht sich auf den Aufenthalt in der Reha-Einrichtung und liegt auf der Stressreduktion, um die Rehabilitation erfolgreich durchführen zu können. Im obenstehenden Zitat wurde darauf bereits hingewiesen, im folgenden Beispiel wird dies mit einem »brennenden Haus« veranschaulicht.

Also **meine** und unsere Haltung des Hauses ist es eben, wer Existenzängste hat, hat Schwierigkeiten, sich auf Therapie/Ich sag immer, wer im brenn/also in 'nem **brennenden Haus** macht man keine Therapie. Da geht 's um rudimentäre (.) Dinge. (E2 I\Frau D: 376–380)

6. Ein Wirkmodell der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation

Die im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Tätigkeiten wurden zwar in Beziehung zu den Bedingungen und Konsequenzen gesetzt, standen jedoch für sich und ohne Kontext. Die Diskussion der Überschneidungen beziehungsweise Beziehungen zwischen den Arbeitsformen sollte das Verständnis des angestrebten Ansatzes erweitern. Trotzdem mussten zur Erklärung der Praxis und seiner Variation sowohl das Interaktionssetting mit seinen spezifischen Rahmenbedingungen für die Praxis als auch die Aufgaben zur Sinnstiftung der Tätigkeiten der Sozialarbeiter*innen erläutert werden. Aus diesen Erläuterungen ist das folgende SWIMMER-Modell zur Abbildung einer Programmtheorie Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation entstanden (vgl. Abbildung 9). Unter Zuhilfenahme des Throughput-Modells (Schrappe & Pfaff, 2017) aus der Versorgungsforschung können die schon aufgeführten Komponenten eines Modells der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation weiter differenziert werden.

i) Inputfaktoren

Zu den Inputfaktoren des SWIMMER-Modells gehören die bereits ausführlich erläuterten Informationsdefizite der Rehabilitand*innen (vgl. Informationsarbeit) sowie die Zuweisungsverfahren der Einrichtungen (vgl. Interaktion mit den Rehabilitand*innen). Ein weiterer Inputfaktor sind die Kompetenzen der Sozialarbeiter*innen. Um deren spezifische Bedeutung für die Arbeitsformen hervorzuheben, wurde in Tabelle 7 eine Zuordnung der einzelnen Fach-, Sozial- und Persönlichkeitskompetenzen zu den Arbeitsformen vorgenommen.

Abbildung 9: SWIMMER-Modell

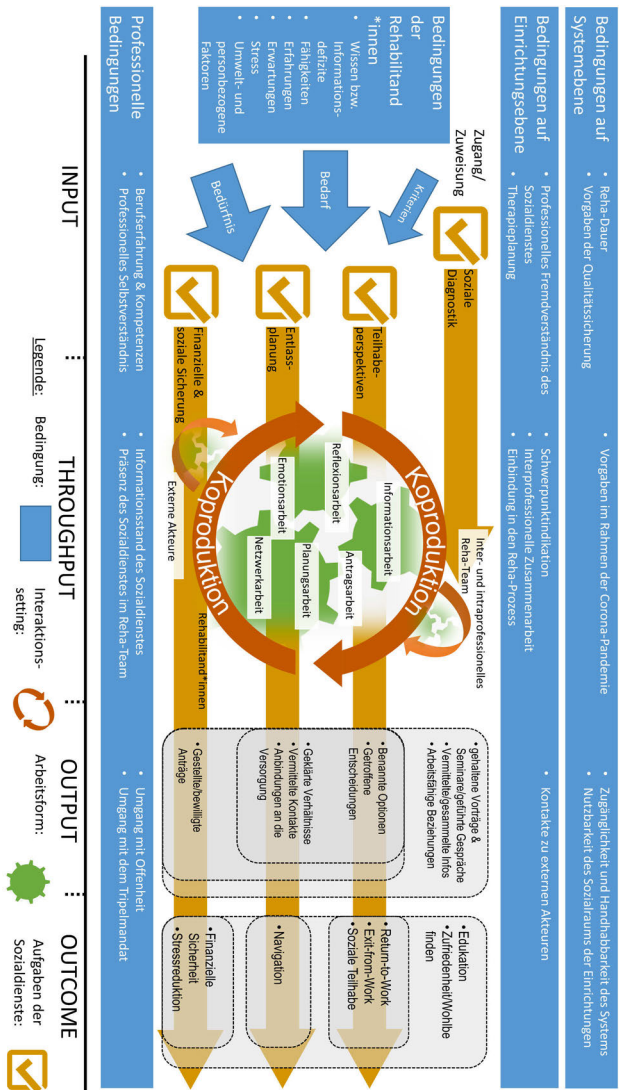


Tabelle 7: Kompetenzen und Output der Arbeitsformen

zugeordnete Kompetenzen (zum Beispiel)	Arbeitsform	Output
sozialrechtliches Wissen Gesprächsführung/ Kommunikation didaktische Fertigkeiten	Informationsarbeit	Inhalte vermittelt
sozialrechtliches Wissen Empathie/ individueller Zuschnitt Beziehungsgestaltung	Planungsarbeit	Möglichkeiten genannt geklärte Verhältnisse Kontakte vermittelt Anbindungen Versorgung
sozialrechtliches Wissen individueller Zuschnitt Hartnäckigkeit	Antragsarbeit	Anträge gestellt/be- willigt
Fragekompetenz Umgang mit Gruppen	Reflexionsarbeit	Entscheidungen ab- gewogen/getroffen
Gesprächsführung/ Kommunikation Empathie	Emotionsarbeit	arbeitsfähige Beziehungen

Ein erstaunlicher Befund des SWIMMER-Projekts war die Auseinandersetzung mit den Formen des Kompetenzerwerbs. Zunächst werden die Berufs- und Lebenserfahrung benannt.

Ich glaube, hilfreich ist inzwischen, dass ich älter geworden bin und dass ich über Lebenserfahrung verfüge. Das hört sich jetzt 'n bisschen (.) bisschen **brutal** an. Sicherlich ist auch noch vieles vom damaligen Wissen da, aber stärker ist wirklich das, was man im bisherigen Berufsleben an Erfahrungen sammeln konnte, um da jetzt wirklich den, den Leuten gegenüberzutreten (E4 I\|Frau A: 1207–1213)

Die Befragten beschreiben auch Berufserfahrungen in anderen Bereichen als relevant für ihren Arbeitsalltag. Frau A. erwähnt bereits das damalige Wissen, mit dem sie auf eine weitere Form des Kompetenzerwerbs anspielt. Das Studium wird jedoch vom Großteil der befragten Sozialdienstmitarbeiter*innen

als weniger hilfreich für die praktische Arbeit identifiziert als die Berufs- und Lebenserfahrung. Als Gründe für diesen Fokus auf die Erfahrung wird die Arbeit mit Menschen und damit die Individualität des Einzelfalls sowie die Breite des Studiums angeführt, die eine spezifische Auseinandersetzung zum Beispiel mit der Rehabilitation verhindere. Eine darüber hinaus genannte Form des Kompetenzerwerbs sind Fort- und Weiterbildungen. Diese sind den Sozialdienstmitarbeiter*innen bekannt, werden jedoch in Abhängigkeit der Möglichkeiten der Sozialdienste in den Einrichtungen unterschiedlich genutzt.

Eine weitere im Modell als Inputfaktor beschriebene professionelle Rahmenbedingung, das professionelle Selbstverständnis, wird aufgrund ihrer zusätzlichen Bedeutung für den Throughput im Kapitel Rahmenbedingungen näher erläutert.

ii) Erfolgskriterien

Im SWIMMER-Modell wird in Anlehnung an Blom & Moren (2010) sowie Schrappe und Pfaff (2017) eine Trennung zwischen unmittelbaren, häufig zählbaren Ergebnissen (Output) der Arbeit der Sozialdienste und den Endpunkten mit Bedeutung für die Rehabilitand*innen (Outcome) vorgenommen. Die Outputs haben sich im Rahmen des axialen Kodierens entwickelt und können als Konsequenzen der einzelnen Arbeitsformen verstanden werden (vgl. Tabelle 8). Die Outcomes wurden aus den Aufgaben der Sozialdienste abgeleitet und bedürfen aufgrund der Vielzahl der Ansätze einer Zuordnung (ebd.).

Tabelle 8: Zuordnung des Outputs und der Outcomes

Aufgabe	Output	Outcome
Entwicklung von Perspektiven	Inhalte vermittelt	Edukation
	Optionen benannt	konkrete Perspektiven
	Entscheidungen getroffen	Return-to-Work Exit-from-Work soziale Teilhabe

Erschließung von Perspektiven	geklärte Verhältnisse	Umsetzung der Perspektiven Return-to-Work Exit-from-Work soziale Teilhabe
	Anträge gestellt/bewilligt	Zufriedenheit
Entlassplanung	Inhalte vermittelt	Navigation/Length of Stay Sicherheit Stressreduktion
	Optionen benannt	
	Entscheidungen getroffen	
	geklärte Verhältnisse	
	Kontakte vermittelt/ Anbindungen Versorgung	
	Anträge gestellt/bewilligt	
elementare finanzielle und soziale Sicherung	Inhalte vermittelt	(finanzielle) Sicherheit
	Anträge gestellt/bewilligt	Stressreduktion

Bisher fehlt eine Auseinandersetzung mit den Mechanismen, die das Zustandekommen der Outputs und die Entwicklung hin zu Outcomes erklären. Ansatzpunkte sind das Konzept der Funktionsfähigkeit als erlebte Gesundheit (Stucki & Bickenbach, 2017) und eine konzeptionelle Trennung nach Treatment- und Enablement-Theorien (Whyte, 2014). Das Konzept der Funktionsfähigkeit und dabei die Bedeutung, die Kontextfaktoren für die Rehabilitation haben, wurde bereits beschrieben (vgl. Zwischen Teilhabe, sozialen Problemen und Wirkung). Die Entwicklung von Treatment- und Enablement-Theorien¹ wird im Folgenden kurz erläutert. Treatment-Theorien spezifizieren Mechanismen, mit denen die aktiven Bestandteile einer Behandlung Veränderungen im Behandlungsziel erzielen (Hart et al., 2019). Neben den aktiven gibt es zusätzlich inaktive Bestandteile einer Behandlung. Diese sind zwar Attribute der Behandlung, bestimmen oder vermitteln jedoch nicht ihre Auswirkung auf das Behandlungsziel. Das Behandlungsziel definiert wiederum einen Aspekt der Funktionsfähigkeit gemäß der ICF, der mit der Behandlung verändert werden soll. Behandlungsziele sind dabei zumeist proximal, das heißt im unmittelbaren Anschluss an die Intervention erreichbar. Treatment-Theorien sagen in der Regel allerdings nichts darüber

1 Deutsche Übersetzung der Autor*innen: Interventions- und Umsetzungs-Theorien

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 I\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.

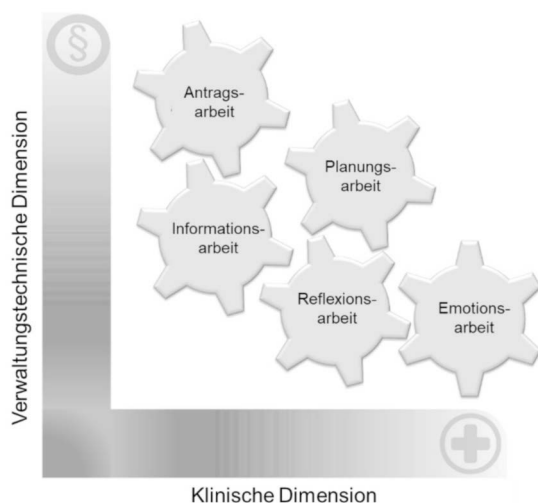
[...] und das kam nicht nur einmal vor, das kommt regelmäßig vor, [weiterhin krankgeschriebene, Anm. Autor*innen] Patienten gehen nach der Aussteuerung zum Arbeitsamt oder beantragen Arbeitslosengeld. Und dann sagt das Arbeitsamt: »Sie stehen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung, abgelehnt.« (.) Das 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).

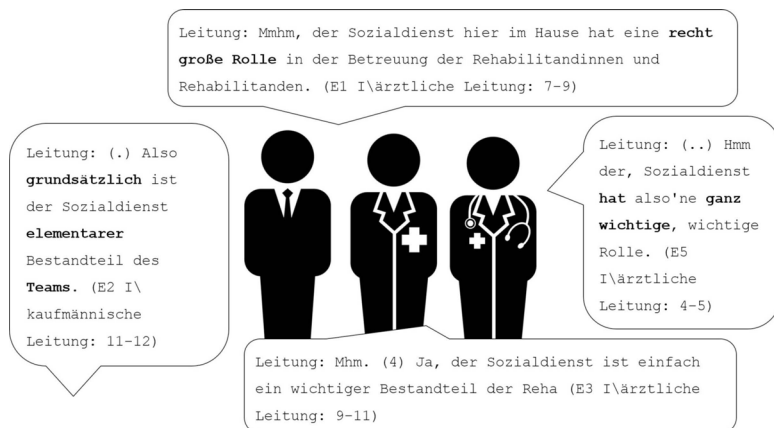
In Abbildung 10 wird deutlich, dass es Überschneidungen gibt, die sich teilweise innerhalb der Arbeitsformen beziehungsweise in den Kombinationen dieser zeigen. Entsprechend erklärt sich die Variation der Praxis auch aufgrund des Selbstverständnisses der Sozialarbeiter*innen.

