



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Studiengang Soziale Arbeit

Ältere Patienten in der klinischen Sozialarbeit

Soziale Arbeit im Krankenhaus im Hinblick auf die
wachsende Zahl älterer Patienten

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts (B.A.)

vorgelegt von: Carolin Schmidt
URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2014-0178-6
Betreuer: Prof. Dr. med. et Dr. disc. pol. Andreas G. Franke, M.A.
Prof. Dr. Phil. Joachim Burmeister
eingereicht am: 13.06.2014

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Kurzzusammenfassung

Diese Bachelorarbeit thematisiert die Tätigkeit der Sozialarbeit im Akutkrankenhaus im Hinblick auf die simultan zur demografischen Entwicklung steigende Zahl älterer Patienten. Es wird auf Rahmenbedingungen, Zuständigkeiten sowie auf Methoden eingegangen, die die Arbeit des Sozialdienstes im Krankenhaus bestimmen. Außerdem werden die Begriffe Krankheit und Gesundheit betrachtet. Mögliche Empfindungen und Auswirkungen, die Erkrankungen oder Krankenhausaufenthalte für Betroffene haben können, werden erläutert. Es wird ein typisches Fallbeispiel aufgeführt, anhand dessen die Arbeit des Sozialdienstes im Krankenhaus mit älteren Patienten praktisch dargestellt wird. Daraus ergeben sich notwendige Veränderungen für die Sozialarbeit im Krankenhaus. Auf diese wird schließlich mit der Vorstellung von Ideen und Lösungsmöglichkeiten eingegangen.

Abstract

This thesis deals with the activities of social work in acute care hospitals with regard to the increasing number of elder patients that takes place as part of the demographic change in our society. Competences, determining factors and methods affecting the social service in hospitals are described. Moreover, the words disease and health are addressed in this thesis and possible emotions and consequences of diseases and hospital stays. Based on a typical example the work of the social service in hospitals with elders is presented practically. This example indicates necessary changes in the field of social work in acute care hospitals. Finally some of them are pictured in this thesis.

Inhaltsverzeichnis

Kurzzusammenfassung	iii
Inhaltsverzeichnis.....	iv
Abkürzungsverzeichnis	vi
1 Einleitung.....	1
2 Der Krankenhaussozialdienst	3
2.1 Entstehung und Entwicklung	3
2.2 Tätigkeitsprofil.....	5
2.3 Realität/ Empfehlungen der DVSG.....	6
3 Krankheit und Klinikaufenthalt.....	8
3.1 Gesundheit und Krankheit	8
3.2 Krankenhaus – Eine besondere Situation für den Betroffenen.....	9
3.3 Chronische Erkrankungen	11
4 Methodische Ansätze	12
4.1 Soziale Beratung	12
4.2 Case Management	15
4.2.1 Case Management allgemein	15
4.2.2 Case Management im Krankenhaus	17
5 Ältere Patienten im Hinblick auf Beratungs- und Betreuungsbedarf	21
5.1 Besonderheiten bei älteren Patienten	21
5.2 Vorstellung des Fallbeispiels	23
5.3 Besonderheiten des Fallbeispiels.....	25
5.4 Vorgehen des Sozialdienstes	26
5.4.1 Erstgespräch, Problemerkennung und Interventionen	26
5.4.2 Angehörigenarbeit.....	32
5.4.3 Welche Probleme können auftreten	34

6	Neue Anforderungen an Kliniken und Sozialdienste aufgrund der steigenden Zahl älterer Patienten	36
6.1	Warum Sozialarbeit im Krankenhaus?	36
6.2	Qualitätsanforderungen für Arbeit mit Älteren	37
6.3	Vorbilder, Ideen	39
7	Zusammenfassung.....	44
	Eidesstattliche Erklärung	45
	Quellenverzeichnis.....	46
	Anhang.....	51

Abkürzungsverzeichnis

AHB	Anschlussheilbehandlung
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Groups
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
C.M.	Case Management, je nach Literatur auch Case-Management
DRG	Diagnosis Related Groups
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
DVSK	Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V.
GA	Geriatrisches Assessment
GOB	Gütersloher Organisationsberatung
H-TEP	Hüft-Totalendoprothese
KTL	Klassifikation Therapeutischer Leistungen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Pat.	Patient/Patientin
Reha	Rehabilitation
S.i.K.	Sozialdienst im Krankenhaus
SoS	Test „Soziale Situation nach Nikolaus“
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Krankenhäuser sind laut Gesetz Institutionen, in denen durch ärztliche und pflegerische Dienste Krankheiten, Leiden oder körperliche Schäden diagnostiziert, geheilt oder gelindert werden sollen oder in denen Geburtshilfe geleistet wird. Die zu versorgenden Personen sollen in Krankenhäusern untergebracht und gepflegt werden können.¹ Mehr als 18,5 Millionen Patienten wurden 2012 in Krankenhäusern stationär behandelt, fast vier Millionen mehr als im Jahr 1992. Parallel dazu verkürzte sich hingegen die Verweildauer in den Allgemeinkrankenhäusern mit sinkender Tendenz von 13,3 auf 7,6 Tage.² Ursachen für die verkürzte Verweildauer sind zum einen die sich weiterentwickelnde medizinische Behandlung sowie die wachsende Zahl ambulanter Angebote. Außerdem hat das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser aus dem Jahr 2002 einen großen Einfluss auf den Klinikalltag. Die sogenannten Diagnosis-Related-Groups (DRG), welche auf dem australischen AR-DRG-System basieren, sichern als zentrales Abrechnungsmittel, neben der von den Ländern getragenen Investitionsförderung, die Finanzierung der Kliniken ab (duales System). Somit erhalten Krankenhäuser für bestimmte Behandlungen bzw. Diagnosen einheitliche Pauschalbeträge.³ Mögliche positive und negative Auswirkungen dieser Vorgehensweise werden in dieser Arbeit deutlich.

Die Patienten benötigen neben der Behandlung durch Ärzte und Pflegekräfte auch Unterstützung bei der Lösung von persönlichen und sozialen Problemen, die mit ihrer Erkrankung oder Behinderung in Verbindung stehen oder sich auf ihr Leben auswirken. Diese Leistung wird durch den Sozialdienst im Krankenhaus (S.i.K.) übernommen.⁴

In dieser Arbeit soll näher darauf eingegangen werden, welche Veränderungen für die sozialarbeiterische Tätigkeit in der Arbeit mit zunehmend älteren Patienten im Akutkrankenhaus entstehen, während Reformen und Strukturen, z.B. das DRG-Finanzierungsmodell, eine umfassende psychosoziale Beratung durch den Sozialdienst immer mehr einzuschränken scheinen. In Kapitel 2 werden kurz die

¹ vgl. Statistisches Bundesamt Grunddaten 2013, S. 3. (Internetquelle)

² vgl. Statistisches Bundesamt 2013. (Internetquelle)

³ vgl. Hoffer 2011, S. 190.

⁴ vgl. Kraus 2011, S. 780.

bisherige Entwicklung, die Aufgaben und Funktionen sowie die praktische Situation der Sozialarbeit und Empfehlungen für die Sozialarbeit im Krankenhaus dargestellt. Der nächste Abschnitt dieser Arbeit soll skizzieren, warum Krankheit und Krankenhausaufenthalte eine besondere Situation für Menschen darstellen und welche Bedeutung sie insbesondere für ältere Menschen haben können. Anschließend wird auf die Vorgehensweisen und methodischen Ansätze der Sozialen Arbeit in Kliniken eingegangen. Im fünften Abschnitt wird ein realitätsnahes Fallbeispiel vorgestellt. Anhand dieses Falles wird im Anschluss auf die Vorgehensweise des Sozialdienstes eingegangen, einschließlich möglicher Besonderheiten und auftretender Probleme. Im Kapitel sechs wird kurz dargestellt, warum eine persönliche und soziale Betreuung durch die Sozialarbeit in Krankenhäusern sehr bedeutsam ist und welche Qualitätsansprüche für die Beratung und Begleitung älterer Menschen gefordert werden. Schließlich werden potentielle Perspektiven und Ideen für die Zukunft der Sozialen Arbeit im Krankenhaus aufgezeigt, vor allem im Hinblick auf die Bedarfe erkrankter älterer Menschen.

2 Der Krankenhaussozialdienst

Das Feld der „Klinischen Sozialarbeit“ ist viel größer als zunächst angenommen werden könnte und bezieht sich nicht ausschließlich auf den Krankenhausbereich oder das Gesundheitswesen.⁵ In den USA begann die Entwicklung der „clinical social work“ in den 1960er Jahren und findet seinen Ursprung im Ansatz des „casework“ der 1920er Jahre.⁶ Als Teildisziplin der Sozialen Arbeit beschäftigt sich die Klinische Sozialarbeit mit psycho-sozialen Krisen und den sozialen Faktoren somatischer und psychischer Krankheiten und Behinderungen, wobei sie die Lebenslage der Betroffenen beachtet.⁷ Die Klinische Sozialarbeit lässt sich als eine behandelnde Sozialarbeit auffassen, die bei Krankheiten, Behinderungen oder psychosozialen Krisen Anwendung findet. Die Soziale Arbeit im Krankenhaus stellt einen Teil der Klinischen Sozialarbeit dar.⁸ Dies lässt sich aus den Aufgabenbereichen der klinischen Sozialarbeit laut Pauls⁹ vermuten: psycho-soziale Diagnostik/Assessment, psychosoziale Beratung, Sozialtherapie, aufsuchende soziale Intervention, Betreuung, Case-Management, Prävention und Rehabilitation, gemeindenaher Versorgung sowie Sozialraumorientierung. Nach dieser kurzen Einordnung wird im Folgenden auf den Sozialdienst im Krankenhaus (S.i.K.) eingegangen.

2.1 Entstehung und Entwicklung

Sozialarbeit ist im Krankenhaus neben der Medizin und der Pflege tätig. Das stellt kein neues Phänomen dar. Schon 1896 unterstützten die Mitglieder der Berliner Mädchen- und Frauengruppe für soziale Hilfsarbeit, geleitet von Lina Basch, das Krankenhauspersonal und die Patienten.¹⁰ Die sogenannte Gesundheitsfürsorge stand vor allem werdenden Müttern, Säuglingen und Kindern zur Seite. Im Zentrum standen zu dieser Zeit Leiden wie z.B. Tuberkulose, Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten, aber auch psychische Erkrankungen und Behinderungen. Immer mehr Aufmerksamkeit wurde Ende des 19. Jahrhunderts hygienischen

⁵ vgl. Pauls 2013, S. 16.

⁶ ebd., S. 12.

⁷ ebd., S. 22.

⁸ vgl. Ansen et al. 2004, S. 18.

⁹ vgl. Pauls 2013, S. 22.

¹⁰ vgl. Reinicke 2001, S. 15.

Vorkehrungen und sanitären Problemen gewidmet.¹¹ 1914 wurde mithilfe von Alice Salomon das „Komitee Soziale Krankenhausfürsorge“ ins Leben gerufen. Daraufhin konnte 1926 durch Anni Tüllmann und Hedwig Landsberg die „Deutsche Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus“ (später DVSK und jetzt DVSG) gegründet werden. Diese Vereinigungen trugen dazu bei, dass die Sozialarbeit strukturell einen Platz in der Krankenhausbehandlung einnehmen konnte. Seit vielen Jahren werden die ärztliche und pflegerische Behandlung durch die Sozialarbeit ergänzt. Um persönliche und soziale Schwierigkeiten, die durch Erkrankung oder Behinderung im Leben der Patienten und ihrer Angehörigen entstehen, kümmert sich der S.i.K. Die Sozialarbeit betrachtet Krankheit als ein mehrdimensionales Phänomen und versucht die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Patienten zu sichern.¹²

Gesetzliche Regelungen für die Sozialarbeit im Krankenhaus entstanden erst seit 1972, durch Erlass des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.¹³ Die aktuellen rechtlichen Grundlagen der Sozialarbeit im Krankenhaus sind im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) und in den jeweiligen Landeskrankengesetzen zu finden.¹⁴ Im §112 SGB V über zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung heißt es in Abs. 1:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankengesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen.“

Diese Verträge sollen laut §112 Abs. 2 Nr. 4 und 5 SGB V die soziale Beratung und Betreuung der Versicherten im Krankenhaus sowie einen nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege regeln. Die jeweiligen Bundesländer haben für die Umsetzung dieses Gesetzes Rahmenempfehlungen beschlossen. In den meisten Landeskrankengesetzen der Bundesländer wird der S.i.K. erwähnt. Allerdings besteht keine eindeutige Aufgabendefinition oder standardisierte Personalausstattung. Einen positiven Beitrag kann das 2001 in Kraft getretene SGB IX leisten. Es beinhaltet Regelungen, die

¹¹ vgl. Ansen et al. 2004, S. 117.

¹² vgl. Kraus 2011, S. 780.

¹³ vgl. Reinicke 1994, S. 35.

¹⁴ vgl. Ansen et al. 2004, S. 50 f.

sich auf eine verbesserte soziale und berufliche Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen beziehen. Sozialarbeit verfügt über dazugehörige Kompetenzen, wodurch die Möglichkeit besteht, schon während des Krankenhausaufenthaltes Rehabilitationspotentiale festzustellen und passende nachsorgende Angebote herauszufiltern und ggf. zu ermöglichen. Für die Realisierung psychosozialer Handlungsansätze stellt das SGB IX eine zweckmäßige Grundlage dar.¹⁵ Der folgende Abschnitt zeigt die Tätigkeiten der Sozialarbeit im Krankenhaus auf.

2.2 Tätigkeitsprofil

Die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG), auf die im weiteren Text eingegangen wird, vertritt die Ansicht, dass eine kompetente psychosoziale Beratung neben der Gesetzesverpflichtung auch als gesellschaftlicher Auftrag betrachtet werden sollte.¹⁶ Nach Homfeld und Sting überwiegen Beratungssituationen in der Methodik des S.i.K., die durch Verwaltungs- und Organisationstätigkeiten sowie durch individuelle Maßnahmen des Empowerments und der Kompetenzförderung erweitert werden.¹⁷ Darauf wird im weiteren Text genauer eingegangen.

Die Mitarbeiter des Sozialdienstes im Krankenhaus (S.i.K.) sind dafür verantwortlich, geeignete Maßnahmen für die Patienten einzuleiten, sodass mit den Folgen der Erkrankung und Behinderung angemessen umgegangen werden kann. Sobald Patienten selbst, Angehörige, Bekannte, kooperierende Institutionen, Ärzte, Pflegende, Therapeuten u.a. auf eine Problemsituation aufmerksam machen, wird der Sozialdienst aktiv.¹⁸ Die Beratungsperspektive ist dabei auf den gesamten Menschen bezogen. Sie zielt auf die Verarbeitung und Bewältigung der Erkrankung und ihrer Auswirkungen ab.¹⁹ Nach Ansen werden durch administrative Tätigkeiten bspw. Pflegeeinrichtungen oder Anschlussrehabilitationen vermittelt, Betreuungen organisiert oder Kostenübernahmen geklärt. Dagegen unterstützen persönliche Hilfen durch psychosoziale Interventionen und sollen persönliche

¹⁵ ebd.

¹⁶ vgl. DVSG (a) (Internetquelle)

¹⁷ vgl. Homfeld/Sting 2006, S. 193.

¹⁸ vgl. Menzel 2010, S. 263.

¹⁹ vgl. Gödecker-Geenen/Nau 2003, S. 120.

