



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Studiengang Soziale Arbeit

**Soziale Arbeit im Setting Krankenhaus – Ein Arbeitsfeld der
Klinischen Sozialarbeit**

Bachelorarbeit

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

vorgelegt von: Lisa Kayserling

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2017-0185-1

Betreuer: Prof. Dr. Andreas Speck
Prof. Dr. phil. Roland Haenselt

eingereicht am: 08.03.2018

Aus Gründen besserer Lesbarkeit, wird in dieser Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung von weiblichen und männlichen Sprachformen verzichtet. Alle in der Arbeit genannten Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Zusammenfassung

Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich mit dem Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit im Krankenhaus als Teilgebiet der Klinischen Sozialarbeit. Es wird ein kurzer Einblick in die deutsche Krankenhausgesellschaft gegeben und der Zusammenhang zwischen Sozialer Arbeit und Krankheit erläutert. Dabei werden die Begriffe Gesundheit und Krankheit genauer betrachtet. Aufgabenbereiche, Handlungsfelder und methodische Ansätze der Krankenhaussozialarbeit sind ebenfalls Bestandteil dieser Arbeit. Des Weiteren geht diese Arbeit auf ältere Menschen als beispielhafte Adressaten-Gruppe der Krankenhaussozialarbeit ein und gibt einen kurzen Einblick in die Vorgehensweise des Sozialdienstes. Anhand dieser Themengebiete wird erläutert, welche Rolle die Soziale Arbeit im Krankenhaus spielt und inwiefern die Soziale Arbeit bessere Nachsorgemöglichkeiten für die Patienten schafft.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	
Abbildungsverzeichnis	
Einleitung	1
1 Begriffserklärungen	3
1.1 Klinische Sozialarbeit.....	3
1.2 Krankenhaussozialarbeit	4
2 Die Struktur der Krankenhausgesellschaft in Deutschland und strukturelle Rahmenbedingungen der Krankenhaussozialarbeit	6
2.1 Externe Partner der Krankenhausträger	7
2.2 Interne Kooperationspartner der Krankenhausträger	8
2.3 Der Sozialdienst im Krankenhaus	9
3 Auftrag und Professionsverständnis der Sozialen Arbeit im Krankenhaus	10
3.1 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen	10
3.2 Soziale Arbeit und Krankheit	12
3.3 Soziale Arbeit und Krankheitsbewältigung.....	16
3.4 Das fachliche Selbstverständnis der Sozialen Arbeit im Krankenhaus und Spezifika des Krankenhaussettings.....	17
4 Aufgaben und Handlungsfelder der Krankenhaussozialarbeit	19
4.1 Professionsbezogene Aufgaben.....	20
4.2 Kooperations- und institutionsbezogene Aufgaben.....	21
4.3 Adressatenbezogene Aufgaben.....	22
5 Methodische Ansätze der Sozialen Arbeit im Krankenhaus	24
5.1 Psychosoziale Beratung.....	24
5.2 Soziotherapie	27
5.3 Krisenintervention	28
5.4 Case Management	29

5.5	Entlassungsmanagement	31
5.6	Soziale Prävention und Rehabilitation	33
6	Ältere Menschen als beispielhafte Adressaten-Gruppe der Krankenhaussozialarbeit..	34
6.1	Situation der älteren Menschen im Krankenhaus und mögliche aufkommende Problematiken.....	35
6.2	Vorgehen des Sozialdienstes.....	40
7	Fazit	42
	Literaturverzeichnis	44
	Eidesstattliche Erklärung	46

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell (eigene Darstellung)

Seite 15

Einleitung

Die Soziale Arbeit gehört zu den Professionen, die eine hohe Bandbreite an unterschiedlichen Arbeitsfeldern vorweist. Das Studium der Sozialen Arbeit an der Hochschule Neubrandenburg ermöglichte es mir, einige Einblicke in verschiedene Arbeitsbereiche der Sozialen Arbeit zu erhalten. Als Beispiel wären zum einen die Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie die Soziale Arbeit mit der Familie als ganzheitliches System zu nennen. Zum anderen gewährte mir das Studium auch Wissen über die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen und über die Arbeit mit Menschen, die unter ein Suchtproblem oder unter Erwerbslosigkeit leiden. Auch die Soziale Arbeit mit älteren Menschen und die Soziale Arbeit in klinischen Einrichtungen, wie beispielsweise in der Sozialpsychiatrie, wurden thematisiert, jedoch leider nur in geringem Umfang.

Generell erfuhr man wenig über die Klinische Sozialarbeit und ihre jeweiligen Arbeitsfelder beziehungsweise wurden die meisten Arbeitsfelder der Klinischen Sozialarbeit, wie zum Beispiel die Krankenhaussozialarbeit, außen vor gelassen. Dies könnte vermutlich daran liegen, dass sich die Klinische Sozialarbeit von den „üblichen“ Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit in der einen oder anderen Hinsicht mehr oder weniger stark abgrenzt. Für die Klinische Sozialarbeit gelten nämlich spezielle Qualifikationsanforderungen, die im Grundstudium nicht erworben werden können. Deshalb werden an einigen Hochschulen Masterstudiengänge für die Klinische Sozialarbeit angeboten.

Das Arbeitsfeld war mir bis zum Ende meines Studiums noch teilweise unbekannt, was sich zunächst änderte, als ich mir Gedanken über meine berufliche Zukunft im sozialen Sektor machte. Ich konnte bereits selbst praktische Erfahrungen in einer klinischen Einrichtung sammeln, da ich eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin angefangen habe. Meine Ausbildung machte ich damals im Psychiatricentrum in Königsflutter am Elm, wo ich viele Bereiche der Psychiatrie kennenlernte durfte. Jedoch musste ich feststellen, dass mir die pflegerische Arbeit am Menschen nicht ausreichte und dass mir grundlegendes Wissen zu den psychischen Erkrankungen meiner damaligen Patienten fehlte. Deshalb entschied ich mich dazu, das Studium der Sozialen Arbeit an der Hochschule Neubrandenburg aufzunehmen, weil ich wusste, dass ich gerne in einer klinischen Einrichtung arbeiten möchte, jedoch nicht als Pflegekraft, sondern als aktivierende Person, die (psychisch) kranke Menschen in jeder sozialen Situation begleiten und unterstützen möchte.