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.

7. Präsenz der Sozialdienste in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

In den Interviews mit den Leitungskräften begannen alle Befragten, die einleitende Frage nach der Rolle des Sozialdienstes in der Einrichtung mit einer Betonung der Bedeutung des Sozialdienstes zu beantworten. Ausschnitte sind in Abbildung 11 zu sehen.

Abbildung 11: Exemplarische Rückmeldungen der Leitungspersonen auf die Frage nach der Rolle des Sozialdienstes



Dem ersten Anschein nach sind die Sozialdienste aus Perspektive der Einrichtungen für die medizinische Rehabilitation von wichtiger Bedeutung. Es ist jedoch wenig verwunderlich, dass die Befragten in einer Interviewsituation auf die erste Frage nach der Rolle einer Berufsgruppe entsprechend antworten. Sehr wahrscheinlich hätten die Leitungskräfte andere Berufs-

gruppen ähnlich hervorgehoben. Beim genauen Lesen fallen schon in diesen ersten Sätzen durch die Relativierungen der Befragten Ambivalenzen auf. Diese manifestierten sich im weiteren Verlauf der Interviews. Andere Leitungskräfte blieben bei den Beschreibungen der Sozialdienste oberflächlich. Jedoch gab es auch Interviews mit Leitungskräften, in denen differenzierte Beschreibungen der Sozialdienste kongruent zu den Interviews mit den Sozialdienstmitarbeiter*innen und den Beobachtungen der Forscher*innen waren.

Nicht immer hatten die Forscher*innen in den Beobachtungen den Eindruck, dass die Äußerungen der Leitungskräfte wie die oben abgebildeten kongruent mit dem tatsächlichen Umgang sind. Immer wieder beschrieben die Sozialarbeiter*innen auch negative Erfahrungen, die sie während ihrer Arbeit erlebt haben. Beispielhaft seien die folgenden beobachteten oder geschilderten Situationen genannt.

Frau E. fragt, ob es noch Fragen für sie gebe. Niemand meldet sich. Es gibt also keine weiteren Fälle für die anwesenden Therapeut*innen. Das kommentiert die moderierende Oberärztin: »Das ist ja schön.« und sagt zudem zum Schluss und nur für mich zu hören: »Jetzt kommen wir zu dem wichtigen Teil.« Alle Therapeut*innen verlassen mit mir den Raum; die Ärzt*innen bleiben und besprechen sich laut Frau E. weiter. (E3 BP\TKI: 206–213)
Wenn ein Arzt **ausfällt**, dann macht der Oberarzt die Visite meistens **alleine**. (.) da werde ich dann auch häufig mal vergessen. Ich kriege das auch leider gar nicht immer so **mit**, ob die Ärzte jetzt da sind. Ich gehe dann zur entsprechenden **Zeit** für die Visite auf **Station** (.) und frage dann beim Pflegepersonal, wie die Situation ist. Und erfahre meistens **dann** erst, ja, Stationsarzt ist **krank**. Dann versuche ich den Oberarzt zu kontaktieren. (.) Hm und der telefoniert dann meistens. Ist manchmal 'n bisschen schwierig. (E8 I\Herr A: 500–510)

Diese Situationen standen in einem Gegensatz zu den eingangs erwähnten Äußerungen der Leitungskräfte (vgl. Abbildung 11). Es lohnt sich daher bei der Auswertung der Daten kritisch nachzuverfolgen, welche Substanz diese Aussagen haben. Strauss und Corbin (1990) haben widersprüchliche und erklärungsbedürftige Stellen im Material als sogenannte. »red flags« (S. 91ff.) markiert. Übertragen auf die unterschiedlichen Daten des SWIMMER-Projekts können damit widersprüchliche Informationen aus den erhobenen Daten oder Unbehagen während der Erhebungen gemeint sein. Vom Nachgehen dieser *red flags* versprochen sich die Autor*innen Erkenntnisse mit besonders viel Er-

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)

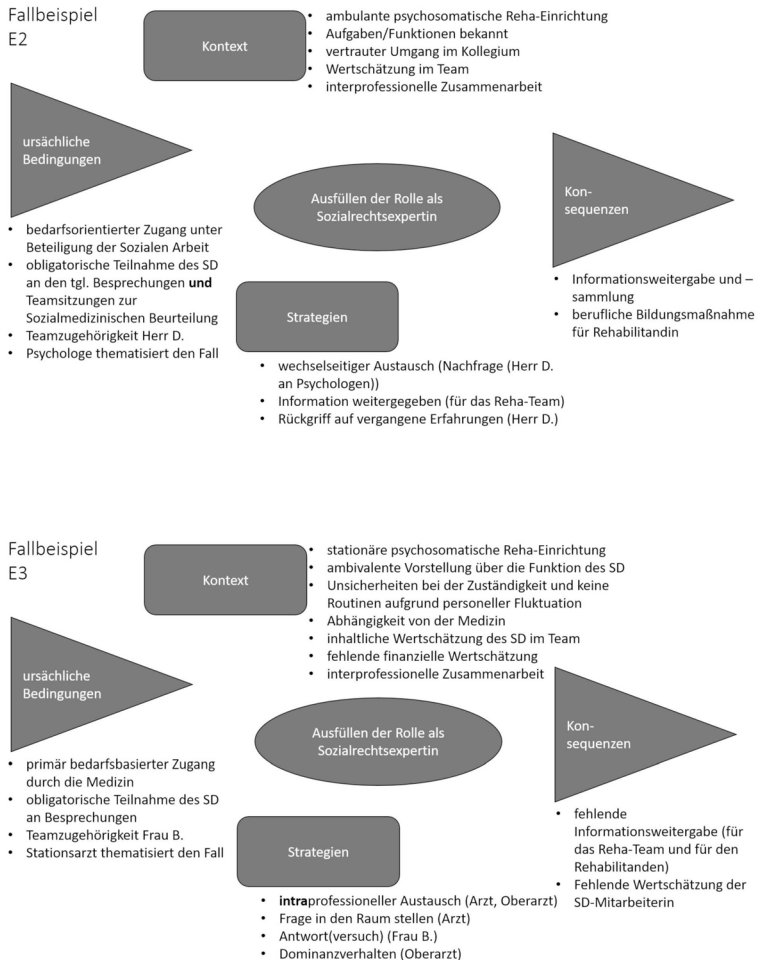
[...] Wir gehen in das Meeting eines anderen Oberarztes. Von Sozialarbeiterin Frau B. erfahre ich, dass der Oberarzt nur für kurze Zeit in der Klinik tätig sei. Als wir in den Raum eintreten, sitzen bereits mehrere Teammitglieder (fünf Psycholog*innen und ein jung wirkender Stationsarzt) in einem Stuhlkreis 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 Personalfluktuations. 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 Arbeit 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.

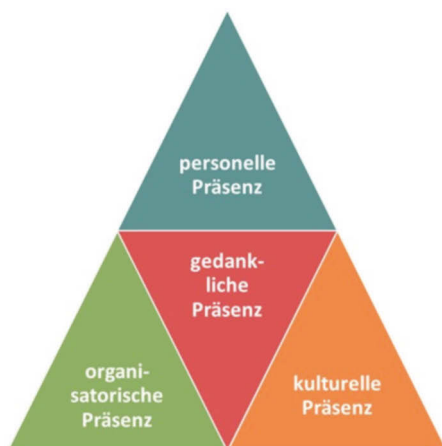
Die Besonderheiten der interprofessionellen Zusammenarbeit in E2 sind nicht nur auf den Sozialdienst zu beziehen. Die flachen Hierarchien sowie die enge Zusammenarbeit in den Teams sind auch für die Themen anderer Berufsgruppen relevant. Diese Kultur konnte in E3 nicht ganz ausgemacht werden. Auch wenn 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



ii) Indikatoren der Präsenz der Sozialdienste

Die Position, die Sozialdienste in der jeweiligen Reha-Einrichtung einnehmen, sowie ihre zum Teil dadurch vermittelte Einbindung in den Reha-Prozess, kann einen bedeutenden Einfluss auf die sozialarbeiterische Praxis haben. Dieser Einfluss wurde für mehrere Arbeitsformen sowie für den Zugang weiter oben bereits beschrieben. Die Präsenz der Sozialdienste soll ausdrücken, wie gegenwärtig der Sozialdienst einer Reha-Einrichtung den Mitgliedern des Reha-Teams und im Reha-Prozess ist. Wie präsent ein Sozialdienst ist, hängt dabei von verschiedenen Faktoren ab, die sich in vier identifizierten Formen von Präsenz widerspiegeln (vgl. Abbildung 14). Dabei handelt sich um 1. die personelle Präsenz, die den räumlichen Standort und persönliche Anwesenheit in Team-Besprechungen umfasst, 2. die gedankliche Präsenz, die das Wissen um den Sozialdienst im Team beschreibt, 3. die organisatorische Präsenz, die insbesondere die Verwobenheit des Sozialdienstes in den gesamten Reha-Prozess beschreibt sowie 4. die kulturelle Präsenz, die unternehmenskulturelle Faktoren in Bezug auf den Sozialdienst wie Hierarchie oder Bedeutsamkeit umfasst.

a) Personelle Präsenz

Die personelle Präsenz ist die sichtbarste Form der Präsenz. Sie zeigt sich einerseits und insbesondere in der Teilnahme der Sozialarbeiter*innen an interprofessionellen Teamsitzungen. Hinsichtlich dessen kann zwischen verschiedenen Facetten differenziert werden. Eine dieser Facetten betrifft den Aspekt der regelmäßigen verpflichtenden Teilnahme des Sozialdienstes an den Teamsitzungen. Bedingungen hierfür können beispielsweise Konzepte wie MBOR sein, die interprofessionelle Teamsitzungen vorsehen, aber auch eine mit der Zeit gewachsene Etablierung von interprofessionellen Teamsitzungen in den jeweiligen Einrichtungen. Als hinderlich für eine obligatorische Teilnahme haben sich potentiell die pandemischen Rahmenbedingungen, die die COVID-19-Pandemie und ihre Implikationen umfassen, herausgestellt:

(.) [...] **meistens** sind die, also die Teamgespräche sind halt aufgrund von Corona sowieso eingestellt worden, weil das halt zu [...] (.) **umfangreich** ist von dem Personal her. Und wir nicht genügend Räume haben, wo wir uns treffen könnten, um genug Abstand zu halten [...]. (E6 \Frau D: 406–408)

Darüber hinaus kann unterschieden werden, wie viele der Sozialarbeiter*innen an den Teamsitzungen teilnehmen. Indikations- oder stationsspezifische Zuständigkeiten der Mitarbeiter*innen bedingen, dass bei entsprechenden Teamsitzungen nur die zuständigen Sozialarbeiter*innen anwesend sind und sich folglich die Mitarbeiter*innen auf die Teams aufteilen. Sollten keine Zuständigkeiten bestehen, jedoch trotzdem nicht alle Teammitglieder des Sozialdienstes an den Teamsitzungen teilnehmen, kann dies in Kombination mit fehlender Kommunikation im Team die Sprechfähigkeit bezüglich einzelner Fälle limitieren:

An Frau A. gewandt fragt der Chefarzt bezüglich des Bedarfs des Rehabilitanden nach einem Einzelgespräch mit einem*einer Psycholog*in. Frau A. gibt wieder, dass sie nicht wisse, ob ein Bedarf bestehe. Der Rehabilitand sei bei ihrem Kollegen in der Beratung gewesen und dieser habe in seiner Dokumentation nichts über einen Bedarf vermerkt. (E1 BP\NaSI: 143–146)

Die Länge der interprofessionellen Teamsitzungen in den Einrichtungen betrug zumeist eine Stunde. Jedoch konnte beobachtet werden, dass der Sozialdienst nicht in jeder Einrichtung über die komplette Dauer der Teamsitzung anwesend war. Bedingungen für die Dauer der Anwesenheit sind wiederum die vorgesehene Teilnahme an den Teamsitzungen, parallele Teamsitzungen sowie die pandemischen Rahmenbedingungen. Ist eine Teilnahme vorgesehen, ist das Zeitfenster, in dem die Teamsitzung stattfindet, geblockt, was eine vollständige Teilnahme begünstigt. Ist die regelmäßige Teilnahme nicht vorgesehen, kann dies dazu führen, dass nur bei Bedarf teilgenommen wird und lediglich die eigenen Fälle angesprochen werden. Sollten Teamsitzungen parallel stattfinden, kann dies zur Folge haben, dass die einzelnen Sozialarbeiter*innen nicht die ganze Zeit anwesend sind, sondern zwischen den einzelnen Sitzungen wechseln. Hinzukommend können auch die pandemischen Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Dauer der Anwesenheit haben, beispielsweise wenn die Vorgaben der Einrichtung vorsehen, dass einzelne Teammitglieder nur so lange anwesend sind, bis ihre Fälle besprochen werden. Als Konsequenz einer nicht vollständigen Anwesenheit ergeben sich die potentiell doppelte Besprechung von Fällen und das Entgehen von Informationen über einzelne Rehabilitand*innen, die zunächst einmal keine Fälle des Sozialdienstes sind.