Kompetenzen bei schwierigen Erkrankungen weiterentwickeln.²⁰ Für ein funktionierendes Entlassungsmanagement sind eine multiprofessionelle Kooperation und eine intakte interne Vernetzung des Krankenhauses unerlässlich.²¹ Deshalb muss der S.i.K. seine Tätigkeiten jeweils frühzeitig mit allen Beteiligten koordinieren. Der Sozialdienst hat die Aufgabe die individuellen Ressourcen sowie den Bedarf des Patienten zu erfassen und ihm gesetzliche Regelungen, bürokratische Bedingungen und Bestimmungen zu erläutern. Er interveniert bei der Krankheits- sowie Lebensbewältigung, bei Konflikten mit dem sozialen Umfeld und bei existentiellen Ängsten. Weiterhin unterstützt der Sozialdienst die soziale Sicherung, z.B. Wohnraumangelegenheiten, die wirtschaftliche Sicherung und vermittelt Nachsorgemaßnahmen.²² Da die Aufenthaltsdauer des Patienten im Akutkrankenhaus begrenzt ist, können nicht alle Beratungsbedarfe vom S.i.K. aufgefangen werden. Bestimmte Themen, wie bspw. eine Schuldnerberatung, müssen an andere Institutionen weitergegeben werden.²³ Wichtig für die Arbeit des S.i.K. ist ein nachvollziehbarer und klarer Nachweis, der die Patientendaten, den Beratungsprozess, dessen Inhalte und den Umfang und die Art der erfüllten Beratungs- und Unterstützungsleistungen dokumentiert. Die elektronische Datenverarbeitung hat sich für die Dokumentation der Sozialen Arbeit im Krankenhaus zu einem alltäglichen Arbeitsmittel entwickelt. Internet und Datenbanken erleichtern die Informationssuche.²⁴

2.3 Realität/ Empfehlungen der DVSG

Die in Kliniken vorherrschenden institutionellen Bedingungen gestalten die Arbeitssituation der Mitarbeiter des Sozialdienstes. Die im Vergleich zum medizinischen oder pflegerischen Personal sehr kleine Berufsgruppe, besitzt eine Art Randständigkeit und ihre Funktionen sind nicht allen Klinikmitarbeitern bewusst.²⁵ Der Anteil der Sozialarbeiter am gesamten Krankenhauspersonal liegt bei etwa 0,4 %.²⁶ Diese geringe Stellenanzahl in Verbindung mit relativ kurzen

²⁰ vgl. Ansen 2001, S. 63.

²¹ vgl. Ansen et al. 2004, S. 97.

²² vgl. Kraus 2011, S. 780.

²³ vgl. Ansen 2001, S. 64 f.

²⁴ vgl. Ansen et al. 2004, S. 96.

²⁵ vgl. Ansen et al. 2004, S. 21 ff.

²⁶ vgl. Homfeld/Sting 2006, S. 192.

Liegezeiten schränken laut Ansen²⁷ die Handlungsoptionen der Sozialarbeit ein. Es bleibt zu wenig Zeit für Kontaktaufnahme und Betreuung der Patienten, besonders für ältere Patienten und Patienten mit schweren Erkrankungen. Die DVSG formulierte im Jahr 2003, auch im Zuge der Einführung von Fallpauschalen, die sogenannten Diagnosis Related Groups (DRG), Empfehlungen zu Anhaltszahlen für Sozialarbeit im Krankenhaus. Nachdem die Gütersloher Organisationsberatung (GOB) Empfehlungen zu möglichen Fallzahlen je Sozialarbeiterstelle herausgab, führte die DVSG ebenfalls Untersuchungen durch. Sie kam daraufhin gleichfalls zu dem Ergebnis, dass in der Regel- und Grundversorgung von Patienten im Krankenhaus für Leistungen der Sozialarbeit pro Vollzeitstelle 600 Fälle im Jahr angebracht seien. Es wird davon ausgegangen, dass der durchschnittliche Zeitaufwand für die Betreuung eines Patienten ca. 160 Minuten beträgt.²⁸

Die denkbaren Qualitäten einer sozialen Mitbehandlung mit ihren möglichen gesundheitsfördernden Wirkungen durch Sozialarbeiter in Krankenhäusern, können in der Realität nicht ausgeschöpft werden. Die derzeitigen Fallzahlen und die unterschiedlichen Erwartungen der Verwaltung, des medizinischen und pflegerischen Personals sowie der Patienten lassen diese Möglichkeiten nicht zu.²⁹

In Rehabilitationskliniken sind bestimmte Vorgänge anders organisiert. Verschiedene Rahmenkonzepte, z.B. der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gliedern den Sozialdienst in das Gesamtbehandlungskonzept der Rehabilitationskliniken ein. Die Leistungen der Sozialarbeit werden in der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) geschildert.³⁰ Die Art der Dokumentation ist in der KTL der Rehabilitationskliniken im Vergleich zur Akutklinik klar geregelt. Für die erbrachten Leistungen sind ausschließlich die vierstelligen KTL-Codes zu verwenden. Zusätzlich wird neben dem vierstelligen Code jeweils die tatsächliche Dauer der erbrachten Leistung mit einem Großbuchstaben eingetragen.³¹

²⁷ vgl. Ansen 2010, S. 139.

²⁸ vgl. DVSG (b), S. 14. (Internetquelle)

²⁹ vgl. Pauls 2013, S. 348.

³⁰ vgl. Kraus 2011, S. 781.

³¹ vgl. DRV 2007, S. 119. (Internetquelle)

3 Krankheit und Klinikaufenthalt

Ungefähr jeder fünfte deutsche Staatsbürger wird einmal pro Jahr stationär in einer Klinik behandelt. Kreislauferkrankungen, bös- oder gutartige Neubildungen, Verletzungen, Vergiftungen oder Entbindungen sind die häufigsten Gründe für eine Krankenhausbehandlung.³² Demnach sind viele Menschen von Krankheit betroffen und müssen diverse Behandlungen in medizinischen Einrichtungen in Anspruch nehmen. In diesem Kapitel wird beschrieben, wie Krankheit bzw. Gesundheit betrachtet werden können, was ein Klinikaufenthalt bzw. eine medizinische Behandlung für Betroffene bedeuten kann und welche Rolle chronische Beschwerden in unserer Gesellschaft einnehmen.

3.1 Gesundheit und Krankheit

An dieser Stelle wird auf den Krankheitsbegriff eingegangen. Nach Niehoff und Braun³³ stellt Krankheit den Oberbegriff für vielfältige physische und psychische Zustände dar, die eine funktionelle oder strukturelle Störung mit sich ziehen und somit als regel- oder normwidrig beschreibbar sind. Laut Sunder³⁴ ist der Körper- oder Geisteszustand bereits irregulär, wenn er von der durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägten Norm abweicht. Behandlungsfähig ist eine Krankheit, wenn die Behandlungsziele mit den verfügbaren Mitteln erreicht werden können und aus ärztlicher Sicht eine Behandlung mit dem Ziel der Heilung, Besserung, Verhütung der Verschlimmerung oder der Schmerzlinderung aussichtsvoll erscheint. Während sich die Medizin eher auf ein pathogenetisches Krankheitsmodell stützt und nach Ursachen für Erkrankungen, bedingt durch belastende Erfahrungen, forscht, orientiert sich die Sozialarbeit und damit auch die Klinische Sozialarbeit vielmehr an salutogenetischen Modellen. Diese Denkweise wurde vor allem von dem Gesundheitswissenschaftler Antonovsky aktiviert. Dabei wird betrachtet, wie Menschen trotz Krisen und Belastungen gesund bleiben, schwierige Situationen bewältigen bzw. familiäre, soziale und kulturelle Beziehungen förderlich beeinflussen können.³⁵ Die Salutogenese hängt mit dem bio-

³² vgl. Waller 2002 zit. n. Ansen et al. 2004, S. 36.

³³ vgl. Niehoff/Braun 2003, S. 149.

³⁴ vgl. Sunder 2011, S. 544.

³⁵ vgl. Geißler-Piltz et al. 2005, S. 25.

psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit eng zusammen. 1948 definierte die World Health Organization (WHO) Gesundheit als Zustand des umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Diese Beschreibung klingt einfach, besitzt jedoch bis heute eine große Bedeutung, weil sie sich vom früheren biomedizinischen Krankheitsverständnis abgrenzt und den Gesundheitsbegriff erweitert. Dieses Verständnis wurde durch Gesundheitsinitiativen der Ottawa-Charta von 1986 und weiteren Konferenzen ausgebaut und vertieft.³⁶ Mitte des 19. Jahrhunderts wurde beispielsweise damit begonnen Risikofaktoren für Krankheiten zu erforschen. Die Auswirkung eines bestimmten Faktors, z.B. genetische Disposition, niedrige soziale Schicht, kritische Lebensereignisse oder gesundheitsschädigendes Verhalten, auf die Entstehung, die Entwicklung und den Verlauf einer Erkrankung, sollte eingeschätzt werden. Aus den daraus gewonnenen Erkenntnissen entwickelten sich gesundheitspräventive Konzepte und die Gesundheitsförderung.³⁷ Für die Soziale Arbeit und insbesondere für die Klinische Sozialarbeit sind diese Entwicklungen und Ergebnisse bedeutsam, da beabsichtigt wird, gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren. Somit wird die Gesundheit zu einem zentralen Thema der Sozialen Arbeit.³⁸

3.2 Krankenhaus – Eine besondere Situation für den Betroffenen

Der Aufenthalt in einer Klinik stellt für jeden Menschen eine besondere Situation dar. Oftmals ergibt sich eine Krankenhausbehandlung plötzlich bzw. relativ spontan. Bei den Betroffenen, Patienten sowie Angehörigen, entstehen infolge dessen fast immer Ängste bezüglich der eigenen oder familiären Zukunft. Außerdem können verschiedene Untersuchungen zu Verunsicherungen führen. Die Betroffenen fragen sich, wie sich die Erkrankung entwickeln wird und welche Heilungschancen bestehen. Das Leben nach der Behandlung ist in vielen Fällen nicht genau vorherzusagen.³⁹ In unserer Gesellschaft ist die Unabhängigkeit der Person sehr bedeutsam. Eine Erkrankung kann diese jedoch in Frage stellen. Wenn eine vollstationäre Behandlung notwendig ist, spüren Betroffene ihre Abhängigkeit von

³⁶ ebd., S. 21.

³⁷ vgl. Pauls 2013, S. 97.

³⁸ vgl. Geißler-Piltz et al. 2005, S. 21.

³⁹ vgl. Ansen et al. 2004, S. 37.

versorgenden Personen wie bspw. Ärzten, Therapeuten, Pflegekräften etc. besonders.⁴⁰

Nach einem relativ kurzen und komplikationsarmen Eingriff kann der Betroffene womöglich schnell wieder seinen gewohnten Alltag aufnehmen. Hingegen beeinflussen problematische und langwierige Beschwerden und damit verbundene Klinikaufenthalte die Unabhängigkeit und Freiheit des Patienten und können diese einschränken. In besonderer Weise sind Menschen betroffen, die an chronischen Erkrankungen leiden. Dieses Thema wird im nächsten Abschnitt näher beschrieben. Die Bewahrung bzw. Wiederherstellung lebenspraktischer Autonomie stellt besonders in diesen Fällen das zentrale Ziel der Sozialarbeit dar. Dabei werden subjektive Deutungen und die sozialen Lebenslagen der Betroffenen bedacht.⁴¹ Diese Einstellung ist in vielen Klinikbereichen nicht verbreitet. Nau und Gödecker-Geenen⁴² sind der Meinung, dass die Medizin eine Haltung besitzt, die dem Patienten vermittelt, dass er seinen Körper vertrauensvoll in ihre Hände zur Heilung geben und sich dabei passiv verhalten könne bzw. solle. Diese Vorstellung passt jedoch nicht wirklich zu dem momentan dominierenden bio-psycho-sozialen Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Insbesondere schwere und langwierige Erkrankungen können die Lebensqualität des Menschen erheblich einschränken und erfordern die Beteiligung des Patienten am Genesungsprozess. Dazu gehört bspw. die aktive Teilnahme an Therapien. Außerdem benötigt eine Person in dieser Situation eine Atmosphäre, in der sie offen Unsicherheiten und Ängste zeigen kann. Auch Fragen zur eigenen Zukunft sollten gestellt werden können, um die Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Folglich weisen die Autoren darauf hin, dass die Kommunikation einen wichtigen Teil der Medizin darstellt und eine Medizin ohne Sprache als inhuman verstanden werden kann.

⁴⁰ vgl. Pauls 2013, S. 344 f.

⁴¹ vgl. Ansen et al. 2004, S. 61.

⁴² vgl. Nau/Gödecker-Geenen 2003, S. 10.

3.3 Chronische Erkrankungen

Akute Erkrankungen treten heutzutage seltener als früher auf. Stattdessen werden immer mehr multimorbide und chronisch erkrankte Patienten in Krankenhäusern behandelt.⁴³ Chronische Beschwerden nehmen nach Ansen, Gödecker-Geenen und Nau⁴⁴ ungefähr 75 % aller Krankheiten ein. Diese bedürfen neben der kurativen Behandlung individuelle Unterstützung zur Krankheitsbewältigung, ökonomische Kompensationen und die Sicherung der sozialen Hilfe. Die Sicherung der Lebensqualität ist ein sehr wichtiges Ziel, besonders bei langwierigen oder komplikationsreichen Leiden. Die Betroffenen erleben einen großen Einschnitt in ihrem Leben, der ihre gesundheitliche Lage stark verändert und physische sowie psychische Belastungen hervorruft. Die Situation erfordert den Umgang mit Schmerzen, beeinträchtigter Mobilität und dem unvorhersehbaren Krankheitsverlauf sowie Entscheidungen über Behandlungsoptionen. Der bisherige Alltag der Patienten wird zukünftig verändert sein, vorherige soziale oder berufliche Rollen können oft nicht mehr umstandslos ausgeführt werden und Gewohnheiten müssen umgestellt oder aufgegeben werden.⁴⁵

Pauls⁴⁶ greift einige Bereiche nach Heim (1988) auf, die die mehrdimensionalen und bedeutsamen psycho-sozialen Belastungen, die in der Krankheit zu bewältigen sind, untergliedern: veränderte Körperintegrität und verändertes Wohlbefinden (z.B. durch Schmerz oder Behinderung), verändertes Selbstkonzept (z.B. durch neues Selbstbild oder Kontrollverlust), gestörtes emotionales Gleichgewicht, Verunsicherungen hinsichtlich der sozialen Rollen und Aufgaben, situative Anpassungen (z.B. durch neue Beziehungen oder neue Umgebung), Bedrohung des Lebens und Angst vor dem Sterben (z.B. durch akute Krisen oder mehrere Verluste). Eine qualifizierte soziale Unterstützung kann häufig zur besseren Bewältigung beitragen.

⁴³ vgl. Thierau 1997 z. n. Schilling 2003, S. 14.

⁴⁴ vgl. Ansen et al. 2004, S. 64.

⁴⁵ vgl. Ansen 2001, S. 64.

⁴⁶ vgl. Heim 1988 zit. n. Pauls 2013, S. 346.

4 Methodische Ansätze

Das Handlungsziel des S.i.K. ist laut Kraus⁴⁷ vor allem die durchdachte Intervention und Unterstützung der Betroffenen unter Beachtung der Würde und des Selbstbestimmungsrechts des Menschen, um die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu sichern. Die Verfahren bzw. Methoden, die zur Anwendung kommen können, werden in folgendem Abschnitt vorgestellt.

4.1 Soziale Beratung

Eine zentrale Handlungsmethode der Sozialen Arbeit stellt die Soziale Beratung dar. Deren Interventionen eignen sich, um alltägliche Probleme zu bewältigen. Dazu gehören z.B. die sozialen und persönlichen Auswirkungen einer schweren Erkrankung.⁴⁸ Auf diese Methode wird in diesem Text vorwiegend eingegangen. Kraus nennt im Vergleich zu Ansen et. al folgende Methoden, die in der Arbeit des S.i.K. eine Rolle spielen: Soziale Einzelhilfe, Krisenintervention, Empowerment, Soziale Gruppenarbeit und Case Management.⁴⁹

Um Unsicherheiten zu vermeiden wird hiermit darauf hingewiesen, dass in der Literatur zur Klinischen Sozialarbeit überwiegend die Rede von psychosozialer⁵⁰ oder psycho-sozialer⁵¹ Beratung ist, während in der Literatur zur Sozialen Arbeit in Krankenhäusern von Sozialer Beratung⁵² gesprochen wird. In dieser Arbeit liegt der Fokus dementsprechend auf der Sozialen Beratung. Wie bereits in Kapitel 2 angedeutet, stellt die Sozialarbeit im Krankenhaus nur ein Teilsegment der klinischen Sozialarbeit dar. Einerseits ähneln sich somit institutionelle Settings und Tätigkeitsbereiche, andererseits gibt es Unterschiede. Eine kurze Beschreibung psycho-sozialer Beratung von Pauls⁵³ soll deshalb angebracht werden:

„Als dialogischer Interaktionsprozess mit Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Handlungshilfe fußt psychosoziale Beratung in der klini-

⁴⁷ vgl. Kraus 2011, S. 780 f.