Die Motivation dieser Bachelorthesis liegt also darin, mehr über das Thema Gesundheit und Krankheit in der Sozialen Arbeit zu erfahren. Die Wissensvermittlung über Krankheitsbilder, Symptome und Prävalenz einer psychischen Erkrankung haben im Studium in umfangreichem Maße stattgefunden, nicht jedoch die Wissensvermittlung über somatische Erkrankungen und die damit verbundenen sozialen Folgen und Schwierigkeiten.

Das Ziel dieser Arbeit wird sein, herauszufinden, wie sich Soziale Arbeit im Setting Krankenhaus abspielt beziehungsweise was die wesentlichen Inhalte und Ziele der Krankenhaussozialarbeit sind. Des Weiteren fragt diese Arbeit auch danach, welche Rolle die Soziale Arbeit im Krankenhaus einnimmt und ob möglicherweise eine bessere Nachsorge der Patienten im Krankenhaus durch sozialarbeiterische Aktivitäten gewährleistet werden kann. Diese Arbeit unterteilt sich in sechs Kapitel. Das erste Kapitel informiert über Begriffe, die in dieser Arbeit im Fokus stehen. Gemeint ist der Begriff der Klinischen Sozialarbeit und der Begriff der Krankenhaussozialarbeit.

Darauf folgt das zweite Kapitel, das sich mit der Krankenhausgesellschaft und strukturellen Rahmenbedingungen der Krankenhaussozialarbeit in Deutschland beschäftigt.

Der Auftrag und das Professionsverständnis der Sozialen Arbeit im Krankenhaus werden im dritten Kapitel thematisiert. In diesem Kapitel wird vor allem darauf eingegangen, welche Rolle die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen spielt und in welchem Zusammenhang Soziale Arbeit und Krankheit sowie Soziale Arbeit und Krankheitsbewältigung stehen. Einige Spezifika des Krankenhaussettings werden zum Teil am Rande angeschnitten.

Das vierte Kapitel stellt die Aufgabenbereiche der Krankenhaussozialarbeit vor, die ich in professionsbezogene, kooperationsbezogene und adressatenbezogene Aufgaben unterteilt habe. Die in dieser Arbeit beschriebenen Aufgabenbereiche gewährleisten jedoch keine Garantie auf Vollständigkeit, da der Umfang dieser zu hoch ist.

Methodische Ansätze der Sozialen Arbeit im Krankenhaus sind Bestandteil des fünften Kapitels, wobei der Fokus auf psychosoziale Beratung, Soziotherapie, Krisenintervention, Casemanagement, Entlassungsmanagement sowie auf Soziale Prävention und Rehabilitation liegt.

Das sechste Kapitel umfasst eine selbst ausgewählte Adressaten-Gruppe der Krankenhaussozialarbeit, nämlich die Gruppe der älteren Menschen. In diesem Kapitel wird die Situation dieser Personengruppe in einem Krankenhaus und mögliche aufkommende Problematiken während eines Krankenhausaufenthaltes erläutert. Zum Schluss wird das professionelle Vorgehen des Krankenhaussozialdienstes bei älteren Menschen beschrieben.

1 Begriffserklärungen

In diesem Kapitel werden die Begrifflichkeiten „Klinische Sozialarbeit“ und „Krankenhaussozialarbeit“ definiert, denn sie sind für den weiteren Verlauf dieser Arbeit unerlässlich und tragen zu einem besseren Verständnis der einzelnen Kapitel bei. Vorweg ist anzumerken, dass viele professionelle Sozialarbeiter und andere kooperierende Professionen die Klinische Sozialarbeit mit der Krankenhaussozialarbeit gleichsetzen, was aber fachlich inkorrekt ist, da die Krankenhaussozialarbeit eins von vielen Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit darstellt. Das heißt also, dass die Krankenhaussozialarbeit nur einen kleinen Teil der Klinischen Sozialarbeit ausmacht.

1.1 Klinische Sozialarbeit

Zunächst einmal wird der Begriff „klinisch“ näher definiert. Das Wort „klinisch“ kommt aus dem Griechischen (kliné) und bedeutet Bett oder Lager und symbolisiert die Bettlägerigkeit eines Menschen, die vom Kliniker behandelt wird. In der Sozialen Arbeit bedeutet „klinisch“ die direkt handelnde und behandelnde Kontaktaufnahme zu den Klienten. Der klinische Sozialarbeiter fokussiert sich dabei auf die sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit. Das heißt also, dass sich das Hauptaugenmerk der Klinischen Sozialarbeit auf die Behandlung von psychosozialen und somatischen Beeinträchtigungen bzw. auf die Gesundheit der Klienten richtet, die es gilt mittels psychosozialer Interventionsmöglichkeiten und -methoden zu verbessern, zu heilen, zu fördern oder aufrechtzuerhalten. Psychosoziale Interventions- und Methodenmöglichkeiten können zum Beispiel psychosoziale Beratung, Soziotherapie, Krisenintervention, Casemanagement, Entlassungsmanagement sowie soziale Prävention und Rehabilitation (siehe Kapitel 5 „Methodische Ansätze der Sozialen Arbeit im Krankenhaus“) sein. Das American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABE) definiert die Klinische Sozialarbeit als Berufsfeld im Gesundheitswesen, das sich mittels unterschiedlicher Methoden und Theorien auf die Behandlung und Prävention psychosozialer Beeinträchtigungen fokussiert und umfangreiche Gesundheitsdienste dazu anbietet. Die Klinische Sozialarbeit umfasst also alle Maßnahmen, die das Ziel verfolgen, die Gesundheit der Klienten zu schützen, zu fördern und aufrechtzuerhalten sowie psychosoziale Beeinträchtigungen zu vermeiden.¹

¹vgl. MOSTISCH 2011, S. 24f.