Die beschriebenen Eigenschaften der Teilnahme an Teamsitzungen beziehen sich vorwiegend auf die physische Anwesenheit in den Sitzungen. Neben

dieser zählt jedoch auch die Beteiligung des Sozialdienstes in den Teamsitzungen zu den Facetten der Präsenz. Die Beteiligung drückt sich vor allem im Redeanteil der Sozialarbeiter*innen aus, der aktiv durch selbstinitiierte Redebeiträge oder passiv durch Aufforderungen anderer Teammitglieder gestaltet sein kann. Bedingungen für die Beteiligung sind die Moderationsart in den Teamsitzungen, konkrete Anliegen, die wahrgenommene Bedeutsamkeit der eigenen Beiträge sowie das Wissen der anderen Professionen über die Kenntnisse der Sozialarbeiter*innen. Im Fall einer Moderation der Teamsitzungen, zum Beispiel durch die ärztliche Leitung, bei der jede Profession aufgefordert wird, zu den besprochenen Fällen ihre Expertise einzubringen, wird der Sozialdienst zwangsläufig einen Redeanteil haben, der überwiegend durch den ›Redezwang‹ in der Sitzung determiniert sein wird. Eine aktive Beteiligung des Sozialdienstes kann hingegen durch konkrete Anliegen oder Fragen, die zu einzelnen Fällen bestehen, zustande kommen. Zudem ist die aktive Beteiligung von der wahrgenommenen Bedeutsamkeit der eigenen Expertise für die anderen Teammitglieder abhängig. Sollte diese gering ausgeprägt sein oder aufgrund einer fehlenden interdisziplinären Kultur nicht vorhanden sein, kann dies dazu führen, dass die Beteiligung in den Sitzungen stark reduziert ist:

Als nächstes folgt die interdisziplinäre Teambesprechung, die in einem Arztzimmer stattfindet [...]. Bis auf zwei Ärzte und Frau C. sagt jede*r Teilnehmer*in während der Teamsitzung etwas. [...] Nach der Teamsitzung gehen Frau C. und ich in ihr Büro. Es kommt zur Sprache, dass Frau C. während der Teamsitzung nichts gesagt hat. Mir gegenüber äußert sie, dass sie keinen Grund sehe etwas zu äußern, weil ihre Informationen für die anderen Professionen nicht relevant seien. (E8 BP\NaSl: 483–526).

Hm, hm bei der große/hm **großen** Teamsitzung [...] sind ja **alle** Professionen mit **dabei**. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, (.) **Sprachtherapeuten**, **Psychologen** und **Neuropsychologen**, (.) Stationsarzt, Pflege, Oberarzt und der **Sozialdienst**. (.) Hm (.) (Schnalzen) [...] (.) ja, die Sachen aus ›m Sozialdienst sind für alle anderen Professionen, außer halt die Ärzte, [...] immer nicht **ganz** so **relevant**, [...] weil [...] (.) sie sich da eben nicht so mit befassen. (E8 I\Frau C: 485–490)

Zusätzlich kann die Beteiligung des Sozialdienstes durch die anderen Professionen im Reha-Team bedingt sein. Ist bei diesen ein Wissen über die Arbeit der Sozialarbeiter*innen und damit auch über ihre spezifischen Kenntnisse über die Rehabilitand*innen vorhanden, kann dies bei Bedarf direkt

erfragt werden, zum Beispiel Informationen über die Wohnsituation oder den Arbeitsplatz der Rehabilitand*innen. Weiterhin kann ein Wissen über die Kompetenzen dazu führen, dass sich die anderen Teammitglieder direkt an die Sozialarbeiter*innen wenden (zum Beispiel Wissen um sozialrechtliche Expertise, das Fragen bzgl. LTA an den Sozialdienst generiert). Dabei muss berücksichtigt werden, dass dieses Wissen wesentlich erst durch die Teilnahme der Sozialdienste an den Teambesprechungen entstehen kann.

Zusammenfassend kann die Teilnahme an den interprofessionellen Teamsitzungen in folgende vier Facetten differenziert werden:

- regelmäßige obligatorische/vorgesehene Teilnahme
- Vollständigkeit des Sozialdienstes bei Teamsitzungen
- Anwesenheit über die Dauer der Teamsitzungen
- Beteiligung in den Teamsitzungen

Die räumliche Präsenz ist die zweite Komponente der personellen Präsenz von Sozialdiensten. Sie drückt aus, wo der Sozialdienst in der jeweiligen Einrichtung verortet ist beziehungsweise wo in der Einrichtung sich die Büroräume des Sozialdienstes befinden. Diese können zentral oder dezentral in der Einrichtung gelegen sein, sich in separaten Gebäudeteilen befinden oder aber an Durchgangswegen gelegen sein. Bei letzterem Fall sind die Büroräume auch in Rehabilitand*innen-Nähe, was die Sichtbarkeit und Ansprechbarkeit des Sozialdienstes für die Rehabilitand*innen erhöhen kann. Gleichzeitig können Räumlichkeiten in der Nähe von Büroräumen anderer Professionen den Austausch auf dem kurzen Dienstweg erhöhen und den Sozialdienst für die anderen Mitglieder des Reha-Teams sichtbarer machen.

b) Kulturelle Präsenz

Dieser auf den Begriff der Unternehmenskultur zurückzuführende Teil der Präsenz umfasst zum einen die Wertschätzung der Sozialdienste in der Reha-Einrichtung. Ihren Ausdruck konnte man nicht in allen Einrichtungen finden. In manchen Einrichtungen berichteten die Chefärzt*innen jedoch von einem persönlichen Einsatz für die Belange der Sozialarbeiter*innen, wie folgendes Beispiel zeigt.

Naja, als ich [Jahr] hier ans Haus gekommen bin, gab es **keinen einzigen Mitarbeiter** im Sozialdienst. (I: Mhm) Es war schon eine-, schon eine gewisse

langwierige Vorarbeit notwendig, um überhaupt eine **halbe Stelle hier zu generieren**, ja? Da war die Einsicht in die Notwendigkeit des Sozialdienstes, [...], auf Seiten des Trägers nicht gegeben, ja? Wenn Sie heute, [...], die Abteilung sehen, da sind also drei Stellen, drei Vollzeitstellen besetzt mit vier Mitarbeitenden, ja, (E1 I\ärztliche Leitung: 372–380)

Unter dem Aspekt der Bedeutsamkeit des Sozialdienstes werden Phänomene erfasst, die das sogenannte Standing in der Reha-Einrichtung spiegeln. Indikatoren für eine weniger stark ausgeprägte Bedeutsamkeit sind Sozialdienste, die auf ihren Redebeitrag in den Teambesprechungen hinweisen müssen. In den Leitungsinterviews wurden positive Aussagen zur Kompetenz im Sinne der Bedeutsamkeit gewertet.

Der aussagekräftigste Aspekt der kulturellen Präsenz ergibt sich aus der hierarchischen Beziehung zwischen Medizin und Sozialdienst. In allen Einrichtungen gab es eine Abhängigkeit von der Medizin. Diese in der Sache bestimmbare informationelle Abhängigkeit wurde bereits im Kapitel Aufgaben der Sozialdienste ausführlich beschrieben. Eine besondere Situation gibt es in einer neurologischen Einrichtung, in der aufgrund von geforderten Belegungszahlen ökonomischer Druck von den Oberärzt*innen an den Sozialdienst weitergegeben werden kann und wird.

c) Organisatorische Präsenz

Als dritter Teil der Präsenz kann die organisatorische Einbindung genannt werden. Bei dieser handelt es sich um die Einbindung der Sozialdienste in die Schritte des Reha-Prozesses (Levack & Dean, 2012). Diese umfassen das Assessment, die Zielplanung, Interventionen sowie die Evaluation und letztlich die Entlassplanung (ebd.). Ein Indikator für eine hoch ausgeprägte Präsenz kann vor diesem Hintergrund die Entwicklung einer spezifischen Funktion des Sozialdienstes sein.

Und [...] ich glaub, das funktioniert aber hier auch ganz gut, dass das so Hand in Hand läuft, ne? Also dass die Psychotherapeuten ihren/und die **Ärzte** [...] ihren Teil dazu beitragen, und wir Sozialarbeiter **genauso**. Also **gerade**, wenn's so um [...] um den Blick nochmal auf die/[...] die **Arbeitsplatzsituation** [...] geht. (E2 I\Frau A: 900–905)

Im obengenannten Beispiel wird von der Sozialarbeiterin Frau A. die Aufgabenteilung in der Einrichtung angesprochen. So impliziert ihre Aussage, dass unterschiedliche Professionen unterschiedliche Aufgaben beziehungsweise Funktionen haben. Die Angehörigen der Professionen tragen entsprechend einen eigenen Anteil zur Erreichung der Reha-Ziele bei.

Spezifische Funktionen, die der Sozialdienst einnehmen kann, können dem Reha-Team inhärent im Sinne einer gedanklichen Präsenz sein (vgl. Gedankliche Präsenz). Sollten diese Funktionen in irgendeiner Form von der Einrichtung expliziert oder institutionalisiert sein, kann von einer organisatorischen Präsenz gesprochen werden. Diese kann zum einen durch vom Sozialdienst selbst verfasste Konzepte realisiert werden. In einer Pretest-Einrichtung wurden so zum Beispiel für Gruppenangebote des Sozialdienstes Konzepte ausgearbeitet.

[...] und generell also auch nochmal gucken, ob man irgendwie unsere unsere Konzepte und uns're Folien halt so 'n bisschen überarbeitet, also das findet natürlich auch immer regelmäßig statt. Wobei man sagen muss, dass wir für Konzeptarbeit, also wirklich etwas richtig nochmal zu überarbeiten ja jetzt in der Coronazeit dann zwischenzeitlich mal, mal ausnahmsweise mehr Zeit für hatten. Da ham' wir auch einiges überarbeitet. Aber so kommt man natürlich im Arbeitsalltag, jetzt so ja nicht so unbedingt immer dazu (Frau B: lacht) jetzt die Konzepte zu überarbeiten. (E02 I\Frau B: 196–202)

Die mit der Konzeptarbeit (vgl. weitere Arbeitsformen) verbundenen Tätigkeiten wurden dabei vermehrt in der Zeit der Corona-Pandemie ausgeübt. In dieser Zeit war die Einrichtung nicht vollständig belegt und die Sozialarbeiter*innen hatten demzufolge weniger Termine mit Rehabilitand*innen. Die zusätzliche Zeit konnte folglich für die Überarbeitung der Konzepte aufgewendet werden. In anderen Einrichtungen, in denen Konzepte entwickelt beziehungsweise überarbeitet wurden, oblag die Federführung dieser Tätigkeiten vor allem sozialarbeiterischen Leitungen. Auch wenn diese tendenziell einen größeren zeitlichen Spielraum für Konzeptarbeit besaßen, berichteten Leitungen von Sozialdiensten von mangelnden zeitlichen Kapazitäten.

Ja und wenn ich halt Zeit zwischen den Patienten habe und [...] ich nicht so 'n vollen Schreibtisch habe, [...] ich hab' immer so 'ne ellenlange Liste liegen, wo ich weiß: »Okay, früher oder später muss ich diesen Prozess überarbeiten, ich muss nochmal diese Beschreibung überarbeiten und das ist halt nichts, was brennt« (I: Mhm) und das [...] sind so meine Zeitfüller. (E8 I\Herr A: 420–426).

Neben den selbst entwickelten Konzepten durch die Sozialdienste existieren zum anderen übergreifende Behandlungskonzepte wie beispielsweise für MBOR-Kernmaßnahmen. Im MBOR Anforderungsprofil (DRV, 2019) sind dabei Sozialarbeiter*innen unter den personellen Voraussetzungen und dem Leistungsspektrum aufgeführt. In entsprechenden Einrichtungen, die jene Maßnahmen vorhalten, wird somit die organisatorische Präsenz der Sozialen Arbeit untermauert. Beispielhaft ist eine Einrichtung zu nennen, die wie vorgegeben interdisziplinäre MBOR-Fallkonferenzen abhält. In diesen ist der Sozialdienst obligatorischer Teil und muss, moderiert durch die ärztliche Leitung, zu jedem*r MBOR-Rehabilitand*in eine Einschätzung abgeben.

Besonderheiten der organisatorischen Präsenz ergeben sich, wenn zum Beispiel Angebote der Sozialdienste mit denen anderer Berufsgruppen verschränkt sind. Dies wird zum Vorteil für die Präsenz der Sozialdienste gewertet. Zudem profitiert der Sozialdienst in professioneller Hinsicht.

Wir konnten drüber sprechen, wir konnten überlegen. Ja? Die Ergotherapeuten haben immer wieder 'nen Hinweis gegeben. Wir haben Hinweise gegeben. Wir haben gesagt »Mensch, wie sieht's denn **damit** aus? Na, wir müssen denen auch vielleicht noch zeigen, was es für Möglichkeiten gibt«. Weil LTA kann man zum Beispiel auch für 'nen Arthrosenstuhl benutzen, den manche Patienten kriegen, bei entsprechender medizinischer Indikation. Dann haben die gesagt »Ach guck, hamm wa gar nicht auf 'm Schirm. Nehm wa mit rein«. Also war schon/Da hat also jede Profession ihre Gedanken und ihr Wissen mit eingebracht. Und deswegen war das gut. (E1 I\Frau A: 717–727)

In einer Pretest-Einrichtung wird zudem davon berichtet, dass die vormalige ärztliche Leitung zusammen mit Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes eine Gruppe für MBOR-Rehabilitand*innen geleitet hat.