⁴⁸ vgl. Ansen et al. 2004, S. 61.

⁴⁹ vgl. Kraus 2011, S. 781.

⁵⁰ vgl. Geißler-Piltz et al. 2005, S. 107 ff.

⁵¹ vgl. Pauls 2013, S. 255 ff.

⁵² vgl. Ansen et al. 2004, S. 61 ff.

⁵³ Pauls 2013, S. 255.

schen Sozialarbeit auf der Perspektive der Hilfe bei sozialen und psychischen Krisen, bei Orientierungs- und Handlungsdefiziten, Belastungen und Konflikten, oft im Zusammenhang mit schweren gesundheitlichen Problemen.“

Die Intention der Sozialen Beratung ist die Verbesserung der sozialen Teilhabe und die Ermöglichung einer eigenständigen Gestaltung des Lebens.⁵⁴ Um diesem Ziel näher zu kommen, muss der Sozialarbeiter mithilfe der Sozialen Beratung den Betroffenen bei der Bewältigung problematischer Lebensumstände zur Seite stehen. Dabei können Bereiche der sozialen Sicherung, der sozialen Unterstützung und der persönlichen Befähigung betroffen sein. Im Zentrum der Diagnostik und der Interventionen des S.i.K. stehen durch die Krankheit verursachte Folgen in den zuvor genannten Bereichen.⁵⁵ Während der stationären Behandlung ist es demnach wie schon in 2.2 angedeutet, unmöglich eine Schuldnerberatung oder eine Suchttherapie durchzuführen, so Ansen⁵⁶. Diese oder ähnliche beratungsrelevanten Themen sollten an andere Einrichtungen weitergegeben werden, um nach dem Krankenhausaufenthalt erörtert zu werden. Ansen, Gödecker-Geenen und Nau⁵⁷ weisen darauf hin, dass der Beratungserfolg neben den eingebrachten Inhalten und Gesprächstechniken auch davon abhängt, ob der Patient Bereitschaft signalisiert, sich auf die Beratung einzulassen und mitzuarbeiten. Um diese Haltung zu begünstigen, empfehlen die Autoren eine Arbeitsbeziehung, die durch eine haltgewährende Zuwendung charakterisiert ist. Sie beinhaltet eine einerseits neutrale Haltung, andererseits besteht auf Seiten des Sozialarbeiters Interesse und Engagement für den Patienten, der gleichzeitig Stützung, Förderung und Ermutigung erfährt. Eine Krankheit mit ihren unberechenbaren Auswirkungen kann Schwankungen in der Lebenssituation eines Menschen hervorrufen. In der Beratung ist es demzufolge wichtig, immer wieder einen Zugang zum Ratsuchenden zu finden.⁵⁸

Zu Beginn der Beratung wird die Lebenssituation mit den sich darin befindlichen sozialen Schwierigkeiten erfasst. Zur Unterstützung der Problemerkennung lassen sich die drei eben genannten Themenbereiche aufsplitten. Einerseits können

⁵⁴ vgl. Ansen et al. 2004, S. 61 f.

⁵⁵ vgl. Ansen 2010, S. 142.

⁵⁶ ebd., 2001, S. 64 f.

⁵⁷ vgl. Ansen et al. 2004, S. 62 f.

⁵⁸ vgl. Ansen 2001, S. 66.

Probleme in der Sozialen Sicherung bestehen, zu der die Bereiche Einkommen, Wohnen oder Soziale und pflegerische Dienstleistungen gehören. Außerdem kann Soziale Unterstützung benötigt werden. Diese kann Themen wie Selbsthilfegruppen, Angehörigenarbeit oder persönliche soziale Netze umfassen.⁵⁹ Schließlich führt Ansen⁶⁰ den Bereich Persönliche Unterstützung auf, der die Krankheitsbewältigung, Motivationsförderung oder Befähigung allgemein beinhalten kann. Schon während der Problemerkennung hebt der Berater gegenwärtige und relevante Ressourcen hervor. Gleichzeitig sollten aber Defizite berücksichtigt werden und der Betroffene durchgängig beteiligt sein. Während des Prozesses spielen Fragen eine wesentliche Rolle. Es bietet sich an offene, direkte, reflektierende, bilanzierende und biografische Fragen stimmig zu verknüpfen.⁶¹ Wenn die Probleme gemeinsam festgestellt wurden, folgt die Ermittlung von Lösungsoptionen und die Vereinbarung von Zielen. Diese sollen daraufhin durch bestimmte Interventionen möglichst realisiert werden. Ansen⁶² nennt drei Formen von Interventionen. Das kann einerseits die Weitergabe von Informationen an den Patienten sein, außerdem die gemeinsame Reflexion seiner Schwierigkeiten und schließlich eine logische Ressourcenerschließung. Wenn z.B. Informationen gegeben werden, muss die Gedankenwelt des Patienten vor allem in seiner aktuellen Situation und Verfassung berücksichtigt werden. Es wäre unpassend bspw. jede offensichtlich zum Thema gehörige Broschüre an jeden Patienten auszuhändigen. Dadurch können Unsicherheiten und Ängste entstehen, die man im Gespräch durch individuell angepasste Formulierungen umgehen kann. An den Interventionen können interne Kooperationspartner des Krankenhauses, Angehörige, gegebenenfalls Leistungsträger, ambulante und stationäre Institutionen der Pflege, Altenhilfe oder Rehabilitation beteiligt werden. In diesem Zusammenhang weist Ansen⁶³ auf die koordinierende Aufgabe des Sozialdienstes hin. Maßnahmen zur Sicherung der Existenzgrundlagen und der Versorgung sowie

⁵⁹ vgl. Ansen et al. 2004, S. 62 f.

⁶⁰ vgl. Ansen 2010, S. 142 f.

⁶¹ vgl. Ansen et al. 2004, S. 68 f.

⁶² vgl. Ansen 2001, S. 67.

⁶³ ebd., 2010, S. 143.

die Förderung der persönlichen Fähigkeiten, die zur Handhabung der Krankheitsfolgen hilfreich sind, gehören zu den Interventionen der Sozialen Beratung.⁶⁴ Ansen⁶⁵ beschreibt mögliche Interventionen in der Sozialen Beratung und Unterstützung entlang der drei Themenbereiche und ihren Unterpunkten, die schon während der Problemerkennung hilfreich sind. Gerade ältere Patienten mit oft komplexen Problemen haben einen vielschichtigen Bedarf an Unterstützungsleistungen der Sozialen Arbeit, die untereinander abgestimmt werden müssen. Liegen komplexe Problemlagen vor, stellt Case Management eine geeignete Vorgehensweise dar.⁶⁶

4.2 Case Management

Der Wandel in den Versorgungsstrukturen, die Zunahme chronischer Erkrankungen und die gegenwärtigen Herausforderungen im Krankenhauswesen erfordern von der Sozialen Arbeit im Krankenhaus Teile des Case-Managements zu nutzen. Die Soziale Beratung ist im Zuge dieser Entwicklungen nicht in allen Fällen ausreichend.⁶⁷ Deshalb wird das Case-Management in dem folgenden Abschnitt kurz vorgestellt und auf seine Bedeutung im Gesundheitswesen eingegangen.

4.2.1 Case Management allgemein

„Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. [...] Aufgabe ist es, ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ausgerichtet ist und an deren Herstellung die betroffene Person konkret beteiligt wird.“⁶⁸

⁶⁴ vgl. Ansen et al. 2004, S. 69.

⁶⁵ vgl. Ansen 2010, S. 144.

⁶⁶ vgl. Kraus 2011, S. 781.

⁶⁷ vgl. Ansen et al. 2004, S. 78 ff.

⁶⁸ vgl. DGCC (Internetquelle)

Das sog. Case Management (C.M.) entwickelte sich in den 1970er Jahren in den USA aus dem ursprünglichen Case Work Ansatz, einer klinischen (Einzel-)Fallarbeit. Die Entwicklung von der ursprünglichen stationären Psychiatrie hin zu einer gemeindenahen Psychiatrie (Community Care), auch Enthospitalisierung oder Deinstitutionalisierung genannt, führte zur Nachfrage und zum Aufbau von nachsorgenden Hilfen und ambulanten Betreuungsangeboten für psychisch kranke Menschen. Dadurch zergliederte und sektorisierte sich der soziale Dienstleistungsbereich. Die Entstehung eines C.M. wurde aus diesen Gründen begünstigt bzw. erforderlich.⁶⁹ Neben Menschen mit psychischen Erkrankungen wurde auch ein Großteil der Menschen mit geistigen Behinderungen und Pflegebedarf in den USA und anderen Ländern von der stationären Unterbringung in Anstalten und Heimen in ambulante gemeindenahe Angebote integriert. Durch die anfangs fehlenden Angebote wurden diese Ereignisse eher als Abschiebung betrachtet. Es wurde erkannt, dass eine Isolation in Heimen die Patienten lebensunfähig machte, hohe Kosten verursachte und generell der Schaden höher als der Nutzen war. Die währenddessen entstandenen Hilfeangebote existierten unübersichtlich und unkoordiniert. C.M. sollte ein weiterer Dienst für hilfebedürftige Menschen sein, der ihnen Zugang zu passenden Angeboten verschaffen und diese koordinieren sollte.⁷⁰ Auf die Förderung der Fähigkeiten der Klientel, die zur selbstbestimmten Lebensweise beitragen, zielt C.M. ab. Außerdem sollen persönliche und im Umfeld befindliche Ressourcen verbunden werden und während des professionellen Unterstützungsvorgangs maximale Effektivität und Effizienz erlangt werden.⁷¹ In diesem Zusammenhang bemerken Kleve et al.⁷², dass sich der deutsche Sozialstaat im Wandel befindet. Da die Soziale Arbeit in staatlichen Programmen und rechtlichen Regelungen verankert ist, verändert sie sich mit dem Wandel. Demnach hat die Ökonomisierung in der Sozialarbeit seit einigen Jahren an Bedeutung gewonnen. Effektivität und Effizienz bestimmen die Ausrichtung sozialarbeiterischer Vorgänge mit. Damit wird angestrebt, unter geringem Aufwand den gleichen oder höheren Nutzen und eine nachhaltige Wirkung zu erlangen. Während jedes Hilfeprozesses besteht die Gefahr der Abhängigkeit

⁶⁹ vgl. Neuffer 2011, S. 147 f.

⁷⁰ vgl. Wendt 2010, S. 17.

⁷¹ vgl. Neuffer 2011, S. 147 f.

⁷² vgl. Kleve et al. 2010, S. 21.

vom Hilfesystem. Um diesen Umstand zu vermeiden, muss das C.M. auf intensive Selbsthilfeorientierung bestehen, Zeit und Personal überlegt einsetzen und die diversen fallbezogenen Hilfen koordinieren.

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) entwickelt allgemeine Standards für C.M. Dies geschieht mithilfe von Bestimmungen für ein zertifiziertes Weiterbildungsgeschehen und Angeboten der Praxisqualifizierung im Rahmen von Veranstaltungen und Veröffentlichungen.

Nach dieser allgemeinen Einführung in das Thema Case Management, wird im folgenden Abschnitt auf dessen Bedeutung für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in Krankenhäusern eingegangen.

4.2.2 Case Management im Krankenhaus

Case Management ist ein Handlungsansatz, der allerdings nicht als eigenständige Profession bestehen kann, da eine ausreichende Fundierung fehle, so Dettmers.⁷³ Er kritisiert, dass im Krankenhausbereich der Begriff C.M. lediglich in Verbindung mit Entlassungsmanagement gebraucht werde und in der Praxis die Begriffe Disease-Management, Care und Case Management nicht klar genug voneinander abgegrenzt werden. Da viele Einrichtungen im Gesundheitswesen C.M. in ihr Konzept aufnehmen und u.a. damit werben, befürchtet Dettmers eine Tendenz hin zur Systemorientierung und somit weiter davon weg, die Bedarfe der Betroffenen zu berücksichtigen. Ansen et al.⁷⁴ machen ebenfalls auf den Unterschied zwischen einem systemorientierten C.M. und einer sog. kundenorientierten Variante, welche an den Bedarfen der Patienten ausgerichtet ist, aufmerksam.

Tritt eine bedeutsame Erkrankung auf, müssen sich die Betroffenen mit einem für sie unüberschaubaren Gefüge von diversen Leistungsangeboten auseinandersetzen. Für sie ist es sehr wichtig bestenfalls von einer Person kontinuierlich beraten und begleitet zu werden. Somit kann die Chance erhöht werden, ihre Wünsche und Ansprüche zu berücksichtigen.⁷⁵ In Bezug darauf soll auf Wendt⁷⁶ verwiesen werden, der die Frage aufgreift, wer ein Case Manager sei. Er beschreibt, dass, dort wo ein C.M. eingesetzt wird, die berufliche Zuordnung und

⁷³ vgl. Dettmers 2010, S. 282.

⁷⁴ vgl. Ansen et al. 2004, S. 83.

⁷⁵ vgl. Menzel 2010, S. 262.

⁷⁶ vgl. Wendt 2010, S. 179.

Position nicht eindeutig erkennbar sei. Diverse Einsatzbereiche, gesetzliche Bestimmungen und landesweite Modelle im Sozial- und Gesundheitswesen würden zu unterschiedlichen personalpolitischen Gegebenheiten beitragen. Dettmers⁷⁷ weist darauf hin, dass sich C.M. ursprünglich in einem Bereich entwickelte, in dem die Soziale Arbeit aktiv ist. Durch die schnelle und erfolgreiche Entfaltung von C.M. im Gesundheitswesen haben andere Berufsgruppen diesen Ansatz ebenfalls für sich entdeckt. Die Praxis distanzierte sich während des Aufkommens von theoretischen Gedanken. Allerdings plädiert Dettmers dafür, dass sich die Sozialarbeit nicht desinteressiert an diesen Entwicklungen anpassen müsse, sondern diesen Ansatz im jeweiligen Bereich kritisch betrachten und ihn adaptieren solle.

Menzel⁷⁸ erwähnt, dass C.M. durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens an Bedeutung gewinne. Die in 4.2.1 erwähnten Merkmale Effektivität und Effizienz tragen dazu bei. Für Kliniken ist bedeutsam, dass sie seit 2007 durch eine Erweiterung des § 11 SGB V gesetzlich verpflichtet sind, ein Versorgungsmanagement für die Patienten sicherzustellen. Dadurch, dass nun Aufnahme und Entlassung aus ökonomischer Perspektive bestmöglich gesteuert werden sollen und parallel dazu eine angemessene nachstationäre Versorgung gewährleistet werden muss, bietet sich ein C.M. an.

Um C.M. in Kliniken fachgemäß einzusetzen, muss eine genaue Indikation vorliegen. Ansen et al.⁷⁹ sind der Meinung, dass je nach Fall Soziale Beratung oder C.M. vom Sozialdienst angeboten werden müssen und ein C.M. bei komplexem Bedarf erforderlich sei. In diesem Zusammenhang führt Menzel⁸⁰ an, dass obwohl die Sozialarbeit schon seit etwa 100 Jahren diese Aufgaben erledigt, sehr viele Kliniken dafür extra Case Manager einsetzen oder ihre Mitarbeiter weiterbilden lassen. Ansen et al.⁸¹ weisen ergänzend darauf hin, dass in einer Studie von Schwaiberger über Case-Management im Krankenhaus die Sozialarbeit nicht erwähnt wird. Hauptsächlich würde C.M. in Kliniken auf die Koordinierung der Patientenversorgung bezogen werden, während die Vernetzung mit den Res-

⁷⁷ vgl. Dettmers 2010, S. 282.

⁷⁸ vgl. Menzel 2010, S. 259.

⁷⁹ vgl. Ansen et al. 2004, S. 77.

⁸⁰ vgl. Menzel 2010, S. 259.