Wie bereits schon erwähnt, stellt die Krankenhaussozialarbeit nicht das einzige Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit dar. Die Klinische Sozialarbeit kann in jeder Einrichtung des Gesundheits- und Sozialwesens sowohl ambulant, stationär, teilstationär als auch in Praxen und Beratungseinrichtungen erfolgen.²

Ein weiteres Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit ist in der Kinder- und Jugendhilfe, mit ihren stetig zunehmenden Aufgaben an Schnittstellen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie, auffindbar. Auch in zahlreichen ambulanten Beratungseinrichtungen wird die Klinische Sozialarbeit angewandt, wie beispielsweise in der Erziehungsberatung, Familienberatung, Lebensberatung sowie in der Schwangerschaftskonfliktberatung und in der Sexualberatung. Weitere mögliche Arbeitsfelder der Klinischen Sozialarbeit sind „in Kern- und Vorfeldern der Psychiatrie; in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung; in Fach- und Akutkrankenhäusern; in Einrichtungen des Maßregelvollzuges und der Resozialisierung“³ und in der gerontologischen Arbeit, also in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie, vorzufinden. An dieser Stelle wird deutlich, dass besonders Klinische Sozialarbeiter über eine viel höhere Anzahl an Adressaten-Gruppen verfügen und viel mehr in unterschiedlicheren Settings tätig sind, als zum Beispiel Mitarbeiter aus anderen Sozial- und Gesundheitsberufen.⁴

1.2 Krankenhaussozialarbeit

Wie bereits erwähnt, stellt die Krankenhaussozialarbeit eine Teildisziplin der Klinischen Sozialarbeit dar. Ihre historischen Wurzeln liegen ungefähr 100 Jahre zurück, als ehrenamtliche Tätigkeiten zur sozialen Hilfsarbeit in Krankenhäusern eingeführt wurden. Diese soziale Hilfsarbeit war besonders dadurch gekennzeichnet, dass sie hauptsächlich der Unterhaltung der Patienten diene. Das Aufgabenspektrum der damaligen sozialen Hilfsarbeit in den Krankenhäusern war demnach sehr stark eingeschränkt. Aus dieser Tätigkeitsform entwickelte sich in den 20er Jahren der Fürsorgedienst, der zum damaligen Selbstverständnis als Hilfsberuf der Medizin angesehen wurde. Seine Aufgabe bestand darin, zu erkunden, ob Krankheiten psychosoziale Folgen für den weiteren Lebensverlauf der Patienten schaffen und ob die Patienten gegebenenfalls soziale Hilfen benötigen.

²ebd. S. 25

³PAULS 2013, S. 18

⁴vgl. PAULS 2013, S. 18

Die Organisation von Maßnahmen der Nachsorge und die ständig fortschreitende Rehabilitation der Patienten führten dazu, dass sich der Fürsorgedienst in den 70er Jahren zum Sozialdienst entwickelte. Gleichzeitig veränderten sich auch die Aufgabenfelder des Sozialdienstes, die nun vorwiegend vermittlerische und administrative Tätigkeiten beinhalteten. Heutzutage lässt sich folgendes über die Krankenhaussozialarbeit sagen: Ihre Präsenz hat in den verschiedensten Krankenhäusern sehr stark zugenommen, sodass sie mittlerweile in fast jedem Krankenhaus angewandt wird und sie zahlenmäßig andere Berufsgruppen in Krankenhäusern wie Psychologen oder Diätassistenten übersteigt. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass sich die Krankenhaussozialarbeit auf quantitativer Ebene erfolgreich als eigenständiges Berufsfeld im Krankenhaus durchgesetzt hat. Allerdings ist die qualitative Einbindung der Sozialen Arbeit in Krankenhäusern sehr umstritten, da sich die Krankenhaussozialarbeit immer noch nicht ganz als „regulär-systematischer und eigenständiger Teil der Gesamtbehandlung innerhalb eines multiprofessionellen Teams mit unverrückbarem Profil“⁵ herausgestellt hat.⁶

Als nächstes wird der Begriff „Krankenhaus“ näher definiert und auf wesentliche Strukturmerkmale von Krankenhäusern Bezug genommen. Das fünfte Sozialgesetzbuch beschreibt den Krankenhausbegriff wie folgt: Krankenhäuser sind „Einrichtungen, die 1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, 2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, 3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen 4. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.“⁷ Anhand dieser Definition wird deutlich, dass Sozialarbeiter von der Behandlung der Patienten ausgeschlossen werden, obwohl sie bei der Behandlung der Patienten genauso mitwirken wie Ärzte oder Pflegekräfte.

An dieser Stelle bestätigt sich erneut die Aussage, dass sich die Krankenhaussozialarbeit immer noch nicht ganz als eigenständige Profession in Krankenhäusern durchgesetzt hat, die aktiv an der Behandlung der Patienten mitwirkt.

⁵BÜSCHGES-ABEL zit. n. SCHILLING 2003, S. 20

⁶vgl. SCHILLING 2003, S. 20

⁷§ 107 Abs. 1 SGB V

2 Die Struktur der Krankenhausgesellschaft in Deutschland und strukturelle Rahmenbedingungen der Krankenhaussozialarbeit

Wenn man allgemein von Krankenhäusern spricht, sind in der Regel „Allgemeinkrankenhäuser“ gemeint, die sich in unterschiedlichen Versorgungsstufen einteilen lassen. Zum einen stellen jeweils die Grund- und Regelversorgung eine Versorgungsstufe dar, deren Fokus auf der elementaren Versorgung der Bevölkerung mit sehr eingeschränkten Leistungen liegt. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung befinden sich vorwiegend in kleineren Städten. Zum anderen bietet die Schwerpunktversorgung viele verschiedene Fachrichtungen an, deren Leistungsspektren sehr breit gefächert sind. Die Maximalversorgung beinhaltet eine umfassende medizinische Behandlung und bietet zusätzlich medizinische Großgeräte an. Krankenhäuser der Maximalversorgung sind demnach vorwiegend in Ballungszentren vorzufinden.⁸

Neben Allgemeinkrankenhäusern gibt es auch noch Fachkrankenhäuser, die auf bestimmte Fachrichtungen spezialisiert sind. Beide Arten von Krankenhäusern können hinsichtlich der Trägerschaft stark variieren. Krankenhäuser können entweder öffentlich (durch den Bund, durch das Land oder den Kreis), privat oder durch frei-gemeinnützige Institutionen getragen werden.⁹ Seit den 1920er Jahren unterzog sich die Krankenhausgesellschaft einem stetigen Wandel, denn die Sichtweise auf die Behandlung der Patienten in Krankenhäusern entwickelte sich vom Einzelfall in seiner Akutphase hin zu umfangreichen medizinischen, ökonomischen und sozialen Zusammenhängen. Diese Veränderung in der Krankenhausgesellschaft begünstigte das Entstehen von zahlreichen Verbänden und setzt die Existenz dieser teilweise voraus.¹⁰

Der demografische Wandel in Deutschland wirkte sich ebenfalls auf die deutsche Krankenhausgesellschaft aus. Seit den Anfängen des letzten Jahrhunderts veränderte sich die demografische Struktur insoweit, dass die Lebenserwartung der Bevölkerung kontinuierlich anstieg. Diese Veränderung verlangte die Einbindung des sozialen Aspektes in die Behandlung der Patienten und die Bündelung von Interessenvertretungen, die der Wissensvermittlung, der Synergiefreisetzung und der Positionierung der Leistungserbringer im Gesundheitswesen dient.