[...] in unserer Klinik, in der [Gruppenname] die der Sozialarbeiter zum Beispiel mit mir zusammen (.), also transdisziplinär dann auch (.) hält (.). (E01 I\ärztliche Leitung: 56–58)

Obwohl es unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte für die ärztliche Leitung und die Sozialarbeiter*innen gab, wurden einige Teile des Gruppenangebotes gemeinsam moderiert wie zum Beispiel die Vorstellungsrunde, in die sich der*die Sozialarbeiter*in und ärztliche Leitung ebenfalls aktiv eingebracht haben.

Wie eingangs erwähnt ist die organisatorische Präsenz eng verbunden mit der Einbindung des Sozialdiensts in den Reha-Prozess. Dementsprechend macht sich eine geringe Präsenz in diesem Bereich dadurch bemerkbar, dass Sozialarbeiter*innen nicht gut in diesen eingebunden werden. Dadurch können potentielle Handlungsspielräume versäumt und damit einhergehend Bedarfe von Rehabilitand*innen gar unentdeckt bleiben und damit auch nicht adressiert werden. Folgendes Beispiel illustriert eine solche ausbleibende Einbindung, die jedoch kurz vor Maßnahmenende entdeckt wurde.

Also schön wär's, wenn (.) teilweise das einfach 'n Prozess ist, an dem wir beteiligt werden, dass es nicht irgendwie am vorletzten Tag auf einmal heißt, wir müssen noch 'ne Wiedereingliederung machen. (.) Weil das dann vorher irgendwie halt (.) nie Thema war oder so. Weil wir ja am letzten Tag eigentlich dem Kostenträger gegenüber (.) verpflichtet sind zu sagen, was passiert am Ende. Und ich kann ja nicht von 'nem Arbeitgeber erwarten, dass ich ihn jetzt anrufe und fünf Minuten später habe ich dann die unterschriebene Wiedereingliederungsbestätigung und kann alles weiterleiten. (E4 I\Frau A: 659–669)

Im dargestellten Fall berichtet die Sozialarbeiterin davon, dass sie nicht frühzeitig über Entscheidungen der Ärzt*innen informiert wurde. Da sie jedoch an der Koordination der Umsetzung einer StW beteiligt ist, benötigt sie frühzeitig Informationen über derartige Empfehlungen, um entsprechende Akteur*innen einzubinden. Ihre Aussage lässt vermuten, dass es sich hierbei nicht um einen Einzelfall handelt und nicht von einer regelhaften frühzeitigen Einbindung gesprochen werden kann. Letztere lässt sich durch die Informationsweitergabe der Ärzt*innen konkretisieren.

In einer weiteren Einrichtung, bei der die Einbindung des Sozialdiensts in den Reha-Prozess eingeschränkt ist, findet sich eine zur restlichen Reha-Einrichtung querliegende Organisation des Sozialdienstes. In entsprechender Reha-Einrichtung werden sämtliche eingehenden Fälle zwischen den Sozialdienstmitarbeiter*innen verteilt. Dieses Verfahren ist in der sonst nach Indikationen und Stationen unterteilten Einrichtung nicht bekannt und führt zu Unstimmigkeiten, da Ärzt*innen gerne feste Ansprechpartner*innen für ihre Anliegen hätten.

d) Gedankliche Präsenz

Im einleitenden Kapitel zur Entwicklung der Kategorie der Präsenz wurde der Begriff des *gedanklichen Themenportfolios* eingeführt. Dahinter verbirgt sich, dass die Mitglieder des Reha-Teams Themen, die in das Aufgabenfeld des Sozialdiensts fallen, gedanklich präsent haben. Entsprechend besteht die Möglichkeit, dass die Teammitglieder beim Aufkommen jener Themen die Expertise der Sozialarbeiter*innen einholen beziehungsweise Rehabilitand*innen an diese direkt verweisen. In E2 kann als Bedingung für dieses gedankliche Themenportfolio die tägliche, aktive Teilnahme der Sozialarbeiter*innen an Teamsitzungen angeführt werden. Wie bereits beschrieben kann insbesondere bei den Sozialarbeiter*innen Herrn B. und Frau D. im professionellen Kontext ein selbstbewusstes Auftreten festgestellt werden. Sie werden aktiv von anderen Teammitgliedern um Rat gefragt, treffen eigenständig Entscheidungen und geben Prognosen zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ab. In E7 zeigt sich ein ähnliches Bild. Vor allem die erfahrene Sozialarbeiterin, Frau B., genießt ein gutes Standing in der Einrichtung. Sein Büro befindet sich in direkter Nähe zur kaufmännischen Leitung und ist damit auch zentral in der Einrichtung verortet. Neben dieser hohen räumlichen Präsenz in der Einrichtung sind er und seine Kollegin regelmäßig an Teamsitzungen beteiligt. Dabei bringen sie sich aktiv ein und werden im Gegenzug auch aktiv von anderen Teammitgliedern um Rat gefragt.

Der nächste Rehabilitand, der in der Teamsitzung besprochen wird, ist Herr P. Dieser war gestern bei Frau A. im Beratungsgespräch. Ein Physiotherapeut fragt Frau A. direkt, ob der Umzug in die neue Wohnung klappen würde. Frau A. berichtet daraufhin, dass Herr P. ihr erzählt habe, dass er erst im Sommer nächsten Jahres umziehen könne. Um in die neue Wohnung zu gelangen, müsse er allerdings auch vier Stufen gehen. Herr P. habe ihr aber erzählt, dass dies kein Problem sei, da er große Fortschritte in der Klinik gemacht habe. Der Physiotherapeut entgegnet jedoch, dass Herr P. noch nicht gelaufen sei, sondern lediglich stehen könne. Frau A. fragt nach dem konkreten Ziel der Behandlung und fügt anschließend fragend hinzu: »Transferfähigkeit?« Der Physiotherapeut bestätigt sie. Frau A. fragt bei den Ergotherapeutinnen nach, ob diese die Treppensteighilfe angesprochen haben. Eine Ergotherapeutin antwortet, dass die Hilfsmittelversorgung je nach Wohnsituation von Herrn P. gestaltet werden sollte. Diese war sowohl den Ergo- als auch den Physiotherapeut*innen noch nicht abschließend bekannt. Frau A. gibt an, dass sie eher mit der jetzigen Wohnung planen sollen. Sie fragt nach, ob die

Treppensteighilfe auch bis ins 3. OG, in dem Herr P. lebe, reiche. Die Ergotherapeutin erklärt kurz wie das Hilfsmittel funktioniert und bejaht damit Frau A.'s Frage. (E7 BP\NaSII: 98–117)

Das obengenannte Beispiel ist ein Auszug aus einem Beobachtungsprotokoll, das von einer Sitzung des Teams der Frührehabilitation angefertigt worden ist. In dieser Sitzung sind beide Sozialarbeiter*innen, und damit der komplette Sozialdienst von E7, anwesend. Bei Herrn P. handelt es sich um einen Rehabilitanden von Frau A., der jüngeren Kollegin des bereits erwähnten Herrn B. Frau A. wird konkret von dem behandelnden Physiotherapeuten von Herrn P. nach dessen Wohnsituation gefragt. Die Frage des Therapeuten lässt darauf schließen, dass er weiß oder zumindest annimmt, dass Frau A. über die Wohnsituation des Rehabilitanden Bescheid weiß. Er stellt die Frage direkt an sie und kein anderes der anwesenden Teammitglieder. Daraus kann geschlossen werden, dass – um das Wording des gedanklichen Themenportfolios beizubehalten – das Thema Wohnen beziehungsweise die aktuelle Lebenssituation in seiner Wahrnehmung ein Thema des Sozialdienstes ist. Eine andere Erklärung wäre, dass er und Frau A. im Vorfeld darüber gesprochen haben, dass sie mit Herrn P. einen Beratungstermin hat, in dem sie das Thema des potentiellen Umzugs ansprechen wird. Im gesamten Verlauf der Teamsitzung spricht die Sozialarbeiterin jedoch auch an anderer Stelle Themen an, die mit der Wohnsituation von Rehabilitand*innen zusammenhängen. Dies bekräftigt wiederum die These rund um das existierende Themenportfolio. Im weiteren Verlauf dieser Sequenz wird ersichtlich, dass der Rehabilitand Inkonsistenzen hinsichtlich seiner körperlichen Leistungsfähigkeit und seiner geteilten Wahrnehmung davon zeigt. So erzählt er Frau A., dass er weitaus leistungsfähiger sei, als er sich in der Physiotherapie zeige. Frau A. erkundigt sich an dieser Stelle nach dem Ziel der Physiotherapie, wobei sie selbst eine Vermutung äußert, die ihr bestätigt wird. Dabei ist auffällig, dass sie Begrifflichkeiten der jeweils anderen Profession verwendet. Im weiteren Verlauf wendet sie sich zudem an die Vertreterin der Ergotherapie mit konkreten Fragen zu einem Hilfsmittel und dessen Passung zur Wohnsituation von Herrn P. Aus der Sequenz lässt sich ableiten, dass die beteiligten Professionen jeweils ein Verständnis und Wissen über Aufgabenbereiche und Kompetenzen der jeweils anderen Professionen haben. Dies umschreibt letztlich die Kategorie der gedanklichen Präsenz, mit der das kongruente Wissen der anderen Reha-Teammitglieder über die Aufgaben und Kompetenzen der Sozialdienste gemeint ist.

Sie hängt dabei eng mit den anderen drei Formen der Präsenz zusammen und kann als Konsequenz dieser verstanden werden.

Sollte kein kongruentes Wissen über Aufgaben und Kompetenzen der Sozialdienste bei den anderen Teammitgliedern vorhanden sein oder gar falsche Vorstellungen darüber vorherrschen, wie im Beispiel unten beschrieben, kann von einer eher niedrig ausgeprägten gedanklichen Präsenz gesprochen werden.

Weil halt oftmals von den Ärzten halt auch ausgeht, ja, der Sozialdienst kann ja alles **machen**. Und wir können **Wohnungen** suchen und wir können, weiß ich nicht, beim Arbeitsamt irgendeine Anträge für die bearbeiten. Und ich weiß es nicht. Die haben da wirklich kuriose Vorstellungen teilweise von unserer Arbeit. (E6 I\Frau D: 393–398)

In E6, aus der der Interviewausschnitt stammt, konnte zum Zeitpunkt der Erhebung eine eher gering ausgeprägte Präsenz festgestellt werden. Wie weiter oben bei der organisatorischen Präsenz angeführt, wurden die Fälle in der Einrichtung indikations- und stationsunabhängig unter den Sozialarbeiter*innen verteilt. Zudem nahm der Sozialdienst zum Zeitpunkt der Erhebung nicht regelmäßig an den Teamsitzungen teil beziehungsweise gab es für den Bereich der Neurologie keine interprofessionellen Teamsitzungen. Hinsichtlich der Verortung der Räumlichkeiten lässt sich feststellen, dass die Büros der Sozialarbeiter*innen zwar auf einem Flur lagen, jedoch in einem extra Trakt in der Einrichtung und damit nicht zentral gelegen waren.

Die in dem Interviewausschnitt berichtete Vorstellung seitens des ärztlichen Personals, dass der Sozialdienst Wohnungen für die Rehabilitand*innen suchen könne, wird im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung noch einmal zum Thema. Aufgrund der Projekterhebung und dem Wunsch der Forschenden, Teamsitzungen begleiten zu können, nimmt die Sozialarbeiterin Frau D. an einer ärztlichen Teamsitzung teil. Einzelne Sozialdienstmitarbeiter*innen nehmen an diesen in unregelmäßigen Abständen bei Bedarf teil. In erwähnter Teamsitzung spricht Frau D. einen Arzt im Auftrag ihrer Kollegin, Frau B., an.

Bevor die Teamsitzung offiziell anfängt, wendet sich Frau D. an einen teilnehmenden Arzt: »Ich soll Ihnen etwas von Frau B. ausrichten. Die obdachlose Patientin – wir sind nicht zuständig dafür, ihr eine Wohnung zu suchen, das können wir nicht leisten. Wir können nur an entsprechende Stellen vermitteln.« Der Arzt gibt zunächst an, dass die besagte Rehabilitandin nicht

mehr seine Patientin sei. Anschließend wirkt er auf mich (Beobachterin NaS) beschwichtigend, indem er sagt, dass er wisse, dass der Sozialdienst keine Wohnung für die Rehabilitandin finden könne. Sein Anliegen sei viel mehr gewesen, dass der Sozialdienst schon einmal berate und an weiterführende Stellen vermittele. (E6 BP\NaSl: 522–531)

In der Konfrontation mit den falschen Vorstellungen über Aufgaben der Sozialdienste lenkt entsprechender Arzt ein und relativiert seine Aussagen. Das teilweise inkongruente Wissen der Teammitglieder in E6 kann seine Gründe in den beschriebenen Teilbereichen der Präsenz, die nicht hoch ausgeprägt sind, haben. Anzumerken sei an dieser Stelle, dass die fehlenden interprofessionellen Teamsitzungen der Neurologie noch ein Relikt der Corona-Pandemie waren. Hinzukommt, dass sich der Sozialdienst vor wenigen Jahren personell komplett erneuert hat und keiner der Sozialarbeiter*innen länger als drei Jahre in E6 angestellt war.

iii) Resümee

Die Entwicklung der Kategorie der *Präsenz der Sozialdienste* hat sich erst im Fallvergleich vollzogen. Auffällig war, dass Sozialarbeiter*innen über die unterschiedlichen Einrichtungen hinweg unterschiedlich in die interprofessionellen Teams und die Einrichtungen selbst eingebunden waren. In diesem Sinne besaßen sie auch eine unterschiedliche *Gegenwärtigkeit* bei den Team-Mitgliedern.