⁸¹ vgl. Ansen et al. 2004, S. 81 f.

sources im Umfeld des Patienten außer Acht gelassen werde und Ärzte und Pflegepersonal im Mittelpunkt ständen. Pauls⁸², der die gesamte klinische Sozialarbeit betrachtet, beschreibt, dass der klinische Sozialarbeiter den Klienten bei der Organisation seiner Kontakte mit anderen Spezialisten und Einrichtungen sowie deren Kooperation unterstützt. Außerdem hilft er dabei alltägliche Schwierigkeiten, die den Umgang mit Beteiligten des sozialen Netzwerkes betreffen, zu bewältigen. Aus dieser Perspektive betrachtet, kann der klinische Case-Manager als Koordinator der unterschiedlichen Systeme, als Vermittler von Dienstleistungen und als Berater im Lebensfeld mit charakterisierenden Systemkompetenzen bezeichnet werden. In Bezug auf Akutkrankenhäuser bestehen allerdings gewisse strukturelle Grenzen, die die Entfaltung eines umfassenden C.M. beschränken. Spricht man ungeachtet dessen von C.M., so ist ein medizinisch-soziales C.M. besonders geeignet. Es fasst formelle sowie informelle Ressourcen und den aktuellen Bedarf des Patienten auf.⁸³ Ansen et al. nehmen Bezug auf Remmel-Faßbender.⁸⁴ Sie merkt an, dass bei genauerer Überprüfung der Anwendung von C.M. in Sozialdiensten, nur eine Art Lotsenfunktion für weitere Maßnahmen innerhalb und außerhalb der stationären Behandlung eingenommen werde bzw. werden könne. Im Allgemeinen endet der Prozess durch die Entlassung des Patienten jedoch während der ersten Phasen eines C.M. Weiterhin stellt sie fest, dass bei einer Wiederaufnahme des Patienten der Vorgang erneut beginnt und dadurch viel Zeit in Anspruch nimmt. Durch die Zuständigkeitsbegrenzungen im Krankenhaus sei eine weitere Begleitung der Maßnahmen, eine Kontrolle oder eine Auswertung nicht möglich. Trotzdem sind Ansen et al.⁸⁵ der Ansicht, dass, wenngleich nicht alle Schritte detailliert umsetzbar seien, dieses Konzept den Methodenbestand der Sozialen Arbeit im Krankenhaus verbessere. Remmel-Faßbender⁸⁶ stimmt dem insofern zu, dass sie sagt, die Lotsenfunktion laufe systematisch ab und sei dadurch besser gesteuert. Im Vergleich dazu erläutert Menzel⁸⁷ verschiedene Funktionen, die der Sozialarbeiter als Case Manager im Krankenhaus übernimmt. Die Funktion des Gate-Keepers steuert demnach den Zugang zu externen Systemen der Versorgung im Hinblick auf eine

⁸² vgl. Pauls 2013, S. 316.

⁸³ vgl. Ansen et al. 2004, S. 82.

⁸⁴ vgl. Remmel-Faßbender 2003 zit. n. Ansen et al. 2004, S. 82.

⁸⁵ vgl. Ansen et al. 2004, S. 82.

⁸⁶ vgl. Remmel-Faßbender 2003 zit. n. Ansen et al. 2004, S. 82.

⁸⁷ vgl. Menzel 2010, S. 262.

zeitnahe Entlassung. Indem Betroffene individuell und neutral beraten, informiert und die erforderlichen Hilfen koordiniert werden, funktioniert er als Support und als Broker. Die Bedürfnisse und Interessen des Patienten stehen im Mittelpunkt und müssen u.U. und sofern sie realistisch sind, vom Sozialarbeiter vertreten werden bzw. muss der Patient bei ihrer Durchsetzung Unterstützung erfahren. Diese anwaltliche Funktion, auch *advocacy* genannt, stellt nach Menzel einen wichtigen Punkt in der Arbeit des Kliniksozialdienstes dar. Außerdem beschreibt sie Phasen des Case-Managements, die für die Sozialarbeit im Krankenhaus bedeutsam sind. Dazu gehören Intake, Assessment, Service Planning, Linking, Kontrollierte Durchführung der Intervention und Evaluation. Letzteres ist in diesem Rahmen allerdings schwierig durchzuführen. In Kliniken werden zwar vermehrt Patientenfragebögen verteilt, jedoch ist die Sozialarbeit darin bisher oftmals nicht erfasst. Dass die Gespräche mit bzw. der Kontakt zum Sozialdienst von Patienten in verschiedenster Weise als hilfreich empfunden werden, zeigt eine Evaluationsstudie von Layer und Mühlum aus dem Jahr 2001.⁸⁸

Die DVSG⁸⁹ betrachtet ein sog. soziales Case Management als erforderlich. Es solle grenzüberschreitend angelegt und effektiv sein. Soziale Arbeit verfüge demnach über die dafür notwendige Haltung, Kompetenz und das nötige Wissen, um diese Anforderungen in Kooperation mit ärztlichen und pflegerischen Fachkräften zu realisieren.

Schließlich lässt sich feststellen, dass die Meinungen sich einerseits unterscheiden, andererseits teilweise konform gehen. Ansen et al.⁹⁰ fassen zusammen, dass diverse Varianten des C.M. bestehen und soziale, pflegerische oder administrative Aspekte je nach Herkunft und Arbeitsfeld unterschiedlich ins Gewicht fallen.

⁸⁸ vgl. Layer/Mühlum 2003, S. 33 ff.

⁸⁹ vgl. DVSG (b), S. 12. (Internetquelle)

⁹⁰ vgl. Ansen et al. 2004, S. 81.

5 Ältere Patienten im Hinblick auf Beratungs- und Betreuungsbedarf

Alter wird in unserer Bevölkerung oft mit Krankheit in Verbindung gebracht, die Zusammenhänge sind allerdings sehr komplex. Natürliche Alterungsprozesse beeinflussen und begrenzen das Leben und laufen individuell ab. Alter bedeutet nicht gleichzeitig Krankheit, aber die Erkrankungswahrscheinlichkeit ist im höheren Alter größer.⁹¹ Im folgenden Abschnitt soll deshalb auf den Beratungs- und Betreuungsbedarf Älterer und die Anforderungen an den S.i.K. detaillierter eingegangen werden.

5.1 Besonderheiten bei älteren Patienten

Die demografische Struktur Deutschlands befindet sich durch die steigende Lebenserwartung und den Geburtenrückgang im Wandel. Folglich stellen sich unterstützende Leistungen, bspw. die der Sozialarbeit, auf den Bedarf der Bevölkerung ein. Das bedeutet, dass derzeit und zukünftig ein besonderes Augenmerk auf die Belange älterer Menschen gelegt wird und werden muss.⁹² Laut dem Statistischen Bundesamt betrug im Jahr 2012 der Anteil der Personen im Alter von 80 und älter 5,4 % an der Gesamtbevölkerung. Personen ab 60 Jahre nehmen über ein Viertel der Einwohnerzahl Deutschlands ein.⁹³

In Deutschland ist die durchschnittliche Lebenserwartung durch den Einfluss diverser Faktoren höher denn je. Parallel dazu ist mittlerweile auch das sogenannte Lebenszeitrisko, d.h. die Wahrscheinlichkeit, während des gesamten Lebens an einer bestimmten Störung zu erkranken, vergleichsweise groß. Während die Menschen früher schneller durch einzelne Krankheiten starben, enden die meisten Erkrankungen heutzutage durch die weiterentwickelte medizinische Versorgung nicht unmittelbar tödlich. Allerdings treten oftmals, vor allem in den höheren Lebensjahren, Mehrfacherkrankungen auf. Diese können voneinander unabhängig zu Tage treten oder sich wechselseitig beeinflussen. Auf jeden Fall wirken sie sich belastend oder beeinträchtigend auf die betroffene Person und ihr Umfeld

⁹¹ vgl. Ansen 2010, S. 140 f.

⁹² vgl. Ansen et al. 2004, S. 41.

⁹³ vgl. Statistisches Bundesamt 2014 (Internetquelle)

aus.⁹⁴ Die Statistiken des Deutschen Zentrums für Altersfragen zeigen, dass die Anzahl der vollstationär behandelten Patienten mit zunehmendem Alter steigt. 2011 wurden in der Altersgruppe 70 bis 75 die meisten Patienten, mit mehr als 2 Millionen Fällen, vollstationär behandelt. In der Altersklasse 70 bis 75 wurden im Jahr 2011 40% mehr Fälle behandelt, als im Jahr 2004. Die Zahl der Behandlungen der Patienten im Alter zwischen 85 und 90 stieg von 2004 auf 2011 um fast 100 %.⁹⁵

Ein geriatrischer Patient leide beispielsweise an 5 bis 15 relevanten Krankheiten gleichzeitig, so Hien, Pilgrim und Neubart.⁹⁶ Davon seien nur wenige wirklich heilbar. Gerade deshalb sei es wichtig, dass man jeden Betroffenen als individuellen Fall betrachtet, seine persönlichen Wünsche berücksichtigt und alle potentiellen Ressourcen nutzt. Diese sind z.B. in der möglichen Verbesserung der Selbstständigkeit des Patienten oder im Umfeld zu finden. Auf diesem Wege bestehe die Chance, die Lebensqualität in den letzten Lebensjahren entscheidend zu verbessern.

Laut dem Deutschen Zentrum für Altersfragen hatten 2008 fast 53 % der über 70-Jährigen Bluthochdruck. Fast die Hälfte dieser Bevölkerungsgruppe leidet unter Arthrose an den Knie- oder Hüftgelenken oder an der Wirbelsäule. Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankungen wie Arthritis oder Rheuma treten bei fast einem Viertel der über 70-Jährigen auf. Andere Beschwerden wie bspw. Krebserkrankungen, Durchblutungsstörungen, Diabetes oder Osteoporose treten jeweils mit einer Wahrscheinlichkeit von zwischen 10 % und 20 % auf. Ebenfalls verdeutlicht diese Studie, dass chronische Beschwerden und Multimorbidität in diesen Lebensjahren nicht selten sind.⁹⁷

Oftmals sind zusätzlich die sozialen Netzwerke der älteren Patienten nicht entsprechend ausgebaut, weil sie z.B. alleine leben und Angehörige sie aufgrund von Berufstätigkeit oder großer Entfernung nicht ausreichend unterstützen können.⁹⁸ Ein Ausschnitt aus einer Erhebung des statistischen Bundesamtes soll die Situation verdeutlichen. Im Jahr 2011 wurden Informationen zum Thema Ältere Menschen in Deutschland und der EU veröffentlicht. Die Ergebnisse für Deutsch-

⁹⁴ vgl. Pohlmann 2011, S. 28.

⁹⁵ vgl. Gerostat (Internetquelle)

⁹⁶ vgl. Hien et al. 2013, S. 4.

⁹⁷ vgl. Gerostat (Internetquelle)

⁹⁸ vgl. Thierau 1997 z. n. Schilling 2003, S. 14.

land zeigen, dass 2008 rund 42 % aller Großeltern einmal pro Woche oder häufiger in irgendeiner Weise Kontakt mit den Enkelkindern ab 16 Jahren hatten, ca. 31 % mindestens einmal pro Monat. Rund ein Viertel der Großeltern hatte hingegen selten oder gar keinen Kontakt.⁹⁹

Bezüglich der Empfehlungen zu Anhaltzahlen für den Sozialdienst, deutet die DVSG darauf hin, dass Patienten bestimmter Fachbereiche wie Onkologie, Neurologie und Geriatrie im Allgemeinen einen höheren Bedarf an Beratungsleistungen durch die Sozialarbeit haben, als in der sog. Grund- und Regelversorgung (siehe 2.3). Empfohlen werden auf diesen Stationen 400 bis 500 Fälle pro Vollzeitstelle. Themen, die den Beratungsbedarf und den Aufwand erhöhen, sind laut DVSG bspw. Krankheitsverarbeitung, Angehörigenberatung, soziale und wirtschaftliche Sicherung, nachstationäre Versorgung und medizinische Rehabilitation.¹⁰⁰

5.2 Vorstellung des Fallbeispiels

Die Thematik des Fallbeispiels stammt aus der Praxis und wird in dieser Arbeit anonymisiert vorgestellt. Die dazugehörigen Angaben basieren auf persönlichen Erlebnissen in einer Klinik. Die angegebenen Informationen wurden durch Absprachen mit den dort tätigen Diplom-Sozialarbeiterinnen des Sozialdienstes abgestimmt.

Frau P., geboren 1940, bekam vor einigen Jahren eine Hüftendoprothese der rechten Seite in einer orthopädischen Klinik mit angeschlossener Rehabilitationsklinik (Klinik A). Ihr Körper nahm die Prothese gut an. Die Patientin lebt allein in einer Drei-Zimmer-Wohnung der zweiten Etage eines Altbaus ohne Aufzug in einer Kleinstadt in der Nähe von Berlin. Sie ist verwitwet und hat einen Sohn. Anfang Juli 2013 wurde sie in der gleichen Klinik an der Wirbelsäule operiert. Während der darauffolgenden Anschlussheilbehandlung in einer Rehabilitationsklinik (Klinik B) verschlechterte sich ihr Allgemeinzustand, sodass sie am 23.08.2013 als Notfall wieder in Klinik A eingeliefert werden musste. Der Verdacht auf eine septische Lockerung der Hüftendoprothese bestätigte sich. Die Ärzte mussten das Implantat operativ entfernen und setzten einen mit Antibiotikum durchsetzten

⁹⁹ vgl. Statistisches Bundesamt 2011, S. 39. (Internetquelle)

¹⁰⁰ vgl. DVSG (b), S. 14 f. (Internetquelle)

Hüftspacer ein (sog. Girdlestone-Situation). Nach diesem Eingriff erholte sich die Patientin nicht so schnell, wie nach den anderen Operationen. Nach komplizierten Behandlungen, z.B. die Entfernung eines Hüftgelenkes wie bei Frau P., darf das betroffene Bein nicht belastet werden. Das bedeutet auch, dass dieser Eingriff vorläufig keine Indikation für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation darstellt. Frühestens acht Wochen nach der Operation kann ein Termin mit dem behandelnden Arzt vereinbart werden, bei dem geprüft wird, ob die Entzündungswerte wieder im Normbereich liegen. Wenn die Ärzte ihr Einverständnis geben, kann eine Reimplantation erfolgen. Die Pat. P. blieb bis zum 09.10.2013 in Klinik A, an dem sie auf die akutgeriatrische Station eines Klinikums in einer anderen Stadt verlegt wurde (Klinik C). Mehrere erforderliche Wundrevisionen verzögerten eine Entlassung aus Klinik A. Schon in Klinik A wurde mit der zuständigen Sozialarbeiterin überlegt, wie die vorübergehende Pflegebedürftigkeit am besten überwunden werden könne. Die Schwiegertochter hätte Zeit gehabt und wäre bereit gewesen die Pflege für diesen Zeitraum zu übernehmen. Allerdings lehnte die Patientin P. diese Möglichkeit ab, da es ihr sehr unangenehm wäre, vor allem körperliche Pflege von der Schwiegertochter anzunehmen. Im Anschluss an die Geriatrie nimmt sie acht Wochen lang eine Kurzzeitpflege mit Verhinderungspflege in Anspruch. Währenddessen erfolgte die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Darauffolgend wurde die Pflegestufe I bewilligt. Der Betrag der fälligen Zuzahlungen, die Frau P. für die Kurzzeitpflege leisten musste, ist für einen Zeitraum von acht Wochen sehr hoch. Am 13.01.2014 kam Frau P. zur Sprechstunde in Klinik A. Die Entzündungswerte lagen im Normbereich. Demnach konnte sie eine Woche später zur Reimplantation aufgenommen werden. Die Operation verlief positiv, sodass Frau P. direkt eine Anschlussheilbehandlung (AHB) in einer Rehabilitationsklinik (Klinik D) anschließen konnte. Dementsprechend war sie seit der unterbrochenen Anschlussheilbehandlung der Wirbelsäule im August bis zur Entlassung aus Klinik D nicht mehr zu Hause.