⁸vgl. MOSTISCH 2011, S. 40

⁹ebd. S. 40

¹⁰vgl. GAGZOW 2001, S. 131

In der Mitte des 20. Jahrhunderts entwickelte sich im damaligem Bundesgebiet sowohl die Deutsche Krankenhausgesellschaft, als auch die Landeskrankenhausgesellschaften aus Verbänden und Vereinigungen mit sozialem Engagement.¹¹

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Landeskrankenhausgesellschaften sind dazu verpflichtet, die Bevölkerung in allen Krankenhäusern bedarfsgerecht zu versorgen, was heißt, dass sie eine große Verantwortung gegenüber den Patienten haben. Des Weiteren verstehen sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Landeskrankenhausgesellschaften als Interessenvertreter der Krankenhausträger und somit gleichzeitig als Eigentümer der Krankenhäuser in Deutschland, die über eine Doppelverpflichtung verfügen. Diese Doppelverpflichtung besagt zum Einen, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Landeskrankenhausgesellschaften dazu verpflichtet sind, die Bevölkerung in den Krankenhäusern bedarfsgerecht zu versorgen und zum Anderen die Krankenhäuser vor wirtschaftlichen Verlusten zu schützen. Die Einhaltung der Doppelverpflichtung kann von den Krankenhausgesellschaften nur dann erfolgen, wenn sie ihre maximalen Eigenpotentiale nutzen und zahlreiche Allianzen bilden.¹²

Um die bestmögliche Versorgung der Bevölkerung in den Krankenhäusern Deutschlands gewährleisten zu können, müssen die Krankenhausgesellschaften mit internen und externen Partnern kooperieren, auf die im Folgenden nun eingegangen wird.

2.1 Externe Partner der Krankenhausträger

Wichtige externe Partner der Krankenhausträger stellen Leistungserbringer in ambulanten, stationären, akutmedizinischen und rehabilitativen Bereichen dar, die für die umfassende und bedarfsgerechte Versorgung der Patienten unerlässlich sind. Andere Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, niedergelassene Ärzte, Physiotherapeuten und Apotheken stellen beispielsweise wichtige externe Partner dar. Auch die vom Gesetz und von der Ökologie bestimmten Institutionen des Staates und Kostenträger sind weitere externe Partner der Krankenhausträger, die eine ambivalente Beziehung zu den Krankenhäusern pflegen, da sie in den meisten Fällen gegensätzliche Verhandlungspositionen einnehmen.¹³

¹¹ebd. S. 131

¹²ebd. S. 132

¹³ebd. S. 133f.

Weitere wichtige externe Kooperationspartner der Kranhausträger sind Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Sozialhilfeträger, Gesundheits-, Arbeits- und Jugendämter, Amtsgerichte und Medizinische Dienste.¹⁴

Die Krankenhaussozialarbeit muss besonders eng mit den Leistungserbringern kooperieren und zu diesen eine enge Verbindung aufbauen, wenn beispielsweise der Fall eintritt, dass die Verweildauer der Krankenhausaufenthalte kontinuierlich zurückgeht. Somit würde die Versorgung der Patienten - zum Beispiel durch Anbieter ambulanter und stationärer Pflege sowie Rehabilitationseinrichtungen - nach dem Krankenhausaufenthalt nahtlos an die im Krankenhaus durchgeführten Behandlungen anknüpfen.¹⁵

2.2 Interne Kooperationspartner der Krankenhausträger

Die wichtigsten internen Kooperationspartner im Krankenhaus sind zum einen natürlich die Patienten selbst und zum anderen die Mitarbeiter des Krankenhauses. Zu beiden Personengruppen besteht ein enges ethisches und juristisches Beziehungsgeflecht, was durch die Aufnahmeverträge der Patienten bzw. durch die Arbeitsverträge der Mitarbeiter begünstigt wird.¹⁶

Zu den Mitarbeitern eines Krankenhauses gehören alle Berufsgruppen, die an der Versorgung der Patienten mitwirken. Dazu zählen Sozialarbeiter, Ärzte sowie pflegerische, therapeutische und beratende Fachkräfte. Die Effektivität der verschiedenen Hilfeleistungen zur Versorgung der Patienten sind von der Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit abhängig. Ebenso wird ein zielgerichtetes Handeln unter anderem erst durch die Kommunikation über Prognosen, durch die Mitarbeit der Patienten und durch die Präsenz der Angehörigen ermöglicht. Eine qualitativ wertvolle interprofessionelle Zusammenarbeit kann vor allem durch zahlreiche, über die Fallarbeit hinausgehende, Aktivitäten gefördert werden, wie zum Beispiel durch Unterrichtseinheiten an Krankenpflegeschulen, Mitwirkungspflichten an Arbeitskreisen und Projekten und Möglichkeiten zur Beteiligung an Fortbildungsveranstaltungen für Kooperationspartner.¹⁷

¹⁴vgl. ANSEN/ GÖDECKER-GEENEN/ NAU 2004, S. 31

¹⁵ebd. S. 31

¹⁶vgl. GAGZOW 2001, S. 132

¹⁷vgl. ANSEN/ GÖDECKER-GEENEN/ NAU 2004, S. 28ff.