Anhand der vier Indikatoren (a) *personelle*, (b) *kulturelle*, (c) *organisatorische* und (d) *gedankliche Präsenz* konnten die verschiedenen Facetten der sogenannten *Präsenz der Sozialdienste* aufgezeigt werden. Dabei sind diese nicht losgelöst voneinander, sondern bedingen sich gegenseitig. Beispielsweise kann in Konzepten (c) festgehalten sein, dass Sozialarbeiter*innen obligatorisch an interprofessionellen Teamsitzungen (a) teilnehmen müssen. Dies kann bei aktiver Einbringung der Sozialarbeiter*innen (a) dazu führen, dass ihr Standing beziehungsweise ebenso ihre Bedeutsamkeit (b) in der Einrichtung gefördert wird. Durch die regelmäßige, aktive Teilnahme an den Teamsitzungen (a) und durch die entsprechend vorliegenden Konzepte (c) kann in Konsequenz ein kongruentes Wissen bei den anderen Professionen über ihre Aufgaben und Kompetenzen aufgebaut und gestärkt werden (d).

An dieser Stelle sei noch einmal auf die beiden Einrichtungen E6 und E7 verwiesen, die beide eine neurologische Schwerpunktindikation aufweisen, sich jedoch zum Zeitpunkt der Erhebung durch einen unterschiedlich ausgeprägten Grad an Präsenz auszeichneten. Der Sozialdienst von E6 hat zum damaligen Zeitpunkt versucht, das Wissen um seine Aufgaben und Kompetenzen bei den Ärzt*innen zu verbessern.

[...] (.) zum Beispiel hatten wir jetzt zuletzt (.) für die ganzen Fachrichtungen, weil wir ja so viele Fachrichtungen bei uns auch haben, nochmal für die Ärzte so 'ne Präsentation erstellt, wo der Sozialdienst auch nochmal vorgestellt wurde, um vielleicht auch mal 'n paar Missverständnisse aufzuarbeiten. Weil halt oftmals von den Ärzten halt auch ausgeht, ja, der Sozialdienst kann ja alles machen. (E6 I\Frau D: 289–293)

Im Nachgang zum Projekt bestand noch einmal die Möglichkeit, mit den Sozialdienstmitarbeiter*innen in den Austausch über die Ergebnisse zu gehen. Dieser Austausch wurde dabei von einer Sozialarbeiterin aus E6 aktiv angestrebt, noch bevor das Angebot der Ergebnisvorstellung und -diskussion an alle teilnehmenden Einrichtungen versandt wurde. Über diesen Austausch konnte in Erfahrung gebracht werden, dass mittlerweile regelhafte interdisziplinäre Teamsitzungen in der Einrichtung stattfinden. Bei Nicht-Anwesenheit des Sozialdienstes werden dessen Mitarbeiter*innen vermisst. So wurde als Beispiel hierfür angeführt, dass in einem Fall krankheitsbedingt kein*e Sozialarbeiter*in an einer Teamsitzung teilnehmen konnte. Der leitende Oberarzt dieser Sitzung habe im Sozialdienst angerufen, da ihm dessen Perspektive gefehlt habe. Nachträglich schätzten die Sozialarbeiter*innen ein, dass nicht viele der in der erwähnten Vorstellung des Sozialdienstes vermittelten Inhalte bei den Ärzt*innen in Erinnerung geblieben seien. Die Vorstellung wurde trotzdem als erfolgreich gewertet. Der Erfolg bemisst sich dabei nicht an der Wissensvermittlung, sondern an der Präsentation an sich. So wurde das bloße *Präsenz* zeigen, im Sinne der Vorstellung der Personen, die im Sozialdienst arbeiten, als positiv eingeschätzt.

Das Beispiel von E6 illustriert, dass die *Präsenz der Sozialdienste* durch eine Veränderbarkeit gekennzeichnet ist. Sie ist nicht als statisches Konstrukt anzusehen, sondern kann in ihrer Ausprägung variieren – im Fall von E6 hin zu einem höheren Grad an Präsenz. Der Sozialdienst ist mittlerweile regelhaft in interdisziplinäre Teamsitzungen eingebunden und ihm wird, zumindest von einzelnen Mitgliedern des Teams wie dem erwähnten Oberarzt, Bedeutsam-

keit beigemessen. Bei der Präsentation und dem Austausch bezüglich der Projektergebnisse war dennoch nur der Sozialdienst anwesend, obgleich eine Sozialarbeiterin konkret die Ärzt*innen dazu eingeladen habe.

Im Vergleich zu der Situation in E6, war bei E7 festzustellen, dass der Sozialdienst dieser Einrichtung bereits zum Zeitpunkt der Erhebung eine hoch ausgeprägte Präsenz (vgl. Gedankliche Präsenz) aufwies. Die erfahrene Sozialarbeiterin Frau B. aus E7 sowie die allgemeine Präsenz des Sozialdiensts in dieser Einrichtung stellten dabei einen Ausgangspunkt für die Entwicklung der Kategorie Präsenz dar. Zur besseren Kontextualisierung des Falls von E7 seien an dieser Stelle noch ergänzende Anmerkungen gemacht. So handelte es sich bei dieser Einrichtung um die einzige Einrichtung, die sich auf einen allgemeinen Aufruf der DVSG zur Teilnahme am SWIMMER-Projekt gemeldet hat. Die Kontaktaufnahme zu den Forschenden wurde dabei durch Herrn B. initiiert. In der Beobachtung seiner Arbeit, aber auch im Interview mit ihm, ist das Thema Selbstbewusstsein der Sozialen Arbeit präsent. Wie auch bei Herrn B. und Frau D. aus E2 (vgl. Entwicklung der Kategorie Präsenz der Sozialdienste im Fallvergleich) ist bei den Sozialarbeiter*innen aus E7 ein selbstbewusstes Auftreten im Reha-Team zu beobachten. Frau B. betont im Interview, dass er das Thema Selbstbewusstsein von Sozialarbeiter*innen als wichtig erachte. Er appelliert dabei an die Selbstverantwortung, äußert zugleich aber, dass er sich wünsche, dass das Thema bereits im Studium adressiert werde.

[...] Und ich will halt Lösungen haben, ich will Konflikte lösen, ich will Brände stillen und alles Mögliche. Aber ich finde, (.) dass die Sozialarbeiter an sich einfach sich selber zu klein machen. (.) Und das ist da/das, was wir sehen, ne? Ich hab' hier einen super Status und viele machen das nicht. (.) Sie müssen für sich selber sorgen. (.) Das ist wichtig. Und auch wirklich (.) ihren eigenen Status aufbauen. Warum wird so was nicht im, im Studium den Leuten beigebracht, ja? (.) Also Selbstmanagement, Selbstbewusstsein, (.) ja? (E7 I\|Frau B.: 1284–1290)

In E7 fand ebenfalls ein Austausch über die Projektergebnisse statt. Insgesamt konnten die Forschenden mit Sozialarbeitenden aus sechs Einrichtungen die Ergebnisse vorstellen und diskutieren. Auffällig war, dass lediglich bei der Vorstellung in E7 die kaufmännische Leitung, zusätzlich zum Sozialdienst, anwesend war.

Resümierend kann festgehalten werden, dass die Präsenz der Sozialdienste eine bedeutsame Rahmenbedingung für die Arbeit der Sozialarbeiter*in-

nen darstellen kann. Neben den vier Indikatoren, die sich gegenseitig bedingen können, sollten auch weitere Einflüsse auf die Präsenz der Sozialdienste diskutiert werden. Zu nennen sind hierbei die Größe der Einrichtung einschließlich ihrer Anzahl an Indikationsbereichen und Stationen, die Fluktuation des Personals (sowohl bei den anderen Professionen als auch innerhalb des Sozialdiensts), Einstellungen zu und Erfahrungen mit interprofessioneller Zusammenarbeit sowie Eigenschaften einzelner Mitarbeiter*innen (insbesondere Sozialarbeiter*innen und Leitungspersonen).

8. Schlussfolgerungen für die Wissenschaft und Praxis

Die vorliegende Studie gibt einen ausführlichen Einblick in die Praxis der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Ziel der Studie war die Entwicklung einer Programmtheorie der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation sowie eine Erklärung der Variation der Praxis. Im Folgenden wird zunächst eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse gegeben. Darauf folgt eine Einordnung in den Forschungsstand, eine Auseinandersetzung mit Limitationen der Studie sowie Schlussfolgerungen für die Praxis und Forschung. Abschließend folgt ein kurzer Ausblick der nächsten Schritte.

i) Zusammenfassung

Das qualitative Studiendesign konnte trotz der für die Teilnehmenden anspruchsvollen Erhebungsinstrumente und der Corona-Pandemie erfolgreich durchgeführt werden. In einer ersten Phase mit dem Ziel der möglichst breiten Abbildung der Reha-Einrichtungen konnten sechs Einrichtungen eingeschlossen werden. Weitere vier Reha-Einrichtungen wurden nach einer ersten Auswertungsphase mit darin entwickelten Samplingkriterien erfolgreich rekrutiert. In den Einrichtungen konnten Interviews mit 29 Fachkräften aus dem Sozialdienst und 13 Leitungskräften geführt werden. Dazu wurden 14 Beratungsgespräche aufgezeichnet und Material aus insgesamt über 140 Stunden teilnehmender Beobachtung gesammelt.

Für die Programmtheorie konnten drei Kernkategorien entwickelt werden, die die Praxis der Sozialen Arbeit abbilden. Dazu zählen die Arbeitsformen, die Interaktionssettings und die Aufgaben der Sozialdienste. Die Arbeitsformen beschreiben die Strategien der Sozialarbeiter*innen anhand von spezifischen Gegenständen (Informationen, Plänen, Anträgen, Perspek-

tiven und Emotionen). Diese können einzeln, jedoch häufiger in Kombination auftreten. Mit den Konsequenzen wurden mögliche Outputs der Sozialdienste bestimmt. Die Interaktionssettings beschrieben den Austausch mit den sozialdienstrelevanten Akteur*innen der Rehabilitation (Rehabilitand*innen, Reha-Team, externe Akteur*innen). Diese Settings stellen die Rahmenbedingungen für die Arbeitsformen dar. Als Handlungsbegründung wurden vier unterschiedliche Aufgaben der Sozialdienste definiert, die die Kombination der Arbeitsformen sowie die Auswahl der Settings beeinflussen können. Anhand der Aufgaben ist es möglich, patient*innenbezogene Outcomes für die Soziale Arbeit zu entwickeln, die mit den jeweiligen Aufgaben in Beziehung stehen. Unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen der Reha-Einrichtungen sowie des Reha-Systems wurde das SWIMMER-Modell als Programmtheorie entwickelt. Anhand der drei zentralen Herausforderungen für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation, die sich in der Zusammenschau der Praxis ergaben, kann die Variation der Praxis bereits zum Teil erklärt werden. Bei diesen Herausforderungen handelt es sich um die Ko-Produktion, die den Grad der Beteiligung der Rehabilitand*innen beschreibt. Zudem sind die Sozialarbeiter*innen vielfach mit der Offenheit ihrer Arbeit konfrontiert. Eine weitere Veröffentlichung beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit die Mandatierung der Sozialarbeiter*innen die Praxis beeinflusst (Knoop et al., z. Publ. eing.).

Daran anschließend wurden unter Berücksichtigung der Forschungsfragen weitere Quellen der Variation der Praxis untersucht. Dazu zählte das professionelle Selbstverständnis, das in der medizinischen Rehabilitation aus zwei Dimensionen besteht. Auf der einen Seite orientieren sich die Sozialarbeiter*innen an einer verwaltungstechnischen Dimension. Zum anderen kann eine sogenannte klinische Dimension festgestellt werden, bei der die Sozialarbeiter*innen den Menschen in seiner Umwelt sehen und mit einer klinischen Perspektive auf ihre Arbeit blicken. Die Arbeitsformen können den Selbstverständnissen zugeordnet werden. Im Kapitel Rahmenbedingungen wurde die Präsenz der Sozialdienste in den Reha-Einrichtungen vorgestellt. Bei dieser handelt es sich um ein Konstrukt, das die gedankliche Präsenz der Sozialdienste im Reha-Team, das heißt das Wissen um die Kompetenzen und Aufgaben der Sozialdienste, beschreibt. Dieses steht in Abhängigkeit zu der organisatorischen und personellen Präsenz der Sozialdienste. Erstere wird durch eine Einbindung in den Reha-Prozess und letztere durch die Teilnahme an Teambesprechungen bestimmt. Neben der gedanklichen wurde auch eine kulturelle Präsenz als Erscheinungsform dieses Konstrukts identifiziert. Dazu

zählt die Hierarchie in Bezug auf den Sozialdienst sowie die Bedeutsamkeit für den Reha-Prozess in den Schilderungen der Leitungskräfte. Zudem wurden an anderer Stelle die Rollen der Sozialarbeiter*innen im interprofessionellen Reha-Team beschrieben (Scheiblich et al., 2022).

ii) Einordnung in den Forschungsstand

Die SWIMMER-Studie knüpft an mehreren Stellen an aktuelle Forschungsdiskurse an. Im Folgenden sollen einige von diesen besprochen werden.