5.3 Besonderheiten des Fallbeispiels

Es soll nun kurz erläutert werden, welche Komplikationen die Situation der Frau P. bergen kann. Eine Operation unter Vollnarkose (z.B. Implantation einer Hüfttotalendoprothese (H-TEP)) kann bestimmte Risiken wie postoperative Blutungen, Infarkte, Schlaganfälle oder eine venöse Thromboembolie beinhalten, an der ca. 1,3 % der Patienten innerhalb eines Viertel Jahres nach der Operation erkranken. Zwar ist die postoperative Mortalitätsrate in den letzten Jahren gesunken, nicht jedoch die Häufigkeit der zuvor genannten Gefahren.¹⁰¹ Die septische H-TEP Lockerung der Patientin P. wurde mit einer erneuten Operation, dem H-TEP-Ausbau behandelt. Eine Lockerung der Prothese kann entweder nach der durchschnittlichen Standzeit von etwa 15 Jahren aufgrund von Abnutzung auftreten oder wie bei Frau P. schon früher durch die Infektion der Prothese.¹⁰² Eine Sepsis kann nach Verletzungen, Infektionen oder chirurgischen Eingriffen auftreten und stellt eine systemische Reaktion des Organismus auf eine unkontrollierte Infektion dar. Jährlich treten in Deutschland ca. 154.000 neue Sepsisfälle auf, täglich sterben daran etwa 150 Patienten.¹⁰³ Dadurch, dass die Anzahl der Erstimplantationen von künstlichen Hüftgelenken stetig zunimmt, steigt auch die Zahl der Wechseloperationen, die derzeit in Deutschland jährlich ungefähr 22.000 beträgt. Die privaten und gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten von ca. 10.000 € pro Operation und stationärer Behandlung.¹⁰⁴ Wechseloperationen werden ein- oder zweizeitig durchgeführt. Die Entscheidung orientiert sich am allgemeinen Zustand des Patienten, am Zeitpunkt der Infektmanifestation, an der Resistenzlage des Bakteriums und an dem Lokalbefund, der die Ausdehnung der Weichteil- und Knocheninfektion anzeigt. In den meisten Fällen wird zweizeitig wie bei Pat. P. operiert. Das bedeutet, dass in einer ersten Operation die Prothese entfernt, die Wunde gereinigt und ein Platzhalter, der sog. Spacer, implantiert wird. Nach einem gewissen Zeitraum erfolgt durch eine zweite Operation der Einsatz eines künstlichen Hüftgelenkes, sofern die Entzündungswerte im Normbereich liegen.¹⁰⁵

¹⁰¹ vgl. Springer Medizin (Internetquelle)

¹⁰² vgl. Operation.de (Internetquelle)

¹⁰³ vgl. CSCC Universitätsklinikum Jena (Internetquelle)

¹⁰⁴ vgl. Operation.de (Internetquelle)

¹⁰⁵ vgl. UKGM (Internetquelle)

5.4 Vorgehen des Sozialdienstes

Anhand diverser Literatur zum Thema Sozialarbeit im Krankenhaus wird das allgemeine Vorgehen des S.i.K. in dem folgenden Textteil dargestellt. Währenddessen wird auf die Situation des Fallbeispiels eingegangen, um die theoretischen Fakten praktisch zu ergänzen.

5.4.1 Erstgespräch, Problemerkfassung und Interventionen

Der S.i.K. wird auf Anfrage oder durch einen Hinweis auf eine problematische Situation aktiv. Das kann durch einen Patienten selbst, Angehörige, Bekannte, Ärzte, kooperierende Einrichtungen, Pflegende, Therapeuten oder andere Mitarbeiter des Krankenhauses geschehen.¹⁰⁶ In Bezug auf das Fallbeispiel sucht der Sozialdienst der Klinik A fast jeden Patienten selbstständig auf. Die Behandlungen der orthopädischen Stationen in der Klinik stellen überwiegend Indikationen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dar. Somit werden die Patienten nach der Operation zu diesem und anderen Themen vom Sozialdienst beraten und bei der Antragstellung unterstützt. Wie in 5.2 erwähnt, wird bei einer Gelenkentfernung vorläufig keine AHB beantragt. Im Fall von Pat. P. muss für die Zeit nach der Entlassung die häusliche Situation und die damit verbundene Versorgung abgesichert werden.

Im ersten Gespräch wird eine Beziehung zum Ratsuchenden hergestellt und das vorhandene Problem vorläufig bestimmt. Aufgrund des Krankenhaussettings und des kurzen Kontaktes, kann es vorkommen, dass anfangs unerkannte Probleme erst in weiteren Gesprächen zu Tage treten. Da Krankenhausbehandlungen meistens nur einen begrenzten zeitlichen Rahmen bieten, ist es von Anfang an wichtig, dass eine günstige Gesprächsatmosphäre entsteht. Diese kann der Berater vor allem durch empathisches Vorgehen positiv beeinflussen.¹⁰⁷ Die Sozialarbeiterin suchte Frau P. am fünften postoperativen Tag auf. Bei unkomplizierten Erstimplantationen sucht der Sozialdienst die Patienten oft schon am ersten postoperativen Tag auf, weil der Krankenhausaufenthalt nur wenige Tage beträgt und ein AHB-Antrag frühzeitig gestellt werden muss. Die Liegezeit bei Wechselloperationen ist grundsätzlich etwas länger. Die Sozialarbeiterin und Frau P.

¹⁰⁶ vgl. Menzel 2010, S. 263.

¹⁰⁷ vgl. Ansen et al. 2004, S. 67 f.

kannten sich schon von den früheren Klinikaufenthalten. Der Sozialarbeiterin war bewusst, dass Frau P. kurz vor der Operation über den Eingriff informiert wurde und nicht gut darauf zu sprechen sein würde. Sie wusste, dass Frau P. vor der Einlieferung eine körperlich leistungsfähige und sehr selbstständige Frau war. Der erste Kontakt stellte demnach für beide keine völlig fremde Situation dar und die Sozialarbeiterin konnte ungefähr ahnen, wie Frau P. gestimmt sein würde. Im ersten Dialog wurde ihre häusliche Situation, im Hinblick auf die unumgängliche Entlassung, besprochen. Auf die Mitarbeiterin des Sozialdienstes wirkte die Pat. P. gereizt und missmutig. Sie sagte, dass sie sich nicht vorstellen könne unter diesen Umständen nach Hause zu gehen, da es niemanden gäbe, der ihr dort helfen könne. Am liebsten wäre sie in der Klinik geblieben.

Eine der Tätigkeiten, die der Krankenhaussozialdienst in Abstimmung mit Betroffenen und beteiligten Berufsgruppen übernimmt, ist die Ermittlung der individuellen Ressourcen und des Bedarfes der Patienten.¹⁰⁸ Der Sozialarbeiter ergründet nach Ansen¹⁰⁹ gemeinsam mit dem Patienten, die durch die Krankheit hervorgerufenen persönlichen, sozialen oder materiellen Probleme. Daraufhin werden Lösungsmöglichkeiten ermittelt und abgewogen, Ziele abgesprochen und durch Interventionen eine Realisierung angestrebt. Um die Probleme der Betroffenen aufzunehmen, werden in der sozialen Beratung anschließende Lebensbereiche betrachtet. Es können körperliche Funktionseinschränkungen oder lebenspraktische Beeinträchtigungen auftreten, die die Selbstständigkeit einschränken. Mit Krankheit sind oftmals Einsamkeit, Rollenverlust oder Ausgrenzung verbunden, die den Patienten belasten. Durch die Entfernung des Hüftgelenkes hatte die Pat. P. plötzlich enorme körperlich Funktionseinschränkungen, die ihr einen großen Teil ihrer Selbstständigkeit nahmen. Zusätzlich ist es aus dem Krankenbett heraus schwierig, sich vorzustellen, wie eine praktische Umsetzung allein in der Häuslichkeit vonstattengehen kann. Aus diesem Grund sind viele Patienten erschrocken und beängstigt, wenn von der Zeit nach der Entlassung gesprochen werden muss. Die Angst vor Rollenverlust war bei Frau P. vermutlich von relativ großer Bedeutung. Sie stand bisher immer mitten im Leben und musste sich nun, zumindest vorübergehend, in Abhängigkeit begeben.

¹⁰⁸ vgl. Kraus 2011, S. 780 ff.

¹⁰⁹ vgl. Ansen 2001, S. 66 f.

Weitere Schwierigkeiten können in der Wohnraumversorgung oder in finanziellen Angelegenheiten liegen. Oftmals kann die berufliche Situation gefährdet sein und bestimmte Lebenspläne oder –ziele scheinen vorerst nicht mehr realisierbar. Die Problemerkennung beinhaltet nach Ansen¹¹⁰ vor allem bei älteren Patienten die drei Themen Soziale Sicherung, soziale Unterstützung und persönliche Unterstützung (siehe 4.1). Dazu führt er eine Übersicht an, die dem Anhang zu entnehmen ist. Schon während der Problemerkennung, hat der Sozialarbeiter mögliche Ressourcen oder Fähigkeiten des Patienten im Blick.¹¹¹

Im Vergleich zu üblichen akutstationären Fachbereichen ist in der Geriatrie das Geriatrische Assessment (GA) eine zentrale Komponente. Es wird als ein standardisierter, multidimensionaler und interdisziplinärer Vorgang definiert, der dazu dienen soll medizinische, funktionale und psychosoziale Schwierigkeiten und Defizite, aber auch vorhandene Ressourcen festzustellen. Daraufhin kann ein ausführlicher Therapie-, Rehabilitations- und Betreuungsplan erstellt werden. Ein multiprofessionelles geriatrisches Team, zusammengesetzt aus Ärzten, Pflegekräften, Ergo- und Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeitern u.a. ist dafür unerlässlich.¹¹² Frühwald und Gosch¹¹³ beschreiben einige gebräuchliche Tests, die Teil eines geriatrischen Assessment sind. Darunter befindet sich auch ein Sozialfragebogen, der soziale Risiken feststellen und die Planung von Therapie und Entlassung erleichtern soll. Sie verweisen auf den Test „Soziale Situation nach Nikolaus“ (SoS), der Fragen zu sozialen Kontakten, Unterstützung, Aktivitäten, ökonomischen Verhältnissen und zur Wohnsituation enthält. Die Maximalpunktzahl beträgt 25, bei einer Punktzahl unter 17 muss die soziale Gesamtsituation unbedingt geklärt werden. In der Praxis werden häufig, zusätzlich am SoS-Test angelehnte, individuelle Fragebögen ausgearbeitet. Ein beständig durchgeführtes geriatrisches Assessment in Verbindung mit nachfolgenden therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen im geriatrischen Team kann die Pflegebedürftigkeit, den Medikamentenverbrauch, die Erforderlichkeit einer stationären

¹¹⁰ vgl. Ansen 2010, S. 142 f.

¹¹¹ ebd., 2001, S. 66 f.

¹¹² vgl. Frühwald/Gosch 2008, S. 37 f.

¹¹³ ebd., S. 45 f.

Pflege, die Morbidität, aber auch die Mortalität von geriatrischen Patienten reduzieren.¹¹⁴ Dieser kleine Exkurs in den geriatrischen Bereich verdeutlicht die Unterschiede der medizinischen Bereiche, aber auch die Möglichkeiten in der Behandlung älterer Patienten.

Vor allem in der Beratung älterer Patienten stellt die Entlassungsplanung einen bedeutsamen Aspekt dar. Die unterschiedlichen Unterstützungs- und Versorgungsmöglichkeiten müssen abgewogen werden. Neben den medizinischen und pflegerischen Faktoren, müssen vor allem soziale Faktoren beachtet werden. Somit beeinflussen verschieden Kriterien, die in ihrer Gesamtheit betrachtet werden müssen, den Entscheidungsvorgang. Berücksichtigt werden sollte die Wohnsituation des älteren Menschen, die Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit, die Möglichkeit und Bereitschaft der Pflegeübernahme durch Angehörige, aber auch die Lebensgeschichte des Betroffenen. Außerdem spielt die ökonomische Situation eine Rolle, die Ziele und Wünsche des Patienten und die individuellen Bewältigungsstrategien der Person und seiner Familie und Freunde.¹¹⁵ Beim zweiten Termin erwähnte Frau P., dass sie möglicherweise vorübergehend bei ihrem Sohn wohnen könnte. Unterstützung bei der Pflege hätte die Schwiegertochter dann theoretisch leisten können. Diese potentielle Lösung lehnte Frau P. allerdings von Anfang an eindeutig ab. Eine Pflegeübernahme durch ihre Schwiegertochter konnte sie sich keinesfalls vorstellen.

Das Treffen der Entscheidung kann erschwert werden, wenn den Betroffenen und den Fachkräften gewisse Informationen fehlen und weil der vorhandene Zeitraum für die Entscheidung meistens sehr kurz ist.¹¹⁶ Die Gespräche zwischen Frau P. und dem Sozialdienst fanden während des fast siebenwöchigen Aufenthaltes in Klinik A nicht regelmäßig statt. Die durch Wundheilungsstörungen erforderlichen Wundrevisionen führten zu mehrmaligen Verschiebungen des Entlassungstermins. Als die Entscheidung zur Verlegung in die Klinik C für Geriatrie feststand, wurde die Kurzzeitpflege als Übergangslösung eigentlich nicht mehr in Betracht gezogen. Die Entscheidung für die Geriatrie wurde im multiprofessionellen Team gefunden. Dort könnte die Patientin Mobilitätsversuche unter Entlastung üben, um zu Hause weitgehend autark zu Recht zu kommen. Wenn die Pat.

¹¹⁴ ebd.

¹¹⁵ vgl. Schilling 2003, S. 33.

¹¹⁶ ebd.

P. anschließend in der Häuslichkeit einen ambulanten Pflegedienst oder einen Lebensmittel Lieferservice benötigt hätte, wären für sie mit oder ohne Bewilligung von Leistungen der Pflegeversicherung geringere Kosten entstanden. Doch in der geriatrischen Klinik fühlte sich Frau P. aufgrund der medizinischen Einschränkungen nicht in der Lage nach Hause zu gehen. Somit unterstützte sie der dort tätige Sozialdienst bei der Antragstellung auf Kurzzeitpflege.

Es werden gemeinsam realistische Ziele vereinbart, die nach Ansen et al.¹¹⁷ kurz-, mittel- und langfristig angelegt sind. Sind die Handlungsziele abgestimmt, erfolgt die Umsetzung durch diverse Interventionen. An der Umsetzung können Angehörige (siehe 5.4.3), interne Kooperationspartner im Krankenhaus und bei Bedarf Leistungsträger sowie Dienste und Einrichtungen der Altenpflege, Pflege und der Rehabilitation beteiligt werden. Dabei führt die Sozialarbeit eine überwiegend koordinierende Aufgabe aus.¹¹⁸ Im Fallbeispiel waren neben der Sozialarbeiterin und der Patientin weitere krankenhauserne Berufsguppen beteiligt. Mit einer Psychologin oder dem Seelsorger wollte die Patientin keinen Kontakt aufnehmen. Ihre Angehörigen waren indirekt beteiligt. Der Sozialdienst hatte mit ihnen keinen persönlichen Kontakt. Des Weiteren wirkten die Klinik C für Geriatrie und die Pflegeversicherung an der Umsetzung des nächsten Schrittes mit.

Ansen et al.¹¹⁹ unterteilen die möglichen Interventionen der Sozialen Beratung in Maßnahmen zur Sicherung der Existenzgrundlagen und der Versorgung und in Förderung der persönlichen Fähigkeiten, die zum hilfreichen Umgang mit den krankheitsbedingten Folgen beiträgt. Erstere sollen den Patienten bei der Erschließung von Sozialleistungen und der Organisation von Leistungen und Institutionen unterstützen. Hierbei kommen die Interventionen dem Case Management sehr nah. Ansen¹²⁰ weist darauf hin, dass krankheitsbedingte Versorgungsprobleme älterer Menschen sehr häufig bei hochaltrigen, alleinlebenden Frauen auftreten. Familiäre häusliche Unterstützung ist in diesen Fällen meistens nicht vorhanden, sodass ambulante oder stationäre Hilfeangebote organisiert werden müssen und deren Finanzierung abgeklärt werden muss.

¹¹⁷ vgl. Ansen et al. 2004, S. 69.

¹¹⁸ vgl. Ansen 2010, S. 143.

¹¹⁹ vgl. Ansen et al. 2004, S. 69 ff.

¹²⁰ vgl. Ansen 2010, S. 141.