2.3 Der Sozialdienst im Krankenhaus

Der Sozialdienst stellt im Krankenhaus eine bedeutende Instanz für interne und externe Kooperationspartner dar und versteht sich als Ergänzung zur medizinischen und pflegerischen Versorgung der Patienten. Mitarbeiter des Sozialdienstes fungieren, gegenüber anderen im Krankenhaus vertretende Professionen, als Vermittler und Verhandelnde, da sie sich als einzige Profession auf die individuelle Lebenssituation und Krankheitsbewältigung der Patienten fokussiert. Das heißt, dass Mitarbeiter des Sozialdienstes ebenso zu einer erfolgreichen Behandlung der Patienten beitragen, wie beispielsweise Ärzte oder Pflegekräfte. Der Sozialdienst sieht seine Aufgabe darin, zusammen mit den Patienten eines Krankenhauses, individuelle Lösungswege zu ermitteln und Hilfeleistungen anzubieten. Auf diese Art und Weise trägt der Sozialdienst effektiv dazu bei, eine Verzögerung des Krankenhausaufenthaltes bzw. eine längst „überfällige“ Entlassung der Patienten zu vermeiden.¹⁸

Der Sozialdienst, als Vertreter des Krankenhauses, verfügt im sozialen Bereich der Patienten insgesamt über ein breites Aufgabenspektrum, das „keine Schmerzen zufügt und nicht ausschließlich für ein Körperorgan oder eine spezielle Diagnose zuständig ist.“¹⁹ Dieses umfangreiche Aufgabenspektrum orientiert sich in allen Fällen an den Patienten als Persönlichkeit im und außerhalb eines Krankenhauses.²⁰ Nach dem Paragraphen 112 im SGB V lassen sich für den Sozialdienst im Krankenhaus folgende Funktionen und Aufgaben für die Zusammenarbeit mit den Patienten definieren: „Begleitung während des Krankenhausaufenthaltes, Intervention bei persönlichen Problemen, Regelungen bei häuslichen und familiären Problemen, Unterstützung bei der Verarbeitung der Erkrankung in Bezug auf die persönlichen und sozialen Folgen, Hilfe bei der Kostenregelung, Vorbereitung der Krankenhausentlassung, Vermittlung von Rehabilitations-Maßnahmen, Vermittlung von ambulanten und stationären Hilfen, Aufbau eines sozialen Netzwerkes, entsprechend dem Hilfebedarf, subjektive Vorbereitung auf die neue Lebenssituation.“²¹

Im Vergleich zu den medizinischen und pflegerischen Fachkräften, stellen die Mitarbeiter des Sozialdienstes nur eine sehr kleine Berufsgruppe im Krankenhaus dar, die über eine Art Randständigkeit besitzen. Lediglich 0,4% des gesamten Krankenhauspersonals nehmen die Sozialarbeiter ein.

¹⁸vgl. BARTH/ SCHMITZ 2001, S. 109

¹⁹GAGZOW 2001, S. 135

²⁰vgl. GAGZOW 2001, S. 135

²¹BARTH/ SCHMITZ 2001, S. 109

Diese geringe Stellenanzahl verringert, im Zusammenhang mit den durchschnittlich kurzen Krankenhausaufenthalten der Patienten, die Handlungsoptionen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus immens. Da die Krankenhausaufenthalte der Patienten relativ kurz sind, kann die Krankenhaussozialarbeit nicht auf alle Beratungsbedarfe der Patienten eingehen. Deshalb ist es für den Sozialdienst unerlässlich mit anderen Professionen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses zu kooperieren, um nicht zuletzt eine umfangreiche Beratung der Patienten zu gewährleisten. Das heißt, dass bestimmte Themenbereiche, wie zum Beispiel die Schuldnerberatung, von dem Sozialdienst an andere Institutionen weitergegeben werden (können). An dieser Stelle kommt die Notwendigkeit der Dokumentation der Patientendaten zum Tragen, die für eine enge Kooperation des Sozialdienstes mit internen und externen Kooperationspartnern von hoher Bedeutung ist, da sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit enorm erleichtert. Das heißt, dass der Sozialdienst eindeutig ersichtliche Nachweise über Patientendaten und individuelle Beratungs- und Unterstützungsleistungen dokumentieren muss. Dies erfolgt zunehmend mit der elektronischen Datenverarbeitung, die die Informationssuche enorm erleichtert.²²

3 Auftrag und Professionsverständnis der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

In diesem Kapitel stehen der Auftrag und das Professionsverständnis der Sozialen Arbeit im Vordergrund. Des Weiteren werden die Zusammenhänge zwischen der Sozialen Arbeit und dem Gesundheitssystem und die Zusammenhänge zwischen Sozialer Arbeit und Krankheit sowie Sozialer Arbeit und Krankheitsbewältigung aufgezeigt. Außerdem werden infolgedessen einige besondere strukturelle Besonderheiten des Krankenhaussettings angeschnitten.

3.1 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Die Soziale Arbeit im Krankenhaus ist ein Teil der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, dessen Aufgabe es ist, mittels medizinischer Vorsorge-, Behandlungs- und Nachsorgemaßnahmen, die Gesundheit der Bevölkerung zu wahren und zu fördern.²³ Das Gesundheitswesen besteht sowohl aus sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen und politisch-sozioökonomischen Rahmenbedingungen, als auch aus formellen und informellen Ressourcen.

²²vgl. SCHMIDT 2014, S. 6f.

²³vgl. ANSEN/ GÖDECKER-GEENEN/ NAU 2004, S. 11

Natürlich spielen auch die Leistungserbringer im Gesundheitssystem eine bedeutende Rolle, dessen Gesundheitsleistungen im Bereich der ambulanten Versorgung, im Bereich der stationären Versorgung und im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes erbracht werden. Diese Gesundheitsleistungen lassen sich in vorbeugende Maßnahmen, kurative Maßnahmen und in unterstützend-interagierende Maßnahmen unterteilen.²⁴

Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt zum einen durch die Krankenversicherung, Rentenversicherung und Unfallversicherung und zum anderen durch die Arbeitgeber selbst. Öffentliche und private Haushalte beteiligen sich ebenso an der Finanzierung des Gesundheitswesens. Die Arbeitgeber tragen zur Finanzierung des Gesundheitswesens bei, indem sie Lohnfortzahlungen in Krankheitsfällen anbieten sowie Mutterschaftsleistungen und betriebsärztliche Dienste erbringen. Die Rentenversicherungen übernehmen entstehende Kosten, wenn Rehabilitationsmaßnahmen und Berufsförderungen die Erwerbsminderung einzelner Menschen vermeiden können, während Unfallversicherungen erst dann gefragt sind, wenn es um Berufskrankheiten und Wegeunfälle geht. Von den öffentlichen Finanzierungsmitteln profitieren sowohl der öffentliche Gesundheitsdienst als auch die Forschung und Lehre. Ebenso können mit den öffentlichen Finanzierungsmitteln Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe und Investitionen für Krankenhäuser finanziert werden.²⁵

Einer der bedeutendsten Leistungserbringer des Gesundheitswesens sind die Krankenkassen, die ihre Gesundheitsleistungen in Form von Sach- und Geldleistungen erbringen. Zu den umfangreichen Sachleistungen der Krankenkassen zählen „Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsfrüherkennung, ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Verband-, Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, Hilfe bei Schwerpflegebedürftigkeit, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Belastungserprobung und Arbeitstherapie, Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Leistungen der künstlichen Befruchtung.“²⁶ Mit Geldleistungen sind vorwiegend die Krankengelder gemeint.²⁷

Die Soziale Arbeit ist in zahlreichen Arbeitsfeldern und Einrichtungen mit Gesundheit und Krankheit konfrontiert, vor allem in Krankenhäusern, Fachkliniken und psychiatrischen Einrichtungen sowie in den Bereichen der Suchtkranken-, Alten-, und Behindertenhilfe.