Ganz offensichtlich kommen Sozialarbeiter*innen einer Arbeit nach und dies im Sinn einer herkömmlichen Definition, die sich an der Bezahlung ihrer Tätigkeit orientiert. Der folgenden Beschreibung von Arbeit, wie wir sie verstehen, kommt jedoch die folgende Definition aus der Ethnographie am nächsten:

Our generous conception of work serves to make ethnographically observable what people do intentionally [...] that takes effort and time and is done under definite conditions. (Smith & Griffith, 2022, S. 41)

Eine marxistisch-feministische Tradition dieses Verständnisses ist aufgrund der zumindest im Vergleich zu anderen Disziplinen sehr weiblich geprägten Theorietradition und der weiterhin eher weiblichen Ausführung dieser Arbeit (Henn et al., 2017) (im herkömmlichen Sinn) teilweise nachvollziehbar. Andere Bezugspunkte dieser Entwicklung waren und sind die Arbeiten von Strauss und Kolleg*innen, die ebenfalls die Beschreibung von Arbeitsformen (»kinds of work« (Herv. im Original), Strauss et al., 1985, S. XI) zur Erläuterungen der Tätigkeiten in zum Beispiel Krankenhäusern gewählt haben oder die Identifikation von Informationsarbeit in sozialarbeiterischen Gesprächen (Hitzler & Messmer, 2008).

Bei den Ausführungen zur Ko-Produktion wird ein Ansatz beschrieben, der Professionalität durch die Übernahme von Tätigkeiten, die Rehabilitand*innen unter anderen Umständen womöglich selber wahrgenommen hätten, bestimmt. Aus professionstheoretischer Sicht besteht daher die Gefahr, dass man sich mit einer so starken Orientierung an alltäglichen Tätigkeiten, die sich, wie an anderer Stelle beschrieben, scheinbar auch Laien aneignen können, angreifbar macht. Diese Diskussion ist für die Soziale Arbeit nicht neu. Der Diskurs der für Deutschland wichtigen und immer noch

aktuellen Tradition der Professionalisierung der Barmherzigkeit (Rauschenbach, 1986) berührt nur eine Facette dieser auch aus feministischer Perspektive geführten Auseinandersetzung um die Professionalität der Sozialen Arbeit. Unsere Ergebnisse zeigen jedoch, wie komplex diese Tätigkeiten an sich und vor allem in Kombination sind. Zudem können wir zeigen, wie sie an zusätzlicher Komplexität gewinnen, wenn dies vor dem Hintergrund der spezifischen Herausforderungen der Klientel und unter Einbindung der Perspektive der Rehabilitand*innen geschieht beziehungsweise geschehen soll.

Die Kombination aus Informations-, Planungs- und Reflexionsarbeit kommt dem Begriff der Beratung sehr nah, da in einer Definition des Wörterbuchs Soziale Arbeit die Reflexion in den Mittelpunkt gestellt wird (Amthor et al., 2021). Ein ähnlich enger Zusammenhang wird mit der Definition teilhabeorientierter Beratung¹ gesehen (Knoop & Anton, 2022). Es wird deutlich, dass mit der Herangehensweise die Tätigkeiten der Sozialarbeiter*innen sehr spezifisch beschrieben werden können und Anknüpfungspunkte für die Formulierung von Kompetenzen und Outputs bietet.

Mit Kollaboration oder Ko-Produktion wird sich in weiteren Studien zur Sozialen Arbeit auseinandergesetzt. Canty (2022) untersucht mit einem konversationsanalytischen Ansatz die ko-produktive Erstellung eines sozialarbeiterischen Falls. Das Potential der Analysemethode bleibt in der SWIMMER-Studie unberücksichtigt. Die Mandatierung der Sozialen Arbeit knüpft an weitere, aus den Verwaltungswissenschaften bekannte Auseinandersetzungen an. Maynard-Moody & Musheno (2003) untersuchten die Sinnbildung und Handlungsbegründungen sogenannter *street-level worker* (zum Beispiel Polizist*innen oder Lehrer*innen). Sie konnten zeigen, dass Ermessensspielräume, die sich im Rahmen der Arbeit ergeben können, mit unterschiedlichen Orientierungen von den Akteur*innen ausgefüllt werden. Es konnten sogenannte *state agents* von *citizen agents* unterschieden werden – Orientierungen die zwar distinkt, jedoch nicht diskrepant zueinander sind (ebd.). Den Orientierungsrahmen, der ersteren zugrunde liegt, bilden dabei Regeln und Gesetzgebungen. Letztere basieren weniger auf der Grundlage von Gesetzen, als dass Akteur*innen auf Menschen und Umstände reagieren und Urteile über deren Persönlichkeit und moralischen Charakter fällen sowie das Auftreten der jeweiligen Personen in Begegnungen einschätzen. Insbesondere wenn Regeln im Widerspruch zu eigenen Überzeugungen stehen, beschreiben Akteur*innen, eher Beurteilungen von Menschen vorzunehmen

1 Erstmals wurde die Definition in Anton (2018) verfasst.

und auf Grundlage dessen zu agieren, als Regeln und Gesetzgebungen auf den individuellen Fall anzuwenden (ebd.).

In der medizinischen Rehabilitation sind diese Ermessensspielräume nicht wirklich vorhanden, trotzdem können hier ebenfalls bestimmte Reaktionen von Fachkräften erklärt werden.

Die Studie kann mit Ergebnissen einer Schweizer Studie verglichen werden, die sich auch mit den Wirkmechanismen der Sozialen Arbeit in der Rehabilitation auseinandergesetzt hat (Sommerfeld et al., 2021). Bei diesem Projekt, der sogenannten ALIMEnt-Studie, wurden viele Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Aufgaben und Tätigkeiten der Sozialarbeiter*innen gefunden. Schwierigkeiten gibt es bei der Vergleichbarkeit des Settings. In diesem Projekt wurde die Soziale Arbeit mit mindestens sechs Monaten Begleitung der Rehabilitand*innen untersucht. Im Kontrast können dadurch jedoch andere Orientierungen der Sozialarbeiter*innen gezeigt werden. Die Protagonist*innen der SWIMMER und der ALIMEnt-Studie treiben vor dem Hintergrund der Theorie eines Lebensführungssystems (Sommerfeld et al., 2011) die Integration der Ergebnisse voran.

iii) Limitationen

Wie bei jeder Studie ist die Aussagekraft der Ergebnisse eingeschränkt. Im Folgenden werden die wichtigsten Limitationen der Studie und deren potentielle Folgen eingeschätzt.

Die Ergebnisse, insbesondere zu den Zusammenhängen einzelner Kategorien untereinander, können nicht für alle Sozialdienste verallgemeinert werden. Diese qualitative Studie zielte auf eine »Repräsentativität der Konzepte« (Corbin & Strauss, 1990, S. 190) hinsichtlich der Praxis der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation ab. Diese kann sich dadurch zeigen, dass es keine neuen wesentlichen Erkenntnisse liefert, wenn Daten eines weiteren Falls hinzugenommen würden (*theoretische Sättigung*, Glaser & Strauss, 2006). Mittels erfolgreicher theoretischer Sättigung lässt sich davon ausgehen, dass die zentralen Konzepte in der vorliegenden Studie erfasst wurden und nicht durch noch dazukommende Fälle substantiell verändert würden. Zugleich können wir sicherlich davon ausgehen, dass der hier schon variantenreiche Bericht zum Beispiel über die Arbeitsformen noch differenzierter ausfallen würde, sollten weitere Einrichtungen eingeschlossen werden. Gerade die

indikationsbezogenen Unterschiede, die sich in unserer Analyse andeuteten, könnten so noch gezielter nachverfolgt werden.

Zudem muss erwähnt werden, dass die Praxis nicht aus der Perspektive der Rehabilitand*innen analysiert wurde, da diese in der Erhebung nur indirekt beteiligt waren. Dies kann mit den geringen Erfahrungswerten, die die Rehabilitand*innen aufgrund der kurzen Dauer der Termine im Sozialdienst sammeln, erklärt werden. Erschwerend kommt hinzu, dass die Rehabilitand*innen nicht unbedingt wissen, dass sie ein Gespräch mit dem Sozialdienst führen. Diese Perspektive wäre jedoch insbesondere bei einer Identifikation der Mechanismen der Reflexionsarbeit aufgrund der aktiven Rolle der Rehabilitand*innen bei dieser Arbeitsform wichtig zu betrachten. Die aufgezeichneten Beratungsgespräche liefern in dieser Hinsicht jedoch Erkenntnisse. In diesen können die Strategien im Umgang mit zum Beispiel Herausforderungen in Bezug auf die berufliche Wiedereingliederung nachvollzogen werden. Für die Herausarbeitung dieser Strategien haben sich bei den Sozialarbeiter*innen die zusätzlichen Interviews zur Kontextualisierung bewährt, die bei den Rehabilitand*innen hingegen fehlten.

Die Arbeitsformen, als Kernkategorie der Arbeit präsentiert, wurden entwickelt, ohne aktiv auf die Materialquelle zu achten. Bei einem Vergleich der unterschiedlichen Materialien fällt jedoch auf, dass die Arbeitsformen in den Interviews mit den Leitungskräften weniger neue Facetten erhalten und eher deren Bedingungen und Konsequenzen rekonstruiert werden können. Berücksichtigt man das ursprüngliche Ziel der Interviews, ist dies wenig überraschend und gewollt. Während des Projekts stellte sich jedoch heraus, dass insbesondere zur Medizin eine informationelle Abhängigkeit des Sozialdienstes besteht und die Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen von großer Bedeutung ist. Daher sollen hier die Fragen diskutiert werden,

- a) ob die Erhebungsinstrumente beziehungsweise der Ansatz der Experteninterviews weniger gut geeignet gewesen ist, um die Zusammenarbeit zwischen der Sozialen Arbeit und der Medizin zu erfassen,
- b) ob die Tiefe der geführten Leitungsinterviews nicht ausreichte oder
- c) ob das Wissen über die Leistungen der Sozialen Arbeit so gering ausgeprägt ist.

Die Zusammenarbeit wurde in einem Fragenblock des Leitungsinterviews in den Gesprächen mit dem ärztlichen Leitungspersonal thematisiert (vgl. Tabelle 1). Daher ist davon auszugehen, dass das Thema von den Forschenden an-

gesprochen wurde. Im Zuge des Projekts stellte sich dieses Phänomen auch als relevant heraus, sodass sich der Fokus der Forschenden auf diesen Bereich weiterentwickelt hat. Viele der Leitungsinterviews waren jedoch aufgrund der kurzen Ansetzung (45 bis 60 Minuten) oder fehlenden Gesprächsflusses in der Dauer beschränkt, sodass nicht immer die Möglichkeit bestand, die Aussagen zur Zusammenarbeit zu vertiefen. Jedoch, und dies vor allem vor dem Hintergrund der Ergebnisse, muss davon ausgegangen werden, dass möglicherweise die Leitungskräfte letztlich auch zu wenig über die Arbeit der Sozialdienste wussten, um in der entsprechenden Tiefe davon zu berichten.

Das gewählte Vorgehen bei der Analyse lässt manches Potential der erhobenen Daten ungenutzt. Vor dem Hintergrund eines Fachkräftemangels und möglichen Generationenwechsels in den Sozialdiensten wäre eine Auseinandersetzung mit dem Wissen der Sozialdienste wichtig. Die aufgezeichneten Beratungsgespräche wurden zudem nicht mit explizitem Blick auf die Interaktion der Gesprächsteilnehmer*innen ausgewertet. Dies könnte mithilfe der Konversationsanalyse zur Identifikation (Mullins et al., 2022) oder Replikation von sozialarbeiterischen Gesprächstechniken (Hitzler & Messmer, 2008) führen. Dafür wäre es sinnvoll, Teaminteraktionen audiovisuell festzuhalten und unter Interaktionsaspekten, die insbesondere die Präsenz und Rolle der Mitarbeitenden der Sozialdienste auszudrücken helfen, weiterführend zu interpretieren.

Insbesondere zur Entwicklung der Erfolgskriterien wäre ein externes Kriterium zur Identifikation eines erfolgreichen oder guten Sozialdienstes hilfreich gewesen. Dieses fehlte den Forschenden in diesem Projekt, sodass es für die Ergebnisse der Sozialen Arbeit bei einer neutralen Beschreibung möglicher Endpunkte geblieben ist. Bei dieser wurden zudem negative Auswirkungen der sozialarbeiterischen Leistungen nicht berücksichtigt. So ist zum Beispiel denkbar, dass Informationsarbeit bezüglich der Nachteilsausgleiche einer Schwerbehinderung zu einer Identitätskrise der Rehabilitand*innen führen kann, die sich nicht als Mensch mit einer Schwerbehinderung identifizieren wollen oder können. Ebenso können insbesondere frontal vermittelte sozialrechtliche Leistungsinformationen unrealistische Begehrlichkeiten wecken und zu Unzufriedenheit führen.

iv) Schlussfolgerungen und Ausblick

Mit der Studie können Schlussfolgerungen für die Praxis der Sozialdienste, die im Folgenden als Empfehlungen an die Sozialdienstmitarbeiter*innen und ihre Einrichtungsleitungen formuliert werden, gezogen werden. Ebenso bietet die Studie verschiedene Ansätze zur weiteren wissenschaftlichen Auseinandersetzung.

a) Empfehlungen an die Praxis

Vor dem Hintergrund der oben benannten Limitationen können mit der hier beschriebenen Studie keine Forderungen nach mehr oder weniger Personal in den Sozialdiensten aufgestellt werden. Der vertiefte Einblick in die Arbeit der Sozialdienste ermöglicht vielmehr eine Auseinandersetzung mit der Einbindung der Sozialdienste in den Reha-Prozess und seine Konzeptionierung. Trotzdem können die folgenden Empfehlungen vor dem Hintergrund hoher Inanspruchnahme-Raten sozialarbeiterischer Leistungen im Sinne der KTL (DRV Bund, 2022b) und einer substanziellen Dauer dieser Leistungen als Hinweise verstanden werden, die zu einer effizienteren Allokation der begrenzten Ressourcen in den Sozialdiensten führen können.