Nicht immer reichen die Hilfen zur Sicherung der Existenzgrundlage und der Versorgung aus. Dann müssen persönliche Hilfen ergänzend zur Anwendung kommen, die der Krankheitsbewältigung dienen. Die gefühlsmäßigen, kognitiven und handlungsbezogenen Reaktionen der Patienten müssen oftmals angeregt werden, damit neue Handlungsoptionen geschaffen werden können und der Umgang mit der Krankheit nicht von Resignation geprägt ist.¹²¹ Genaue Informationen über die Krankheit sind dabei sehr wichtig, weil dadurch selbstständige Entscheidungen bezüglich der Behandlung sowie die Anpassung des Verhaltens an die krankheitsbedingten Anforderungen ermöglicht werden. Außerdem unterstützt eine Stärkung der Interaktionskompetenz des Patienten den Umgang mit seinen Angehörigen oder mit den Fachkräften des Hilfesystems.¹²²

Ansen¹²³ bezieht sich in erster Linie auf ältere Patienten und teilt die Interventionen in der Sozialen Beratung und Unterstützung im Vergleich zu Ansen, Gödecker-Geenen und Nau detaillierter ein. Bei älteren Menschen treten oftmals mehrere Schwierigkeiten auf, sodass die Soziale Arbeit komplex agieren muss. Demnach ordnet er die möglichen Interventionen entlang der drei Themenbereiche der Problemerkennung zu (siehe Anhang). In Anlehnung an die drei inhaltlichen Bereiche der Problemerkennung von Ansen ging es in der Beratung von Frau P. weniger um soziale Unterstützung, bei der z.B. die Themen Selbsthilfegruppen, Angehörigenarbeit oder persönliche soziale Netze im Vordergrund stehen. Frau P. wurde als eine selbstbestimmte Person wahrgenommen und konnte Angelegenheiten, die diese Themen betrafen, selbst regeln. Ein Teil der Interventionen im Krankenhaus bezog sich auf die soziale Sicherung. Frau P. wurde von der Sozialarbeiterin zu potentiellen Möglichkeiten der Unterstützung beraten. Zur Sicherheit wurde gemeinsam ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt. Außerdem wurden ein Gehbock, ein Rollstuhl und eine Greifzange über den Arzt verordnet. Den größten Anteil an der sozialarbeiterischen Tätigkeit hatte der Bereich der persönlichen Unterstützung. Gerade, weil die Patientin vor der stationären Behandlung eine sehr eigenständige und ungebundene Frau war, stellte diese neue Situation vermutlich einen tiefen Einschnitt für sie dar. Nach außen wirkte ihr Verhalten eher gereizt und charakterfest. Nach und nach stellte sich in den Gesprächen heraus, dass sie sehr viel Angst vor der zukünftigen Zeit

¹²¹ vgl. Gerdes/Weis 2000 zit. n. Ansen et al. 2004, S. 71 f.

¹²² vgl. Ansen et al. 2004, S. 72.

¹²³ vgl. Ansen 2010, S. 143 ff.

hatte. Ihr psychischer Zustand macht einen relativ labilen Eindruck, der durch niedergeschlagene Phasen zum Ausdruck gebracht wurde. Hinzu kam, dass sie durch die Operation und die Diagnose körperlich geschwächt war. Aus diesen Gründen hatte die psychosoziale Ebene in den Gesprächen Vorrang. Die zuständige Sozialarbeiterin versuchte die Patientin zu motivieren, indem sie das Verständnis der Pat. P. für diverse Sicherheiten, wie z.B. Hausnotruf, ambulante Pflegeleistungen oder Geriatrie erwecken wollte. Die Idee für die geriatrische Klinik lehnte die Patientin anfangs entschieden ab. Während des Entscheidungsvorgangs vermittelte die Sozialarbeiterin sehr viel zwischen den verschiedenen Parteien. Durch ihre Gesprächsführung ließ sich die Patientin gewissermaßen leiten und brachte ihr Vertrauen entgegen. Letztendlich wurde die Geriatrie als Zwischenlösung gefunden, welche von der Patientin akzeptiert werden konnte und für das Klinikpersonal vertretbar schien.

5.4.2 Angehörigenarbeit

Auch, wenn sich ein Großteil der Literatur zum Thema Angehörigenarbeit auf die Soziale Arbeit allgemein oder auf spezielle Bereiche bezieht, lassen sich viele Eigenschaften ebenfalls auf Akutkrankenhäuser übertragen. Zum Beispiel beschreibt Widulle¹²⁴ das Verhältnis zwischen dem Sozialarbeiter und den Angehörigen generell als eine Beziehung mit doppeltem Gefälle. Innerhalb eines Hilfeprozesses mit Fachkräften seien Angehörige Laien, allerdings kennen sie ihr Familienmitglied oder ihren Freund schon sehr lange, sind mit ihm vertraut und verbunden. Somit könne man sie als Experten für die Beziehung zum Klienten und teilweise für das System, in dem sich der Klient befindet, betrachten. Die Bindung der Fachkraft zum Klienten sei dagegen im Allgemeinen nur vorübergehend oder sporadisch. Allerdings besitzt der sozialarbeiterische Mitarbeiter fachliche Kenntnisse und Erfahrungen sowie einen professionellen Auftrag. Aufgrund dieser Zusammenhänge entstehen laut Widulle in der Zusammenarbeit oftmals Konflikte und Spannungen. Praktiker und sogar Studierende nähmen die Arbeit und die Gespräche mit Angehörigen als anspruchsvolle oder schwierige Aufgabe wahr. Trotzdem wird mit Eltern, Geschwistern oder anderen Familienmitgliedern im

¹²⁴ vgl. Widulle 2012, S. 162 ff.

Rahmen sozialer Institutionen kooperiert, um Spannungen und Konflikte zu reduzieren und die Erfolgswahrscheinlichkeit von Interventionen der Sozialen Arbeit zu erhöhen. Schilling¹²⁵ deutet ebenfalls auf ein mögliches Spannungsfeld hin, welches wiederum durch die alltäglichen Krankenhausabläufe, an die sich Patienten wie auch Angehörige bestenfalls anpassen sollten, entstehen kann. Eine begleitende, lösungsoffene Beratung bietet die Möglichkeit Spannungen zu verringern.

Die Arbeit mit Angehörigen ist nach Ansen¹²⁶ ein Teil der Interventionen zur Förderung der sozialen Unterstützung. Informationen über die Krankheit des Betroffenen seien für Angehörige notwendig. Auf mögliche Krankheitsverläufe sollten Angehörige hingewiesen werden und wenn möglich sollten sie Empfehlungen erhalten, wie sie schwierige Situationen handhaben können. Benötigt der Patient von nun an verstärkt Unterstützung, könne der Sozialarbeiter Verwandte oder Freunde auf konkrete Entlastungsmöglichkeiten, z.B. alltägliche Hilfen oder Urlaubspflege, hinweisen. Außerdem sei in manchen Fällen eine kurzfristige Krisenintervention durch die Sozialarbeit im Krankenhaus notwendig, wenn Angehörige durch plötzliche Anforderungen und Verantwortung für den Patienten Überbelastung signalisieren.

Insgesamt können Angehörige eine bedeutsame Wirkung auf den Heilungsvorgang, aber auch auf die Krankheitsbewältigung haben.¹²⁷ Insbesondere für ältere Patienten erweisen sich Verwandte oder Freunde während und nach dem Krankenhausaufenthalt als eine unverzichtbare Hilfe. In diesen Fällen sei die Sozialarbeit im Krankenhaus mit der Methode der Netzwerkarbeit in der Lage, wichtige und mögliche Beziehungen zu Verwandten, Bekannten oder professionellen Institutionen zu fördern und zu stabilisieren, sofern es die Rahmenbedingungen der Behandlung ermöglichen.¹²⁸ Angehörige können einerseits durch praktische Hilfen Beistand leisten, z.B. durch Pflegetätigkeiten, Zeit für Besorgungen oder materielle Unterstützung. Andererseits können sie den Kranken durch emotionale Unterstützung und Nähe beistehen, wodurch das Selbstwertgefühl und sinnhaftes Erleben positiv beeinflusst werden können.¹²⁹ Pohlmann¹³⁰ bezieht sich auf

¹²⁵ vgl. Schilling 2003, S. 20.

¹²⁶ vgl. Ansen 2010, S. 145.

¹²⁷ vgl. Schilling 2003, S. 19.

¹²⁸ vgl. Ansen 2010, S. 145.

¹²⁹ vgl. Schilling 2003, S. 19.

¹³⁰ vgl. Pohlmann 2011, S. 228 f.

die Anwendung von Netzwerkarbeit in der Arbeit mit älteren Menschen allgemein und weniger auf ihre Anwendung in Kliniken. Er detailliert die Arten von sozialen Netzwerken. Die Beziehungen zu nicht verwandten Personen bezeichnet er als informelle soziale Netzwerke, die im Leben älterer Menschen sehr bedeutsam seien. Diese können durch soziale Interaktionen, sozialem Austausch oder sozialen Beziehungen gekennzeichnet sein. Außerdem fänden innerhalb dieser Verbindungen differierende Austauschvorgänge statt. Die von Schilling genannten praktischen Hilfen ordnet Pohlmann einerseits instrumentellen und andererseits finanziellen Leistungen zu. Unter instrumentellen Leistungen werden z.B. Unterstützung im Haushalt oder Behördengänge verstanden. Die von Schilling erwähnte emotionale Unterstützung und Nähe teilt Pohlmann in emotionale Leistungen, z.B. Trost, Humor, Zuhören etc. und in kognitive Leistungen, z.B. Ratschläge oder diverse Entscheidungshilfen, ein. Diese Einzelheiten zeigen, dass die Arbeit mit Angehörigen sehr facettenreich sein kann. Oftmals seien verschiedene Überlegungen oder Perspektiven notwendig, um bestimmte Verhaltensweisen oder Entscheidungen nachvollziehen zu können und um der Lösung näher zu kommen. Im Fallbeispiel spielten die Angehörigen in der letztendlichen Umsetzung für den Sozialdienst eine unwesentliche Rolle. Allerdings stellten sie laut Frau P. eine potentielle, wenn auch in dieser Situation für sie nicht realistische, Lösungsmöglichkeit dar. In welcher Art und Weise Kontakt zwischen Frau P. und ihren Kindern während dieser schwierigen Phase bestand, konnte aus dem Krankenhaus heraus nicht ersichtlich werden. In vielen anderen Fällen spielt der Kontakt mit Angehörigen eine größere Rolle.

5.4.3 Welche Probleme können auftreten

Patienten sind ab der Krankenhausaufnahme von ihrem alltäglichen Leben mit seinen routinierten Abläufen getrennt, die ihnen bisher Sicherheit und Vertrautheit vermittelt haben. Vor allem ein stationärer Krankenhausaufenthalt löst Unsicherheiten und Ängste aus, die die gegenwärtigen Situation und die Zukunft betreffen können. Ältere Menschen können sehr unterschiedliche Reaktionen zeigen. Die Folgen einer Krankenhausbehandlung sind jedoch nicht immer negativ. Beispielsweise können geplante Aufenthalte mit der Hoffnung auf Reduzierung oder Entfernung der Beschwerden verbunden sein. In diesen Fällen muss das

Krankenhaus nicht zwangsläufig als unsicherer und angstausslösender Ort wahrgenommen werden.¹³¹ Die Patientin P. hatte vor dem Vorfall bereits zwei positive Erfahrungen mit Operationen machen können. So scheint es nachvollziehbar, dass Unsicherheiten und Ängste nach der letzten Einlieferung im Vordergrund standen. Im Gegensatz zum geschilderten Krankenhausaufenthalt waren nach den früheren Eingriffen das alltägliche Leben und seine routinierten Abläufe wieder absehbar.

Bei älteren Menschen kann jeder Krankenhausaufenthalt die autonome Lebensführung bedrohen. Eine Belastungssituation stellt eine stationäre Behandlung in jedem Fall dar, vor allem infolge von krisenhaften Umständen.¹³² Bestimmte Verhaltensweisen wie Niedergeschlagenheit, Rückzug oder Resignation sind bei älteren Patienten in für sie scheinbar nicht mehr zu bewältigenden Situationen zu beobachten.¹³³ Auch bei Frau P. zeigten sich auffällige Verhaltensweisen wie Gereiztheit oder Bedrückung. Dass ihre unabhängige Lebensführung gefährdet war, stellte für sie vermutlich eine krisenhafte Situation dar, die sie bewältigen musste.

Traten vor der Behandlung schon altersbedingte kognitive Leistungseinbußen auf, die die ältere Person in ihrem gewohnten Umfeld noch gut kompensieren konnte, können die spontanen und belastenden Umstände einer Krankenhausbehandlung diese Fähigkeit einschränken und zu Desorientiertheit führen. In solch einer Situation muss wachsam vorgegangen werden, um Fehlentscheidungen bezüglich der Nachsorge zu vermeiden.¹³⁴ Es wird grob geschätzt, dass im Schnitt 10 % bis 20 % der über 65-jährigen Patienten während einer stationären Behandlung einen akuten Verwirrheitszustand erleben. Dieses zusätzliche Krankheitsbild, welches auch als Delir bezeichnet wird, kann sich in unterschiedlichen Symptomen äußern. Es erfordert meistens eine intensivere Pflege und eine fast doppelt so lange Verweildauer.¹³⁵

¹³¹ vgl. Schilling 2003, S. 15 f.

¹³² vgl. Schilling 2003, S. 15 f.

¹³³ vgl. Heuft et al. 2000 zit. n. Schilling 2003, S. 16.

¹³⁴ vgl. Schilling 2003, S. 15 f.

¹³⁵ vgl. Inouye/Charpentier 1996 zit. n. Welz-Barth 2008, S. 97.

6 Neue Anforderungen an Kliniken und Sozialdienste aufgrund der steigenden Zahl älterer Patienten

In diesem Abschnitt wird beschrieben, warum sozialarbeiterische Tätigkeiten in Kliniken von Bedeutung sind. Im Anschluss werden notwendige Qualitätsanforderungen für die Arbeit mit Älteren charakterisiert und mit den Möglichkeiten der Sozialarbeit verglichen. Schließlich wird darauf eingegangen, welche zukünftigen Perspektiven für die Sozialarbeit im Krankenhaus denkbar sind.

6.1 Warum Sozialarbeit im Krankenhaus?

Indem eine Abhängigkeit von Pflege und Fürsorge entsteht, treten Veränderungen im Selbstkonzept und in sozialen Beziehungen auf. Deshalb stellt nach Pauls¹³⁶ eine auf medizinische Behandlungen spezialisierte Klinik auch einen psycho-sozialen Schutz- und Schonraum dar, der somatische, psychische und soziale Faktoren einbeziehen muss. Diesen Verknüpfungen werde in der Praxis wenig Beachtung geschenkt, obwohl rein körperlich erscheinende Beschwerden die psycho-sozialen Bereiche mit beeinflussen.

Homfeld und Sting¹³⁷ erklären, warum die Sozialarbeit im Krankenhaus zukünftig bedeutsamer werden könnte. Zum einen steigt der Anteil älterer und pflegebedürftiger Menschen durch die demografischen Veränderungen. Dadurch steigt der Bedarf an pflegerischer und sozialer Betreuung. Außerdem nehmen chronische Beschwerden und damit verbundene Langzeitbehandlungen und umfangreiche Rehabilitationsmaßnahmen und -angebote zu. Schließlich verweisen sie auf lebensrettende und –erhaltende Möglichkeiten der heutigen Medizin, durch die Behinderungen oder eine Beeinträchtigung der Lebensqualität oftmals nicht vermeidbar sind. Die Betroffenen benötigen nach der Krankenhausbehandlung häufig professionelle soziale Unterstützung.¹³⁸

Außerdem besteht ein noch nicht messbares Potential an positiven Effekten, die durch personenbezogene Betreuung, Beratung, Gesprächsführung, psycho-sozialer und sozialtherapeutischer Unterstützung für Patienten, Angehörige, aber

¹³⁶ vgl. Pauls 2013, S. 344 f.

¹³⁷ vgl. Homfeld/Sting 2006, S. 193.