²⁴vgl. GEIBLER-PILTZ/ MÜHLUM/ PAULS 2005, S. 32f.

²⁵vgl. ANSEN/ GÖDECKER-GEENEN/ NAU 2004, S. 11f.

²⁶ANSEN/ GÖDECKER-GEENEN/ NAU 2004, S 11f.

²⁷vgl. ANSEN/ GÖDECKER-GEENEN/ NAU, S 11

Sie wird im Gesundheitswesen erst dann tätig, wenn Menschen durch Krankheiten in ihrer lebensweltorientierten Autonomie eingeschränkt werden. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen besteht darin, persönliche, soziale, ökonomische, rechtliche und verwaltungsorientierte Hilfen zu leisten und die Patienten zu beraten, zu betreuen und zu unterstützen. Gleichzeitig organisiert und koordiniert die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen Maßnahmen, die der Gesundheitsverbesserung und Gesundheitserhaltung der Patienten dienen. Außerdem ist die Soziale Arbeit dazu verpflichtet mit anderen Professionen des Gesundheitswesens zusammenzuarbeiten. Nichtsdestotrotz sollte der Weg der Professionalisierung die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen nicht zu einem Heilberuf transformieren, da die Chancen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen günstiger sind, wenn die Soziale Arbeit als eigenständige Profession auftritt.²⁸

3.2 Soziale Arbeit und Krankheit

Statistiken zeigen, dass jeder fünfte Deutsche einmal im Jahr in einer klinischen Einrichtung stationär behandelt wird. Dies kann aus unterschiedlichen Gründen geschehen. Zumeist sind Kreislauferkrankungen, körperliche Verletzungen, Vergiftungen, Entbindungen und bösartige Neubildungen dafür verantwortlich. Demzufolge sind viele Menschen in Deutschland von Krankheit betroffen, die es gilt in klinischen Einrichtungen mittels diverser Behandlungsformen zu behandeln.

Zunächst werden die beiden Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ definiert, da sie für das Verständnis dieses Unterkapitels von hoher Bedeutung sind.

Für den Gesundheitsbegriff liegen zahlreiche Definitionen vor. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit mit folgenden Worten: „Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“²⁹ Anhand dieser Definition wird deutlich, dass der Gesundheitsbegriff subjektiv betrachtet werden muss, da die Meinungen zu den Begriffen „Gesundheit“ und „Wohlbefinden“ von Mensch zu Mensch stark variieren können. Die Definition der WHO besagt auch, dass Gesundheit nicht nur auf einer Ebene betrachtet werden kann. Der Begriff der Gesundheit muss in mehreren Dimensionen gesehen werden. Damit ist gemeint, dass nicht nur die körperliche Ebene Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen nimmt, sondern auch die psychische und soziale Ebene.

²⁸ebd. S. 12f.

²⁹WHO zit. nach MOSTISCH 2011, S. 7

Des Weiteren spielt das Wohlbefinden bei der Definition des Gesundheitsbegriffs eine ebenso hohe Rolle, denn nach der WHO bezieht sich Gesundheit nicht ausschließlich auf die Abwesenheit von Krankheit, sondern auch auf die Gefährdung des Wohlbefindens.³⁰ Eine andere Definition sagt folgendes über den Gesundheitsbegriff: „Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“³¹ Auch bei dieser Definition ist eine subjektive Sichtweise auf den Gesundheitsbegriff zu verzeichnen. Die Bedeutung von Wohlbefinden und Lebensfreude ist von der individuellen Meinung der Menschen abhängig. Hurrelmann spricht die Mehrdimensionalität des Gesundheitsbegriffs ebenso an wie die WHO, nur ist bei Hurrelmanns Definition nicht die Rede von der physischen, psychischen und sozialen Ebene, sondern von inneren und äußeren Anforderungen, die aber im Prinzip dasselbe meinen. Neu bei dieser Definition kommt hinzu, dass ein Gleichgewicht zwischen Risikofaktoren und Schutzfaktoren vorhanden sein muss, um sich gesund fühlen zu können.³²

Allgemein lässt sich sagen, dass sich der Gesundheitsbegriff nicht vereinheitlichen lässt, da die Gesundheitsvorstellungen von soziokulturellen und historischen Einflüssen und Veränderungen beeinflusst und innerhalb einer Gesellschaft unterschiedlich wahrgenommen und verstanden werden. Demzufolge kann es also keine einheitliche Definition des Gesundheitsbegriffs geben, weil Gesundheit ein relationaler Begriff ist, der seine praktische Bedeutung erst im Bezugskontext gewinnt.³³

Im Gegenzug zum Gesundheitsbegriff, soll nun der Krankheitsbegriff näher definiert werden. Der Begriff „Krankheit“ als Ganzes ist nach Niehoff und Braun der Oberbegriff für eine Vielfalt an körperlichen und seelischen Zuständen, die „eine funktionelle oder strukturelle Störung mit sich ziehen und somit als regel- oder normwidrig beschreibbar sind.“³⁴ Als regel- oder normwidrig gilt ein körperlicher oder seelischer Zustand bereits, wenn er von der, durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägten, Norm abweicht.

³⁰vgl. MOSTISCH 2011, S. 7f.

³¹HURRELMANN zit. nach MOSTISCH 2011, S. 8

³²vgl. MOSTISCH 2011, S. 8

³³vgl. DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE e.V. 2011, S. 366f.

³⁴SCHMIDT 2014, S. 8

Eine Behandlungsfähigkeit liegt dann vor, wenn angenommen werden kann, dass die Behandlungsziele, die durch gesetzlich geregelte Maßnahmen erreicht werden können, zu einer Verbesserung oder Heilung der Krankheit führen.³⁵

Wie man an den oben genannten Definitionen erkennen kann, spielen soziale Faktoren eine bedeutende Rolle für die Gesundheit der Menschen und sind demnach bei der Gesundheitserhaltung nicht mehr wegzudenken. Um die sozialen Faktoren von Gesundheit und Krankheit im Kontext der Sozialen Arbeit im Krankenhaus besser verstehen zu können, wird nun ein Konzept vorgestellt, das versucht Gesundheit und Krankheit zu definieren: das bio-psycho-soziale Modell.

