

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: Mhm.) 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)