¹³⁸ vgl. DVSK 1999, S. 7 z. n. Homfeld/Sting 2006, S. 193.

auch die Gesundheitsökonomie entstehen können.¹³⁹ Auch die DVSG¹⁴⁰ ist der Ansicht, dass der Bedarf an professioneller Sozialarbeit im Gesundheitswesen, vor allem im Hinblick auf demografische Prozesse, wachsen wird. Deshalb muss diese Profession sichtbar machen, wie sie die Patienten und deren Umfeld im Umgang mit den Folgen der Erkrankung wirksam unterstützen und wie das gesamte System der Gesundheitsversorgung von ihrer Arbeit profitieren kann. Wie solche Standards aussehen können, wird in 6.3 dargelegt.

6.2 Qualitätsanforderungen für Arbeit mit Älteren

Auf den steigenden und sich immer mehr zergliedernden Informations-, Orientierungs- und Problemlösungsbedarf wurde in Deutschland schon durch verschiedenste Beratungsangebote, z.B. Angehörigenberatung, Wohn- und Wohnumfeldberatung oder Patientenberatung inhaltsreich reagiert. Parallel dazu entwickeln sich auch andere neue Leistungsangebote. Allerdings sind die Qualifizierung der Berater und die dazugehörige Kontrolle des methodischen Handelns nicht auf gleichmäßige Standards festgelegt.¹⁴¹ Hinsichtlich der Sozialarbeit im Krankenhaus bezieht sich Schilling auf Thierau¹⁴², der der Ansicht ist, dass die Sozialarbeit in Kliniken selten ein detailliertes fachliches Wissen in diesem Bereich besitze. Die Orientierung an der Entlassungsorganisation stellt die komplexen psychosozialen Probleme bei der Erkrankung älterer Patienten in den Hintergrund. Demnach solle die Sozialarbeit ihre charakterisierende berufliche Haltung und fachlichen Handlungsansätze klarer formulieren, wenn sie den älteren Patienten professionell beratend zur Seite stehen möchte. Des Weiteren solle sie diese fachübergreifend einbringen und repräsentieren. In diesem Zusammenhang knüpft Schilling an Pache¹⁴³ an. Er stellt eine Übersicht zu Qualifikationsanforderungen für die Beratung Pflegebedürftiger auf, die nach Schilling auch in der Beratung älterer Patienten anwendbar ist. Die Details sollen nun kurz zusammengefasst werden. Der Berater sollte generelle Kenntnisse zur Situation älterer Menschen haben, z.B. hinsichtlich ihrem Selbstverständnis, ihrer Kompetenzen und Interessen oder ihren allgemeinen ökonomischen Verhältnissen. Dieses

¹³⁹ vgl. Pauls 2013, S. 347.

¹⁴⁰ vgl. DVSG (b), S. 6. (Internetquelle)

¹⁴¹ vgl. Pohlmann 2011, S. 222.

¹⁴² vgl. Thierau 1998, S. 1004 zit. n. Schilling 2003, S. 31.

¹⁴³ vgl. Pache 1997 zit. n. Schilling 2003, S. 31 f.

Know-how wird als gerontologisch-soziologische Komponente bestimmt. Der gerontologisch-geriatriische Bereich umfasst eine Einsicht in altersbedingte Vorgänge und psychische Beeinträchtigungen sowie deren Auswirkungen und Möglichkeiten der Rehabilitation oder Verständigung. Generelle Kenntnisse über physische und psychische Erkrankungen bzw. Behinderungen, mögliche Verläufe, Folgen, Behandlungen und pflegerischen Maßnahmen umfasst das medizinisch-pflegerische Element. Der individual-sozialpsychologische Bereich erfordert Wissen über Interaktionsformen und Beziehungsgestaltung innerhalb der Familie oder des sozialen Umfelds. Außerdem ist eine gewisse Sensibilität für Belastungssituationen und Fähigkeiten in der psychosozialen Betreuung Angehöriger von Vorteil. Weitere Qualifikationsanforderungen für die Beratung umfassen die methodisch-fachliche (Kenntnisse in den Methoden Gesprächsführung, soziale Gruppenarbeit, Einzelfallhilfe, C.M. etc.) und leistungsrechtliche Komponente (relevantes Wissen über die Sozialgesetzgebung), Kenntnisse über Rahmenbedingungen (vorhandene Dienste und Einrichtungen, ihre Organisation, Finanzierung etc.), Koordination, Kooperation, Vernetzung und eine persönliche Sozialkompetenz, die eine Sensibilität gegenüber der eigenen Rolle in der Beratung und der Reflexion und Evaluation des eigenen Handelns erfordert.¹⁴⁴ Vor allem letztere Komponenten hängen eng mit der Berufspraxis und den Methoden der Sozialarbeit zusammen. In der Gesamtheit betrachtet, unterstützt Sozialarbeit Einzelne oder Familien bei der Bewältigung des Alltags und ist bestrebt Lösungen für gesellschaftliche Probleme, z.B. Wohnen, Gesundheit, Arbeit, Erziehung oder Ausbeutung, zu finden. Zu den klassischen Methoden der Sozialarbeit zählen Einzel(fall)hilfe, soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit. Moderation oder Gesprächsführung können in diesem Zusammenhang als Arbeitstechniken bezeichnet werden.¹⁴⁵ Es lässt sich demnach feststellen, dass die allgemeinen Grundlagen vorhanden sind. Die klinischen Kompetenzen muss die Soziale Arbeit jedoch ausbauen, wenn sie sich weiter im Krankenhaus profilieren will.¹⁴⁶

¹⁴⁴ ebd.

¹⁴⁵ vgl. Mühlum 2011, S. 773 ff.

¹⁴⁶ vgl. Ansen 2001, S. 68 f.

6.3 Vorbilder, Ideen

Die Interessen der im Gesundheitswesen Tätigen und somit ihr Engagement sind komplex. Letztendlich steht laut Gödecker-Geenen und Nau¹⁴⁷ der Patient als Mensch selten im Mittelpunkt. Eine am Gesamtprozess ausgerichtete Therapie wird nur in wenigen Einrichtungen realisiert. Außerdem wird sehr oft nicht trägerunabhängig beraten. Dass die Interessen und Wünsche der Patienten vertreten werden, wird in unserem Gesundheitswesen, das von tiefgreifenden Umgestaltungen geprägt ist, immer bedeutsamer. Es gebe in diese Richtungen zwar qualitative und politische Bemühungen, jedoch bestünden beachtliche Lücken und Defizite.

Warum der S.i.K. die Veränderungen des Gesundheitssystems besonders spürt, begründet Kraus¹⁴⁸ in seiner Arbeit an der Sektorengrenze der verschiedenen Versorgungsbereiche, in seiner Broker- und Übersetzerfunktion zwischen Laien und Experten und in den unterschiedlichen Leistungsgebieten der Sozialgesetze. In diesem Zusammenhang betont Kaiser¹⁴⁹ die Wichtigkeit der damaligen DVSK (heute DVSG) für die Sozialarbeit im Krankenhaus. Sie besaß und besitzt noch heute eine relevante Funktion und stellt eine dynamische Organisation dar. Sie konzipiert Grundlagen für die inhaltliche Arbeit, beeinflusst die Entwicklung des Gesundheitswesens mit und hat einen wachsenden Anteil am fortschreitenden Veränderungsvorgang.

Generell scheint es, bedingt durch die Strukturen in Krankenhäusern, als wäre der S.i.K. allein für lebenslagesichernde Vermittlungstätigkeiten, praktische Hilfen, Organisation und Administration zuständig. Durch sozialrechtliche Kompetenzen und Organisationsgeschick erhält der S.i.K. des Öfteren Anerkennung von Kollegen anderer Berufsgruppen. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die psychosozialen Kompetenzen der Sozialarbeit nicht ausgeschöpft werden. Eine klinisch-soziale Mitarbeit am Behandlungsprozess besitzt dahingehend einen anderen Anspruch und andere Möglichkeiten. Folglich plädieren Geißler-Piltz et al.¹⁵⁰ sowie weitere Autoren, dafür, dass sich die Sozialarbeit im Krankenhaus erneut legitimieren, ihr Kompetenzprofil ausgestalten und ihre Wirksamkeit

¹⁴⁷ vgl. Gödecker-Geenen/Nau 2003, S. 133.

¹⁴⁸ vgl. Kraus 2011, S. 781 f.

¹⁴⁹ vgl. Kaiser 2001, S. 152.

¹⁵⁰ vgl. Geißler-Piltz et al. 2005, S. 89.

belegen muss. Wie eine Umsetzung in diese Richtung praktisch aussehen könnte, wird in dem folgenden Abschnitt dargelegt.

Der Einführung der DRG in Akutkrankenhäusern folgten und folgen Rationalisierungs- und Strukturprozesse. Somit ist auch die Sozialarbeit im Krankenhaus von Messung und Beurteilung ihrer Leistungen betroffen. Damit sie diese Anforderungen bewältigen kann, muss sie die Qualität und Quantität ihrer Arbeit nachweisen. Das bedeutet, dass sie ihre Leistungen nachvollziehbar und transparent wiedergeben muss. Insgesamt gesehen ist dafür ein fachbezogenes Qualitätsmanagement heutzutage unumgänglich. Die DVSG arbeitet an passenden Leitlinien. Ein wichtiges Element stellt ihr erarbeiteter Produkt und Leistungskatalog dar, der als Gerüst für fachliche Inhalte und Qualitätsmaßstäbe der Sozialarbeit im Gesundheitswesen dient. Diese Zusammenstellung bildet die Basis für eine transparente Leistungsdarstellung sowie deren Leistungsmessung und qualitätsbezogenen Evaluation.¹⁵¹ Auch die in 2.3 erwähnten, von der DVSG empfohlenen, Anhaltzahlen für die Personalbemessung dienen der Orientierung. Die DVSG weist darauf hin, dass die Sozialarbeit im Gesundheitswesen schon aufgrund ihrer Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung der akuten Krankheits-situation, in der sich die Patienten und Betroffenen befinden, grundsätzlich ein bedeutsames Qualitätsmerkmal der Patientenversorgung darstellt. Trotzdem bleibt der S.i.K. nicht von der Ökonomisierung im Gesundheitswesen unberührt. In den DRG-Pauschalen ist die Vergütung der Leistungen der Sozialdienste grundsätzlich mit einberechnet. Allerdings vergeben die Krankenhäuser diese dafür bestimmte Vergütung nicht gleichermaßen an alle Kliniken und somit werden sie intern bezogen auf einzelne Stationen abgerechnet. Daraufhin erarbeitete die DVSG, angelehnt an die DRG-Klassifikation, Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Diese sind ein Bestandteil der Qualitätsentwicklung, weisen die durchgeführte Leistung nach und sind als Mittel für die interne Leistungsverrechnung nutzbringend. In den Codes ist die klar definierte Tätigkeit mit einem jeweiligen Zeitwert kombiniert verschlüsselt. Eine Einzelleistungsstatistik können diese Pauschalen nicht ersetzen. Sie stellen trotzdem ein wichtiges Werkzeug für die Praxis dar.¹⁵² Auf die praktische Umsetzung der DVSG-Fallpauschalen wird in dieser Arbeit nicht näher eingegangen.

¹⁵¹ vgl. DVSG (c) (Internetquelle)

¹⁵² vgl. DVSG (a) (Internetquelle)

Eine etwas stärker in die bestehenden Prozesse eingreifende Idee beschreibt Röh.¹⁵³ Er vertritt die Meinung, dass Klinische Sozialarbeit selbst einen Behandlungseffekt erzielen kann, der auch zum Behandlungserfolg der anderen Disziplinen im Krankenhaus beitragen kann. Dazu müssen Krankheit bzw. Gesundheit als mehrdimensionale Phänomene verstanden werden. Von anderen Disziplinen wird der S.i.K. hauptsächlich für seine sozialadministrativen Funktionen geschätzt. Für Röh gehören zu den Tätigkeiten des S.i.K. aber auch sozialtherapeutische Angebote als Einzel- oder Gruppenmethode und Case Management. Diese werden in der Praxis größtenteils nicht umgesetzt bzw. können nicht umgesetzt werden. Ob die Krankenhaussozialarbeit erfolgreich arbeiten kann, hängt vom Zeitpunkt der Einbeziehung in die Behandlung, von der Dauer und der Intensität des Kontaktes und von der personellen Ausstattung und Organisationsstruktur der Klinik ab. Außerdem muss sich die Sozialarbeit im Krankenhaus selbst als Klinische Sozialarbeit sehen wollen. Röh plädiert für eine umfassende sozialdiagnostische Fallerfassung in unterschiedlicher Intensität und unterschiedlichem Umfang. Außerdem muss ein methodischer Bestand existieren, um fall-, situations- und anlassbezogen intervenieren zu können. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigt die Klinische Sozialarbeit mehr Courage und Initiative. Zusätzlich müssen Konzepte, Verfahren und Methoden genauer ausgearbeitet, d.h. Entwicklungsarbeit geleistet werden. Um diese zu realisieren werden zusätzlich Ressourcen (z.B. Forschungsmittel) und Wissenschafts-Praxis-Kooperationen gebraucht.

Schilling¹⁵⁴ ist der Ansicht, dass potentielle Zukunftsaussichten und Handlungsoptionen sich danach richten, wie sehr die Sozialarbeit in der jeweiligen Einrichtung integriert ist und welche Rolle sie besitzt. Sie plädiert dafür, dass die Sozialarbeit ihre Möglichkeiten und Grenzen im Arbeitsfeld Krankenhaus reflektiert. Dies sollte auf neutraler und konstruktiver Ebene geschehen. Schilling macht deutlich, dass es letztendlich drei Möglichkeiten einer Neupositionierung für die Krankenhaussozialarbeit gibt. Kritisch betrachtet sie die Option bei der das übliche Setting beibehalten wird. Dabei ist allerdings absehbar, dass das Krankenhaus in Zukunft nur eine Übergangsstation im Versorgungs- und Behand-

¹⁵³ vgl. Röh 2014, S. 6 ff.

¹⁵⁴ vgl. Schilling 2003, S. 65 f.

lungsverlauf älterer Patienten sein wird. Die Beratung der Patienten wird sich somit von psychosozialen Inhalten weg entwickeln und überwiegend zu steuernden Tätigkeiten übergehen. Die Autorin fügt an, dass diese Entwicklung realistisch wäre, wenn bei Bedarf zusätzliche Beratung garantiert werden kann. Ansonsten können Steuerungsaufgaben auch von anderen Berufsgruppen ausgeübt werden. Eine andere Möglichkeit ist, dass die Sozialarbeit weiterhin im Krankenhaus tätig ist, jedoch die Chance besitzt, in vor- und nachstationären Gebieten zu agieren. Eine Patientenbetreuung wäre somit vor und nach dem Krankenhausaufenthalt gewährleistet und eine Beratung mit psychosozialen Inhalten realisierbar. Nach Schilling stellt diese Option die bevorzugte Möglichkeit der damaligen DVSK dar. Allerdings würden übliche Krankenhausstrukturen weiter bestehen und Finanzierungsmodelle müssten erst entwickelt und durchgesetzt werden. In einem ganz anderen Rahmen bewegt sich das dritte von Schilling beschriebene Szenario. Es geht von der Einordnung der Sozialarbeit im Gesundheitswesen und nicht mehr nur im Krankenhaus aus. Dazu bedarf es Case-Management-Strukturen, die in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen angeordnet sind. Dafür muss erörtert werden, wie sozialarbeiterische Beratung insbesondere für Ältere im Gesundheits- und Sozialsystem angelegt werden kann. Diese Entwicklung würde eine neue Strukturierung des gesamten Beratungsfeldes implizieren. Außerdem würde diese Idee direkt am Bedarf der älterer Menschen und ihrer individuellen Lebenswelt anknüpfen und eine umfangreichere Prozessbegleitung ermöglichen.¹⁵⁵ Diese Option würde eine grundsätzliche Neuausrichtung der derzeitigen Krankenhaussozialarbeit darstellen. Dafür müsste jedoch eine Diskussion über die Verteilung der Kosten erfolgen. Weil dieses Angebot nur einen Teil der direkten Krankenhausbehandlung darstellen würde, wäre eine Finanzierung nicht im Sinne der Klinikleitungen. Solange diese Leistungen nicht mit im DRG-System einbezogen sind oder es eine Finanzierungsalternative für die Sozialarbeit außerhalb des DRG-Systems gibt, scheint eine Verwirklichung unrealistisch. Die sich derzeit entwickelnden Integrierten Versorgungssysteme, wirken sektorübergreifend. In diesem Bereich wäre eine Finanzierung der sozialen Arbeit vorstellbar, so Schilling.¹⁵⁶

¹⁵⁵ ebd., S. 77 ff.