Das bio-psycho-soziale Modell ist ein anerkanntes Konzept in der Medizin und in den Sozialwissenschaften, das auf die Gesundheitsdefinition der WHO von 1948 (siehe oben) aufbaut. Demzufolge distanziert sich das bio-psycho-soziale Modell von dem reinen biomedizinischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit, indem es zusätzlich auch psychische und soziale Faktoren bei der Krankheitsentstehung berücksichtigt, die Einfluss auf das Wohlbefinden des Menschen nehmen können.³⁶

Die physischen, psychischen und sozialen Faktoren stehen in Wechselbeziehungen zueinander, was bedeutet, dass sie niemals einzeln betrachtet werden dürfen, weil sie sich immer gegenseitig beeinflussen. Wenn diese Wechselbeziehungen aus unterschiedlichen Gründen gestört werden, ist der Mensch anfälliger für Erkrankungen, die den Zustand der Gesundheit immens verschlechtern können. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass sich der Zustand der Gesundheit an dem Gleichgewicht der physischen, psychischen und sozialen Faktoren orientiert.³⁷

Die physische Dimension beschreibt Krankheiten in ihrer körperlichen Dimension mittels erhobener pathologischer Befunde und Funktionsstörungen, die beispielsweise durch körperliche Faktoren wie genetische Dispositionen, Neurotransmitter und Infektionen hervorgerufen werden können. Die psychische Dimension beschreibt eine Krankheit hingegen aus der subjektiven Innensicht eines leidenden Menschen, bei der psychische Faktoren wie Emotionen, Kognitionen, Einstellungen sowie Erwartungen eine bedeutende Rolle spielen. Im Gegenzug dazu sieht die soziale Dimension Krankheit dagegen als „das Ergebnis einer mangelnden und krank machenden Passung zwischen Person und Umwelt.“³⁸

³⁵vgl. DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE e.V. 2011, S. 544

³⁶vgl. GEIBLER-PILTZ/ MÜHLUM/ PAULS 2005, S. 21

³⁷vgl. MOSTISCH 2011, S. 13f.

³⁸HARRER 2013 (Internetquelle)

Zu den sozialen Faktoren zählen beispielsweise der sozioökonomische Status einer Person sowie die ethnische Zugehörigkeit, soziale Netzwerke, Arbeits-, Wohn- und Lebensverhältnisse.³⁹

In der unten aufgeführten Abbildung habe ich versucht die Grundgedanken des bio-psycho-sozialen Modells zusammenzufassen. In der Mitte befinden sich Menschen, die als Personen im Mittelpunkt ihrer Umwelt stehen. Sie werden von physischen, psychischen und sozialen Faktoren umgeben, die sich auf ihre Gesundheits- und Krankheitszustände auswirken. Die Dimensionen stehen in Wechselbeziehungen zueinander, was bedeutet, dass sie sich gegenseitig beeinflussen.

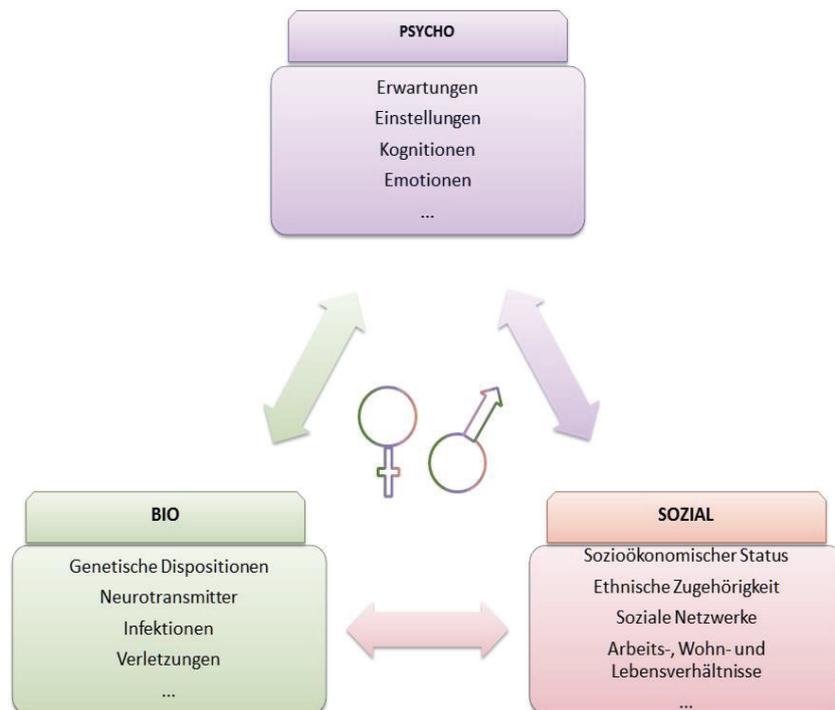


Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell (eigene Darstellung).

Unter den drei Faktoren des bio-psycho-sozialen Modells könnte rein theoretisch jeder im Krankenhaus aufgenommene Patient beschrieben werden, wenn man das Modell ernst nimmt. Dies betrifft sowohl ältere Patienten als auch jüngere Patienten gleichermaßen. Je früher die Krankenhaussozialarbeit das „Mischungsverhältnis“, in dem die physischen, psychischen und sozialen Faktoren zusammenwirken, erkennt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie eine qualitativ befriedigende Behandlung der Patienten sicherstellen kann.⁴⁰ Die Soziale Arbeit ist allerdings nicht für jede Krankheit zuständig. Meistens ist sie für Krankheiten zuständig, die komplikationsreich verlaufen und die soziale Folgen nach sich ziehen.