A: Sozialdienste der Reha-Einrichtungen sollten über ein Konzept verfügen. In diesem sollten die Kompetenzen des Sozialdienstes, die mögliche Einbindung in den Reha-Prozess sowie die Aufgaben beschrieben sein. Dieses Konzept sollte den Ärzt*innen und den weiteren Team-Mitgliedern bekannt sein beziehungsweise mit internen Fortbildungen bekannt gemacht werden. Der Fachkräftemangel ermöglicht zudem eine unorthodoxe Möglichkeit, wie die Zusammenarbeit zwischen der Medizin und der Sozialen Arbeit verbessert werden könnte. In einer onkologischen Reha-Einrichtung absolvierte ein aus dem Ausland eingewanderter angehender Facharzt für Sozialmedizin Nachhilfestunden mit dem sozialrechtlich versierten Sozialarbeiter. Unter der Bedingung entsprechender Konzepte und zeitlichem Raum könnte das Beispiel buchstäblich Schule machen.

B: Die Informationen über die Rehabilitand*innen sollten zu jeder Zeit für die Soziale Arbeit zur Verfügung stehen. Dazu zählen auch vorläufige Informationen wie die Einschätzung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Instrumente dazu sind wöchentliche sozialmedizinische Besprechungen. Diese sind im Bereich MBOR weit verbreitet, sind jedoch für alle

Rehabilitand*innen wichtig. Dies gilt auch für neurologische Einrichtungen und Rehabilitand*innen mit Pflegebedarf.

C: Sozialdiensten sollten Möglichkeiten gegeben werden, Ergebnisse ihrer Arbeit in Erfahrung zu bringen. Dazu wären stichprobenartige Kontaktaufnahmen sechs bis zwölf Monate nach dem Aufenthalt per Telefon oder postalisch denkbar. Zu diesen Ergebnissen zählen auch Rückmeldungen über Bescheid von zum Beispiel LTA-Anträgen. Neben der reinen Auskunft, ob Anträge bewilligt oder abgelehnt werden, erscheint eine Begründung im letzteren Fall als sinnvoll.

D: Sozialdienste sollten mithilfe von Fallbesprechungen ihre Professionalisierung fördern. Dafür brauchen sie ausreichend Zeit. Eine Bewertung der Arbeit von Sozialdiensten anhand der Kontaktzeit mit Rehabilitand*innen im Sinne eines Benchmarkings erscheint vor diesem Hintergrund kontraproduktiv, da solche intraprofessionellen, aber auch interprofessionellen Austauschformate letztlich dadurch depriorisiert werden.

b) Forschungsdesiderata

Für die Forschung konnte durch die SWIMMER Studie ein breites Feld für die zukünftige Auseinandersetzung mit der Sozialen Arbeit in der Rehabilitation eröffnet werden. Forschungsbedarf zeigt sich zum einen auf Ebene der Arbeitsformen, Interaktionssettings und Aufgaben. Für die Arbeitsformen kann die Weitergabe der Informationen auf ihre tatsächliche Edukation untersucht werden. Hier sollte insbesondere die Wiedererkennung der individuellen Situation im Vordergrund stehen. Frontale Strategien könnten mit ko-produktiven Strategien auf ihren Effekt hinsichtlich des individuellen Zuschnitts verglichen werden. Die Antragslogiken formulieren teilweise Forschungsfragestellungen, denen nachgegangen werden sollte. Zu dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung zählt auch, das Zusammenspiel der einzelnen Arbeitsformen zu bewerten.

Der Aspekt der Ko-Produktion als zentralem Unterscheidungsmerkmal von Sozialdiensten und ihren Mitarbeiter*innen sollte im Hinblick auf den Erfolg der Maßnahmen untersucht werden. Die Entwicklungen der Corona-Pandemie bieten für ersteres gute Voraussetzungen. In teilnehmenden Einrichtungen wurde berichtet, dass Vorträge teilweise videobasiert und on-demand zur Verfügung gestellt werden (Dahmen et al., 2022). Daran angelehnt können zum Beispiel nach einer Operationalisierung der im SWIMMER-Modell als Outputs bezeichneten Konsequenzen, die Effekte der ko-produk-

tiven Vorgehensweise durch einen Vergleich einer ko-produktiven, das heißt nicht ausschließlich videobasiert, und einer nicht-ko-produktiven, das heißt ausschließlich videobasierten Sozialarbeit nachgewiesen werden. Ein Kern der professionellen Sozialen Arbeit, der hier mitunter durch einen, wie wir zeigen können, unbegründeten Effizienzdruck aus der Praxis verdrängt wird, könnte so einer wissenschaftlichen Analyse zugänglich gemacht werden.

Ein zentrales Vorhaben wäre die Entwicklung eines Instrumentes zur Zugangssteuerung. Die hohen Inanspruchnahme-Raten von Leistungen aus dem Kapitel D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie (indikationsübergreifend bei über 90 %, DRV Bund, 2022b) können unter Berücksichtigung der weiter oben beschriebenen organisationsbezogenen Strategie mancher Sozialdienste zur Sensibilisierung der Rehabilitand*innen (vgl. Austausch in Gruppen) leicht erklärt werden. Unter der Voraussetzung, dass die Information und Sensibilisierung gelingen, stellen sie auch einen effizienten Mitteleinsatz der Sozialdienste dar. Aktuelle Daten der Qualitätssicherung der DRV zeigen jedoch, dass diese Inanspruchnahme-Raten nicht nur für die Soziale Arbeit in Gruppen zu beobachten ist, sondern auch in der Sozialberatung. Hier wird eine effiziente Mittelverwendung der Sozialdienste von den Autor*innen in Frage gestellt, da

- a) die hier identifizierten Zuweisungs- und Steuerungsstrategien zum Sozialdienst mit Nachteilen verbunden sind, die an einer bedarfsgerechten Steuerung vorbeilaufen und
- b) diese Steuerung aufgrund fehlender Indikationskriterien nicht ausreichend überprüft werden kann.

Die bedarfsorientierte Zuweisung aus dem Reha-Team erkennt nur unzureichend spezifisch Fälle für den Sozialdienst. Da vor allem berufliche Problemlagen mit dem Sozialdienst assoziiert werden, ist zudem eine thematisch eindimensionale Steuerung zu beobachten. Die dafür verantwortliche Präsenz der Sozialdienste war in den teilnehmenden Einrichtungen nicht immer ausgeprägt genug. Dies ist manchen Sozialdienstmitarbeiter*innen bewusst und sie benennen die Sprechstunde als potentielle Maßnahme, alle Rehabilitand*innen bedarfsgerecht zu erreichen. Aus der sozialpädagogischen Nutzer*innen-Forschung ist bekannt, dass neben einer drohenden Stigmatisierung das Vorwissen zum Beispiel über das Sozialsystem ein wichtiger Faktor der Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen ist (Jepkens & van Rießens, 2020). Inwiefern die geringen Erwartungshaltungen und das Unwissen der Rehabilitand*innen (vgl. Sprechstunde) verallgemeinert werden

können, sollte Gegenstand weiterer Untersuchung sein. Die Ergebnisse des SWIMMER-Projekts lassen jedoch schon vermuten, dass auch der Zugang über die Sprechstunde nicht für einen bedarfsgerechten Zugang geeignet ist. Zudem sind bisher keine Aussagen über konkrete Indikationskriterien der Sozialdienste möglich (Knoop & Meyer, 2019; Singer et al., 2022) und die Zielgruppe wird nur sehr vage beschrieben (zum Beispiel bei Mühlum & Gödecker-Geenen, 2003). Daher ist eine Überprüfung, ob der Sozialdienst die »Richtigen« erreicht, nur schwer möglich. Die hier zusammengetragenen Merkmale der Rehabilitand*innen beziehen sich hauptsächlich auf personbezogene und Umweltfaktoren im Sinne im der ICF. Zwar ist die soziale Diagnostik Teil der Praxis, viele der erhobenen sozialdienstrelevanten Faktoren der Rehabilitand*innen wie die sozialrechtlichen Fähigkeiten der Rehabilitand*innen, werden jedoch gar nicht aktiv oder systematisch erhoben.

Die Zugänge über die Medizin waren im Sample dominant. Ein ähnliches Bild zeichnen die Praxisempfehlungen der DRV Bund (2022a). Dieser Zugang ist jedoch von einem Informationsverlust geprägt, der die Arbeit der Sozialdienste nicht unterstützt beziehungsweise sogar behindert. Daher und aufgrund der dargestellten Unzulänglichkeiten der beschriebenen Zuweisungs- und Steuerungswege sollte in der Forschung zur Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation zukünftig Wert auf die Entwicklung eines geeigneten Screeninginstruments gelegt werden. Dieses sollte die Rahmenbedingungen der Zuweisung und Steuerung berücksichtigen und indirekte Erhebungen zum Beispiel durch die Ärzt*innen in Betracht ziehen. Es existieren eine Vielzahl an sozialarbeiterischen Assessment-Instrumenten, von denen jedoch nur eine geringe Anzahl validiert sind. Eine Auseinandersetzung mit der ICF als Modell und Klassifikationssystem wäre aufgrund der Daten des SWIMMER-Projekts lohnenswert. Weitere theoretisch begründete Konstrukte wie zum Beispiel bio-psycho-sozial-kulturelle Bedürfnisse (Staub-Bernasconi, 2019) oder der Capability Approach (Röh, 2013) sind hier anschlussfähig und könnten ebenfalls Berücksichtigung finden. Die Social Insurance Literacy (Stahl et al., 2021) könnte ebenfalls als Ansatz herangezogen werden, sollte jedoch einer kritischen theoretischen und testtheoretischen Analyse unterzogen werden, damit Unzulänglichkeiten des Sozialsystems nicht auf die Kompetenzen der Befragten attribuiert werden.

Bei den praktischen Schlussfolgerungen wurde bereits auf die Nachverfolgung sozialarbeiterischer Fälle hingewiesen. Dies könnte unter Berücksichtigung der Folgen für die Praxis den Nutzen einer Sozialen Arbeit mit Feedback-Schleife für die Fachkräfte und die Rehabilitand*innen untersuchen.

Literaturverzeichnis

- Amthor, R.C., Goldberg, B., Hansbauer, P., Landes, B. & Wintergerst, T. (2021). Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (9. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Anton, E. (2018). Die Rückkehr an den Arbeitsplatz optimal vorbereiten und begleiten durch Soziale Arbeit in der medizinisch berufsorientierten Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 31(102), S. 76–82.
- BAR (2004). *Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen*. Frankfurt a.M.: Eigenverlag. Online verfügbar unter https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/Rahmenempfehlung_psychische_Erkrankungen.pdf, zuletzt geprüft am 09.05.2023.
- BAR (2021). 3. *Teilhabeverfahrensbericht*. Frankfurt a.M.: Eigenverlag. Online verfügbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/THVB/3_THVB_2021.pdf, zuletzt geprüft am 01.08.2022.
- Bickenbach, J. & Stucki, G. (2022). Das ICF Modell der funktionalen Gesundheit. In T. Meyer, M. A. Wirtz, & J. Bengel (Hg.), *Lehrbuch der Rehabilitationswissenschaften*. Göttingen: Hogrefe. S. 42–56.
- Blackwood, B., O'Halloran, P. & Porter, S. (2010). On the problems of mixing RCTs with qualitative research: the case of the MRC framework for the evaluation of complex healthcare interventions. *Journal of Research in Nursing*, 15(6), S. 511–521.
- Blom, B. & Morén, S. (2010). Explaining Social Work Practice — The CAiMeR Theory. *Journal of Social Work*, 10(1), S. 98–119.
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2002). *Das Experteninterview*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Canty, J. (2022). Co-producing a social workable matter: Topics and collaborating in social work encounters. *Qualitative Social Work*, 21(6), S. 1084–1103.