¹⁵⁶ ebd., S. 75 f.

Im Hinblick auf die von der DVSK entwickelten Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen, spricht auch Schilling¹⁵⁷ davon, dass Fallgruppen in jedem der drei von ihr zusammengefassten Möglichkeiten bedeutungsvoll wären. Auf diese Weise kann Sozialarbeit erhebbar und durch die Transparenz nachweislich gemacht werden. In ihrer Arbeit stellte sie die Einführung von Sozialvisiten als Möglichkeit für die Sozialarbeit vor. Sie könnten dazu beitragen die krankenhauserne Kooperations zu verbessern und ein besseres Verständnis der Berufsgruppen füreinander zu entwickeln. Die Umsetzung gestaltet sich allerdings schwierig. Sie sind ein krankenhauserbezogenes Instrument und wären nur im Rahmen der ersten beiden Szenarien innerhalb des Krankenhauses denkbar. Auch Pauls¹⁵⁸ äußert sich zu den Möglichkeiten sozialer Arbeit als Klinische Sozialarbeit und der derzeitigen Situation in Kliniken. Verwaltungsaufgaben durch die Sozialarbeit sind zwar eine bedeutende und wichtige Tätigkeit des S.i.K., schöpfen jedoch nicht die Möglichkeiten Klinischer Sozialarbeit als methodengeprägte beratend-behandelnde Disziplin aus. Dabei machen Forschungsergebnisse zur psycho-sozialen Gesundheit ersichtlich, dass psycho-soziale Einflüsse positive Auswirkungen auf den Genesungsprozess verschiedenster Erkrankungen haben. Pauls listet die facettenreichen Tätigkeiten einer sozialtherapeutisch ausgerichteten Klinischen Sozialarbeit auf. Dazu gehören u.a.: Mitarbeit in der Diagnostik, psycho-soziale Beratung, soziale Einzelfallhilfe, ggf. soziale Gruppenarbeit, aufklärende Öffentlichkeitsarbeit etc. Wären diese Aufgaben umsetzbar, würde Klinische Sozialarbeit als mitbehandelnde Disziplin bestehen und die ärztliche und pflegerische Versorgung bei der Behandlung ergänzen. Aufgrund der gegenwärtigen Strukturen, scheint eine derartige Realisierung noch sehr weit entfernt zu sein.

¹⁵⁷ ebd., S. 77 ff.

¹⁵⁸ vgl. Pauls 2013, S. 347 f.

7 Zusammenfassung

Durch die demografische Entwicklung nimmt die Anzahl älterer Personen in unserer Gesellschaft im Vergleich zu anderen Altersgruppen überproportional zu. Folglich steigt auch die Anzahl älterer Patienten in Krankenhäusern. Wenn die bisher noch getrennten ambulanten und stationären Bereiche im Gesundheitswesen zusammenwachsen werden, erschließen sich auch für die Sozialarbeit neue Aufgabenfelder. Außerdem werden zunehmend übergreifende und somit längerfristige Arbeitsansätze gebraucht.¹⁵⁹ Die Beratung von älteren Patienten allgemein stellt einen wachsenden Bereich dar, der für die Sozialarbeit neue Arbeitsplatzchancen bieten kann. Es besteht eine Vielzahl an bundesweiten und kommunalen Angeboten sowie Angebote von freien Trägern.¹⁶⁰

In dieser Arbeit wurde gezeigt, dass durch die geschichtliche Entwicklung, den Methodenbestand und durch weitere wichtige fachliche Kompetenzen die Sozialarbeit ein großes Potential besitzt. Parallel dazu wurde gezeigt, dass sie dieses Potential im Krankenhausbereich derzeit nicht voll ausschöpfen kann. Veränderungen im Gesundheitssystem verändern den Rahmen, in dem die Sozialarbeit im Krankenhaus agieren kann. Die Krankenhausaufenthalte der Patienten verkürzen sich, während gleichzeitig der Bedarf an Beratung, Begleitung und Betreuung vor allem älterer Menschen zunimmt. Deshalb wird es immer wichtiger den Fokus auf die individuellen und sozialen Bedürfnisse zu legen und eine medizinische Behandlung sowie Gesundheit und Krankheit in einem bio-psycho-sozialen Kontext zu betrachten. Die Profession Sozialarbeit setzt sich seit Anbeginn für die sozialen Angelegenheiten und Bedarfe der Menschen ein. Sie wird sich auch im Gesundheitsbereich zukünftig für diese Interessen einsetzen müssen, um ihre Wünsche und Forderungen realisieren zu können.

¹⁵⁹ vgl. Ansen 2010, S. 146 f.

¹⁶⁰ vgl. Pohlmann 2011, S. 222.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Bachelor-Thesis selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.



Neuruppin, 13.06.2014

Quellenverzeichnis

Literatur

Ansen, Harald: Tätigkeitsprofil der Sozialarbeit im Krankenhaus. In: Reinicke, Peter (Hrsg.): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau 2001. S. 63-69.

Ansen, Harald: Soziale (Alten-)Arbeit im Krankenhaus. In: Aner, Kirsten/Karl, Ute (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden 2010. S.139-147.

Ansen, Harald/Gödecker-Geenen, Norbert/Nau, Hans: Soziale Arbeit im Krankenhaus. München 2004.

Dettmers, Stephan: Case Management im Akutkrankenhaus – gegenwärtige Konsequenzen für die soziale Arbeit und Pflegeprofession. In: Brinkmann, Volker (Hrsg.): Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., Wiesbaden 2010. S.277-286.

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Krankenhaus (DVSK): Sozialarbeit im Krankenhaus. Mainz 1999.

Frühwald, Thomas/Gosch, Markus: Geriatrisches Assessment. In: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hrsg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien, Köln und Weimar 2008. S. 37-62.

Geißler-Piltz, Brigitte/Mühlum, Albert/Pauls, Helmut: Klinische Sozialarbeit. München 2005.

Gerdes, N./Weis, J.: Zur Theorie der Rehabilitation. In: Bengel, Jürgen/ Koch, Uwe (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Berlin 2000. S. 41-67.

Gödecker-Geenen, Norbert/Nau, Hans: Der Patient im Gesundheitswesen der Zukunft – Welche Kompetenzen Sozialer Arbeit werden benötigt. In: Gödecker-Geenen, Norbert/Nau, Hans/Weis, Ilse (Hrsg.): Der Patient im Krankenhaus und sein Bedarf an psychosozialer Beratung. Eine empirische Bestandsaufnahme. Münster 2003. S. 119-134.

Heuft, Gereon/Kruse, Andreas/Radebold, Hartmut: Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München 2000.

Hien, Peter/Pilgrim, Ralf Roger/Neubart, Rainer: Moderne Geriatrie und Akutmedizin. Geriatrisch-internistische Strategien in Notaufnahme und Klinik. Berlin und Heidelberg 2013.

Hoffer, Heike: Diagnosis-Related Groups (DRG). In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Aufl., Baden-Baden 2011, S. 189-190.

Homfeld, Hans Günther/Sting, Stephan: Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München 2006.

Kaiser, Klaus: Trägt die Sozialarbeit durch ihre spezifische Kompetenz im Krankenhaus dazu bei, eine bessere Nachsorge zu gewährleisten? In: Reinicke, Peter (Hrsg.): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau 2001. S. 146-153.

Kleve, Heiko/Müller, Matthias/Hampe-Grosser, Andreas: Der Fall im System – die Organisation des systemischen Case Managements. In: Brinkmann, Volker (Hrsg.): Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., Wiesbaden 2010. S.21-38.

Kraus, Sybille: Sozialdienst im Krankenhaus. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Aufl., Baden-Baden 2011, S. 780-782.

Layer, Hans/Mühlum, Albert: Krankenhaussozialarbeit aus Sicht der Patienten. Evaluationsstudie im Auftrag der DVSK. In: Gödecker-Geenen, Norbert/Nau, Hans/Weis, Ilse (Hrsg.): Der Patient im Krankenhaus und sein Bedarf an psychosozialer Beratung. Eine empirische Bestandsaufnahme. Münster 2003. S. 33-70.

Menzel, Regina: Case Management im Krankenhaus - Eine Aufgabe der klinischen Sozialarbeit. In: Brinkmann, Volker (Hrsg.): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., Wiesbaden 2010, S. 259-276.

Mühlum, Albert: Sozialarbeit/Sozialpädagogik. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Aufl., Baden-Baden 2011, S. 773-777.

Nau, Hans/Gödecker-Geenen, Norbert: Der Patient im Mittelpunkt des Behandlungsprozesses – eine Vision? Zur psychosozialen Situation der Patienten in der Institution Krankenhaus – Eine Einführung. In: Gödecker-Geenen, Norbert/Nau, Hans/Weis, Ilse (Hrsg.): Der Patient im Krankenhaus und sein Bedarf psychosozialer Beratung. Eine empirische Bestandsaufnahme. Münster 2003. S. 9-20.

Neuffer, Manfred: Case Management. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Aufl., Baden-Baden 2011. S. 147-148.

Niehoff, Jens-Uwe/Braun, Bernard: Sozialmedizin und Public Health. Handwörterbuch. Baden-Baden 2003.

Pache, Markus: Beratung bei Pflegebedürftigkeit – Rechtsgrundlagen, Zielorientierung, Qualitätssicherung und Qualifikationsanforderungen der Beratung pflegebedürftiger Menschen/pflegender Angehöriger. Untersuchung zum Beratungsangebot in der Stadt Freiburg i. B., unveröffentlichte Diplomarbeit. Evangelische Fachhochschule Freiburg 1997.

Pauls, Helmut: Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. 3. Aufl., Weinheim und Basel 2013.

Pohlmann, Stefan: Sozialgerontologie. München 2011.

Reinicke, Peter: KrankenHaus. Sozialarbeiter als Partner in der Gesundheitsversorgung. Eine Einführung. Weinheim und Basel 1994.

Reinicke, Peter: Rückblick auf die Entwicklung der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK). In: Reinicke, Peter (Hrsg.): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau 2001. S. 15-22.

Rommel-Faßbender, Ruth: Case-Management – eine Methode der Sozialen Arbeit: Erfahrungen und Perspektiven. In: Löcherbach, Peter/Klug, Wolfgang /Rommel-Faßbender, Ruth/Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Case-Management: Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. München 2003. S. 63-81.

Schilling, Anja: Ältere Menschen im Krankenhaus. Sozialarbeiterische Beratung vor dem Hintergrund neuer Entwicklungen im Gesundheitswesen. Kasserler Gerontologische Schriften Band 29. Kassel 2003.

Sunder, Ellen: Krankheit. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Aufl., Baden-Baden 2011. S. 544.

Thierau, Dietrich: Die Rolle von Sozialarbeit in geriatrischen Kliniken. Aachen 1997.

Waller, Heiko: Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis. Stuttgart 2002.

Wendt, Wolf Rainer: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 5. Aufl., Freiburg im Breisgau 2010.

Welz-Barth, Annette: Akute und chronische Verwirrtheit. In: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hrsg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien, Köln und Weimar 2008. S. 97-107.

Widulle, Wolfgang: Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. 2. Aufl. Wiesbaden 2011, 2012.

Artikel

Heim, Edgar: Coping und Adaptivität. Gibt es geeignetes und ungeeignetes Coping? Psychoter. Med. Psychol. 28, S. 8-18.

Inouye, S. K./Charpentier, P. A.: Precipitating factors of delirium in hospitalized elderly persons. JAMA 275, S. 852-857.

Röh, Dieter: Sozialdiagnostik in Kliniksozialdiensten. Warum sie dringend benötigt wird, wenn Sozialarbeit in Krankenhäusern sich als Klinische Sozialarbeit verstehen will. Forum sozialarbeit + gesundheit 01/2014, S. 6-9.

Thierau, Dietrich: Vernetzung als Beitrag der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Die Schwester/Der Pfleger 12/1998, S. 1002-1005.

Internetquellen

CSCC Universitätsklinikum Jena: Center for Sepsis Control and Care. Was ist Sepsis? 2014.

URL: <http://www.cscce.uniklinikum-jena.de/Sepsis.html> [Stand 30.05.2014]

Deutsche Gesellschaft für Case und Care Management: Was ist CM?

URL: <http://www.dgcc.de/case-management/> [Stand 30.05.2014]

Deutsche Rentenversicherung Bund: Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin 2007.

URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/content-blob/206976/publicationFile/2102/ktl_2007_pdf.pdf [Stand 30.05.2014]

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (a): Kurzbeschreibung. DVSG-Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen.

URL: <http://dvsg.org/fileadmin/dateien/07Publikationen/Kurzbeschreibung-DVSGFallgruppen.pdf> [Stand 28.05.2014]

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (b): Geschäftsbericht 2003-2005. Netzwerke, Aktivitäten, Gremien.

URL: http://dvsg.org/uploads/media/DVSG-Geschaeftsbericht_2003-2005.pdf [Stand 30.05.2014]

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (c): Kurzbeschreibung. Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit.

URL: <http://dvsg.org/fileadmin/dateien/07Publikationen/Kurzbeschreibung%20Produkt-%20und%20Leistungsbeschreibung.pdf> [Stand 02.06.2014]

© **GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen**, Berlin. DOI 10.5156/GEROSTAT. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Diagnosen der Krankenhauspatienten.

URL: http://www.gerostat.de/de/modules.html?RESTRICT=YES&TABLE_= [Stand 10.06.2014]

Operation.de: Hüft TEP Wechsel / Austausch einer Hüfttotalendoprothese - Definition und Fakten. 2011.

URL: <http://www.operation.de/hueft-tep-wechsel/> [Stand 30.05.2014]

Springer Medizin: Komplikationsrate nach Knie- und Hüftendoprothese wie eh und je. 2014.

URL: <http://www.springermedizin.de/komplikationsrate-nach-knie--und-hueften-doprothese-wie-eh-und-je/5062108.html> [Stand 30.05.2014]

Statistisches Bundesamt: Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Im Blickpunkt. Wiesbaden 2011.

URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/BlickpunktAeltereMenschen1021221119004.pdf?__blob=publicationFile [Stand 30.05.2014]

Statistisches Bundesamt: Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden 2013.

URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611127004.pdf?__blob=publicationFile [Stand 28.05.2014]

Statistisches Bundesamt: Bevölkerung. Wiesbaden 2014.

URL: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen_/lrbev01.html#Fussnote2 [Stand 30.05.2014]

Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM): Newsletter der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie – Standort Gießen. Diagnostik und Therapie des infizierten Kunstgelenkes.

URL: http://www.ukgm.de/ugm_2/deu/ugm_gfu/PDF/Newsletter_periprothetische_Infektionen.pdf [Stand 04.06.2014]

Anhang

Themen der Problemerkfassung (nach Ansen 2010, S. 142 f.)

Soziale Sicherung	
Einkommen	Leistungen zur Grundsicherung, Leistungen der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung
Wohnen	Fragen der Wohnungsanpassung und der Wohnalternativen bei bleibenden Beeinträchtigungen
Soziale und pflegerische Dienstleistungen	Erschließung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen sowie Angebote der Altenhilfe
Soziale Unterstützung	
Selbsthilfegruppen	Förderung von Selbsthilfegruppen bei chronischen Erkrankungen
Angehörigenarbeit	Unterstützung und Entlastung von Angehörigen durch Angehörigenberatung
Persönliche soziale Netze	Förderung konstruktiver Netze durch Netzwerkberatung und Netzwerkarbeit
Persönliche Unterstützung	
Krankheitsbewältigung	Persönlicher Beistand einschließlich der Krisenbewältigung bei komplexen Erkrankungen
Motivationsförderung	Förderung der Bereitschaft, in der Behandlung angemessen mitzuwirken
Befähigung	Vermittlung von Kompetenzen für den praktischen Umgang mit Krankheit