- Corbin, J. M. & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), S. 3–21.
- Corbin, J. M. & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3. Auflage). Los Angeles: Sage Publications.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337 (7676), S. 979–983.
- Dahmen, A., Gao, L., Keller, F. M., Lehr, D., Becker, P. & Lippke, S. (2022). Curriculum Hannover – webbasierte vs. analoge Durchführung der psychosomatischen Nachsorge und vs. Care as usual. *Die Rehabilitation*, 61(4), S. 287–296.
- Dettmers, S. (2021). Praxisfeld Rehabilitation. In S. Dettmers & J. Bischkopf (Hg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (2. Auflage). München: Reinhard. S. 179–185.
- DIMDI (2005). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Köln
- Dresing, T. & Pehl, T. (2017). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (7. Auflage). Marburg: Eigenverlag.
- DRV Bund (2007a). *KTL 2007*. Berlin: Eigenverlag.
- DRV Bund (2007b). *Rehabilitandenbefragung. Fragebogen zur medizinischen Rehabilitation: Somatische Indikationen*. Berlin: Eigenverlag. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_allgemein/g6947_patientenfragebogen_somatisch.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 13.07.2022.
- DRV Bund (2009). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung* (3. Auflage). Berlin: Eigenverlag.
- DRV Bund (2014). *Strukturqualität von Reha-Einrichtungen. Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung* (2. Auflage). Berlin: Eigenverlag.
- DRV Bund (2019). *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation* (5. Auflage). Berlin: Eigenverlag.
- DRV Bund (2021). *Reha Bericht 2021*. Berlin: Eigenverlag.
- DRV Bund (2022a). *Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation: Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin: Eigenverlag. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtun

- gen/konzepte_systemfragen/konzepte/Praxisempfehlungen_Soziale_Arbeit.pdf?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt geprüft am 13.07.2022.
- DRV Bund (2022b). *Reha-Bericht 2022. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Berlin: Eigenverlag.
- Farin, E., Wirth, A., Quaschnig, K., Meyer, T., Nowik, D., Block, I. & Volke, E. (2018). Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 57(1), S. 48–54.
- Fisher, M. (2016). The Social Care Institute for Excellence and Evidence-Based Policy and Practice: Table 1. *British Journal of Social Work*, 46(2), S. 498–513.
- Funnell, S. C. & Rogers, P. J. (2011). *Purposeful Program Theory. Effective Use of Theories of Change and Logic Models*. San Francisco: Jossey Bass.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2006). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick, London: Aldine Transactions.
- Guo, S. & Fraser, M. W. (2011). *Propensity score analysis: Statistical methods and applications. Advanced quantitative techniques in the social sciences* (2. Auflage). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hart, T., Dijkers, M. P., Whyte, J., Turkstra, L. S., Zanca, J. M., Packel, A., Van Stan, J. H., Ferraro, M. & Chen, C. (2019). A Theory-Driven System for the Specification of Rehabilitation Treatments. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(1), S. 172–180.
- Henn, S., Lochner, B. & Meiner-Teubner, C. (2017). *Arbeitsbedingungen als Ausdruck gesellschaftlicher Anerkennung Sozialer Arbeit*. Frankfurt a.M.: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft.
- Hitzler, S., & Messmer, H. (2008). Gespräche als Forschungsgegenstand in der Sozialen Arbeit. *Zeitschrift Für Pädagogik*, 54(2), S. 244–260.
- Hüttemann, M., Solèr, M., Süsstrunk, S. & Sommerfeld, P. (2017). Wirkungsforschung und -evaluation in der Klinischen Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 13(3), S. 4–6.
- Jepkens, K. & van Rieën, A. (2020). Entwicklungen, Erweiterungen und übergreifende empirische Ergebnisse subjektorientierter Forschung – eine Zusammenfassung. In: A. van Rieën & K. Jepkens (Hg.), *Nutzen, Nicht-Nutzen und Nutzung Sozialer Arbeit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 293–303.
- Kelle, H. (2018). Teilnehmende Beobachtung. In R. Bohnsack, A. Geimer & M. Meuser (Hg.), *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung* (4. Auflage). Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 224–227.
- Kleineke, V., Stamer, M., Zeisberger, M., Brandes, I. & Meyer, T. (2015). Interdisziplinäre Zusammenarbeit als ein Merkmal erfolgreicher Rehabilitati-

- onseinrichtungen – Ergebnisse aus dem MeeR-Projekt. In: *Die Rehabilitation*, 54(4), S. 266–272.
- Knoop, T. & Anton, E. (2022). Soziale Arbeit. In T. Meyer, M. A. Wirtz, & J. Bengel (Hg.), *Lehrbuch der Rehabilitationswissenschaften*. Göttingen: Hogrefe. S. 569–579.
- Knoop, T., Dettmers, S. & Meyer, T. (2019). Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung *Die Rehabilitation*, 58(2), S. 89–95.
- Knoop, T. & Meyer, T. (2019). Die Inanspruchnahme sozialarbeiterischer Leistungen von RehabilitandInnen aus orthopädischen und kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen: Durch ein logistisches Regressionsmodell identifizierte Prädiktoren. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 32(2), S. 124–135.
- Knoop, T. & Meyer, T. (2020). The Effect of Social Work Services on a Self-Reported Functional Outcome. *Research on Social Work Practice*, 30(5), S. 564–575.
- Knoop, T., Scheiblich, N., Dettmers, S. & Meyer, T. (2022). Sozialarbeiterische Wirkmechanismen in der medizinischen Rehabilitation: theoretische und konzeptuelle Einordnung des Reha-Forschungsprojekts SWIMMER. *Soziale Passagen*, 14(2), S. 1–16.
- Knoop, T., Scheiblich, N., Dettmers, S. & Meyer, Thorsten (z. Publ. eing.). On the Development of a Professional Social Work Mandate in Medical Rehabilitation Settings – Key Results from the SWIMMER Project.
- Knoop, T., Scheiblich, N., Dettmers, S. & Meyer, Thorsten (z. Publ. ang.). Praxis der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Entwicklung einer empirisch fundierten Programmtheorie. *Die Rehabilitation*.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2., überarbeitete und ergänzte Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Levack, W. & Dean, S. G. (2012). Processes in rehabilitation. In S. G. Dean, R. J. Siegert & W. J. Taylor (Hg.), *Interprofessional rehabilitation: A person-centred approach*. Hoboken: Wiley-Blackwell. S. 79–107.
- Lukaszczik, M., Zerban, N. L., Wolf, H. D., Ehrmann, K., Neuderth, S., Köhler, M., Röcklein, E. & Vogel, H. (2019). Ausgestaltung Sozialer Arbeit in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen: Eine Bestandserhebung als Baustein der Entwicklung von Praxisempfehlungen für die Erbringung sozialer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 32(2), S. 113–123.

- Maynard-Moody, S. & Musheno, M. C. (2003). *Cops, teachers, counselors: Stories from the front lines of public service*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In S. Pickel, G. Pickel, H.-J. Lauth, & D. Jahn (Hg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 465–479.
- Meyer, T. (2007). Kritische Bewertung von Qualitativen Studien. In R. Kunz, G. Ollenschläger, H. Raspe, G. Jonitz & F-W. Kolkman (Hg.), *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin* (2. Ausgabe.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. S. 159–176
- Meyer, T., Gutenbrunner, C., Bickenbach, J., Cieza, A., Melvin, J. & Stucki, G. (2011). Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(9), S. 765–769.
- Meyer, T., Karbach, U., Holmberg, C., Güthlin, C., Patzelt, C. & Stamer, M. (2012). Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung. *Das Gesundheitswesen*, 74 (08/09), S. 510–515.
- Meyer, T., Kleineke, V. & Stamer, M. (2023). Cooperative leadership as a condition for patient-reported rehabilitation success. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 4, S. 1–10.
- Meyer, T. & Pohontsch, N. (2014). Goal orientation and goal setting in German medical rehabilitation research. In R. J. Siegert & W. M. M. Levack (Hg.), *Rehabilitation goal setting: Theory, practice and evidence*. Boca Raton: CRC Press Taylor & Francis Group. S. 237–250.
- Meyer T. & Xyländer M. (2020). Zur Bedeutung qualitativer Methoden für die Versorgungsforschung. In Netzwerk Qualitative Gesundheitsforschung (Hg.), *Perspektiven Qualitativer Gesundheitsforschung*. Weinheim: Beltz/Juventa. S. 60–79
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews*. Berlin/Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C. & Hardeman, Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350, h1258.
- Muckel, P. (2011). Die Entwicklung von Kategorien mit der Methode der Grounded Theory. In G. Mey & K. Mruck (Hg.), *Grounded theory reader* (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 333–352.
- Mühlum, A. & Gödecker-Geenen, N. (2003). *Soziale Arbeit in der Rehabilitation*. München: Reinhardt.

- Mullins, E., Kirkwood, S. & Stokoe, E. (2022). An introduction to conversation analysis in social work research. *Qualitative Social Work*, 21(6). S. 997–1010.
- Noyes, J., Hendry, M., Booth, A., Chandler, J., Lewin, S., Glenton, C. & Garside, R. (2016). Current use was established and Cochrane guidance on selection of social theories for systematic reviews of complex interventions was developed. *Journal of Clinical Epidemiology*, 75, S. 78–92.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3. Auflage). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pauls, H. & Gahleitner, S. B. (2022). Klinische Sozialarbeit. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (9. Auflage). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. S. 514–515.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. London: SAGE.
- Raspe, H. (2007). Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Zur Theorie von Bedarfsermittlungen (»needs assessment«). *Die Rehabilitation*, 46(1), S. 3–8.
- Rauschenbach, T. (1986). Bezahlte Nächstenliebe: zur Struktur sozialpädagogischen Handelns. *Sozialpädagogik*, 28(5), S. 206–218.
- Röh, D. (2013). *Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Salzwedel, A., Wegscheider, K., Schulz-Behrendt, C., Dörr, G., Reibis, R. & Völler, H. (2019). No impact of an extensive social intervention program on return to work and quality of life after acute cardiac event: A cluster-randomized trial in patients with negative occupational prognosis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 92(8), S. 1109–1120.
- Scheiblich, N., Knoop, T., Dettmers, S. & Meyer, T. (2022). Die Rolle Sozialer Arbeit im interprofessionellen Rehabilitationsteam. 21. *Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)*.
- Scheiblich, N., Knoop, T. & Meyer, T. (2023). Praxis und Outcomes Sozialer Arbeit im Setting der Rehabilitation im internationalen Kontext: Ein Scoping Review. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.), *Veränderungskultur fördern – Teilhabe stärken – Zukunft gestalten*. Berlin: Eigenverlag. S. 450–453.
- Schrappe, M. & Pfaff, H. (2016). Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen: Konsequenzen für Definition und Konzept. *Das Gesundheitswesen*, 78(11), S. 689–694.
- Schrappe, M. & Pfaff, H. (2017). Einführung in Konzept und Grundlagen der Versorgungsforschung. In H. Pfaff, E. A. M. Neugebauer, G. Glaeske & M. Schrappe (Hg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik, Methodik, Anwendung* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer. S. 1–68.

- Schütze, F. (2021). *Professionalität und Professionalisierung in pädagogischen Handlungsfeldern: Soziale Arbeit*. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Schwartz, F. W., Wille, E., Fischer, G. G., Kuhlmei, A., Lauterbach, K., Rosenbrock, W. & Scriba, P. C. (2000). *Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung: Herleitung grundlegender Begriffe*. Arbeitspapier. Bonn.
- Singer S., Janni W., Kühn T., Flock, F., Felberbaum, R., Schwentner, L., Leinert, E., Wöckel, A. & Schlaif, T. (2022) Awareness, offer, and use of psychosocial services by breast cancer survivors in Germany: a prospective multi-centre study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 307, S. 945–956.
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M. Rycroft-Malone, J., White, M. & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, 374, n2061.
- Smith, D. E. & Griffith, A. I. (2022). *Simply institutional ethnography: creating a sociology for people*. Toronto: University of Toronto Press.
- Sommerfeld, P., Hollenstein, L. & Calzaferri, R. (2011). *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sommerfeld, P., Solèr, M., Hess, N., Hüttemann, M. & Süsstrunk, S. (2021). *ALIMEnt – Kontexte, Mechanismen und Wirkungen Sozialer Arbeit: Forschungsbericht*. Olten.
- Ståhl, C., Karlsson, E. A., Sandqvist, J., Hensing, G., Brouwer, S., Friberg, E. & MacEachen, E. (2021). Social insurance literacy: A scoping review on how to define and measure it. *Disability and Rehabilitation*, 43(12), S. 1776–1785.
- Stamer, M., Güthlin, C., Holmberg, C., Karbach, U., Patzelt, C. & Meyer, T. (2015). Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 3: Qualität qualitativer Studien. *Das Gesundheitswesen*, 77(12), S. 966–975.
- Stamer, M., Zeisberger, M., Kleineke, V., Brandes I. & Meyer, T. (2015). *MeeR. Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung. Abschlussbericht*. Hannover.
- Staub-Bernasconi, S. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität* (2. Ausgabe). Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich.

- Staub-Bernasconi, S. (2019): *Menschenwürde, Menschenrechte, soziale Arbeit. Die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße stellen*. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques* (2. Auflage). Los Angeles: Sage Publications.
- Strauss, A., Fagerhaug, S., Suczek, B. & Wiener, C. (1985). *Social organization of medical work*. Chicago: University of Chicago Press.
- Strübing, J. (2018). *Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einführung* (2. Auflage). Berlin/Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- Stucki, G. & Bickenbach, J. (2017). Functioning: The third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(1), S. 134–138.
- Stucki, G., Bickenbach, J., Gutenbrunner, C. & Melvin, J. (2018). Rehabilitation: The health strategy of the 21st century. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(4), S. 309–316.
- Vogel, M., Walther, A. & Deck, R. (2017). Telefonische sozialdienstliche Nachsorge zur Verbesserung der beruflichen Reintegration nach stationärer medizinischer Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 56(6), S. 379–388.
- Whyte, J. (2014). Contributions of treatment theory and enablement theory to rehabilitation research and practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(1 Suppl), S17-23.e2.
- Zeisberger M., Nowik D., Beck L., Martin S., Beckmann U. & Meyer T. (2019). Quality management in medical rehabilitative care by the German statutory pension insurance scheme. *European Journal Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(6), S. 845–851.