³⁹vgl. HARRER 2013 (Internetquelle)

⁴⁰vgl. HEUFT 2001, S. 155

Als Beispiel wären chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Beschwerden des Muskel- und Skelettsystems sowie Stoffwechselerkrankungen, Tumorerkrankungen und psychische Störungen zu nennen. Die physischen, psychischen und sozialen Faktoren der Patienten sind für die Krankenhaussozialarbeit insofern relevant, dass mit dem Wissen über diese adäquate Behandlungsmethoden geplant und durchgeführt werden können.⁴¹

3.3 Soziale Arbeit und Krankheitsbewältigung

Krankheiten können in ihren unterschiedlichsten Formen zahlreiche prägende Auswirkungen auf die Persönlichkeit eines Menschen haben. Die meisten betroffenen Patienten leiden während ihres Krankenhausaufenthaltes unter einer akuten emotionalen Krise, die zu einer Destabilisierung der entwickelten Identität und zu einer Minderung des Selbstwertgefühls seitens der Patienten führen kann. Des Weiteren kann die emotionale Krise auch von einer Inakzeptanz der Krankheit oder von überfordernden Anpassungsleistungen an veränderte Rollen begleitet werden. Genau an dieser Stelle knüpft die Soziale Arbeit im Krankenhaus an, indem sie zahlreiche Interventionen anbietet, die auf den Patienten stabilisierend wirken.⁴² Heim und Meyer beschreiben die Krankheitsbewältigung in der Sozialen Arbeit mit folgenden Worten: „Krankheitsbewältigung (Coping) kann als das Bemühen definiert werden, bereits bestehende oder erwartete Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional/ kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln vorbeugend auszugleichen oder ihre Manifestation zu verarbeiten und zu meistern.“⁴³ Demzufolge erfordert die Krankheitsbewältigung eine umfangreiche Auseinandersetzung mit möglichen Folgen einer Krankheit wie beispielsweise mit der verbleibenden Lebenszeit oder mit dem drohenden Autonomieverlust eines Patienten sowie mit familiären und sozialen Folgen. Bei der Auseinandersetzung mit möglichen Folgen einer Krankheit erfolgt gleichzeitig auch die Suche nach neuen Lebensinhalten für und mit dem Patienten, die mit den physischen, psychischen und sozialen Faktoren des Patienten übereinstimmen müssen.⁴⁴ Mittels bestimmter Hilfen soll die Krankheitsbewältigung im Krankenhaus besonders gut erfolgen können.

⁴¹vgl. ANSEN/ GÖDECKER-GEENEN/ NAU 2004, S. 13

⁴²vgl. STEINLE/ SCHMID/ KERN 2016, S. 8

⁴³HEIM/ MEYER ZIT. NACH ANSEN/ GÖDECKER-GEENEN/ NAU 2004, S. 16

⁴⁴vgl. ANSEN/ GÖDECKER-GEENEN/ NAU 2004, S. 16

Laut Hurrelmann wären das die „Vermittlung genauer Informationen über die Krankheit und die möglichen Auswirkungen auf das Alltagsleben, um eine selbstbestimmte Verhaltenssteuerung und angemessene Behandlungsentscheidungen zu ermöglichen“⁴⁵, die „Stärkung der Interaktionskompetenz für den Umgang mit Professionellen und Versorgungsangeboten, aber auch mit den Angehörigen und dem sozialen Umfeld“⁴⁶ sowie das „Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten, mit denen die Krankheit beeinflusst werden kann, beispielsweise im Bereich von Lebensgewohnheiten.“⁴⁷

Allgemein lässt sich sagen, dass Behandlungsergebnisse oftmals erfolgreicher ausfallen, wenn alle Beteiligten, aber besonders die Patienten selbst, sich umfangreich mit der jeweiligen Krankheit beschäftigen.

3.4 Das fachliche Selbstverständnis der Sozialen Arbeit im Krankenhaus und Spezifika des Krankenhaussettings

Welche Rolle sich die Sozialarbeiter in einem Krankenhaus selbst zuschreiben und welche Besonderheiten für die Soziale Arbeit im Krankenhaus gelten, sollen in diesem Unterkapitel thematisiert werden.

Die Soziale Arbeit im Krankenhaus versteht sich selbst als mitwirkende und professionell handelnde Instanz bei der Findung von Lösungsansätzen für bestehende und drohende Problemsituationen der Patienten. Sie versucht zusammen mit den Patienten, anhand von theoretisch bewährten methodischen Arbeitsformen, Lösungsansätze zu entwickeln und zu realisieren. Dabei gelten für die Soziale Arbeit allgemeine Grundprinzipien, wie die Anerkennung des immanenten Wertes, der Integrität und der Würde des Menschen sowie das Recht der Selbstbestimmung, Chancengleichheit und soziale Verantwortung.⁴⁸ Besondere Aufmerksamkeit sollte dem Recht auf Selbstbestimmung geschenkt werden, denn das Aufzwingen von ungewollten Lösungsansätzen und Interventionen ist zum Wohle der Patienten strengstens zu unterlassen. Alle angebotenen Maßnahmen sollten mit Zustimmung der Patienten durchgeführt werden.

⁴⁵HURRELMANN ZIT. NACH ANSEN/ GÖDECKER-GEENEN/ NAU 2004, S. 16

⁴⁶ebd. S. 16

⁴⁷ebd. S. 16

⁴⁸vgl. REINICKE 1994, S. 103

Allgemein setzt die Krankenhaussozialarbeit an der Lebenswelt der Patienten im Krankenhaus an. Dabei setzt sie ihren Fokus besonders auf die psychosozialen Folgen einer Krankheit und auf die Auswirkung dieser auf das alltägliche Leben der Patienten. In einigen Fällen sehen sich Sozialarbeiter auch in einer anwaltschaftlichen Position, in der sie die Patienten in ihrer individuellen Situation durch das Versorgungssystem begleiten und sich für die Interessen der Patienten im Krankenhaus einsetzen.⁴⁹

Die Soziale Arbeit im Krankenhaus versteht sich außerdem als ergänzende Profession zu der medizinischen und pflegerischen Profession, die zur Erhebung der Sozialanamnese beiträgt und die die Patienten in ihren individuellen Lebenssituationen unterstützt. Des Weiteren versucht die Soziale Arbeit im Krankenhaus durch eine adäquate poststationäre Versorgung die Erfolge der verschiedenen Hilfsmaßnahmen abzusichern.⁵⁰

Im Großen und Ganzen identifizieren sich die Sozialarbeiter in einem Krankenhaus mit zwei wesentlichen Funktionen: Die Begleitung und Absicherung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes und die Vorbereitung und Absicherung der Patienten auf die Krankenhausesentlassung.⁵¹

Die Soziale Arbeit, im Setting Krankenhaus, ist durch bestimmte Spezifika gekennzeichnet. Laut §39 SGB V liegt das Entlassungsmanagement im Aufgabenbereich der Krankenhausleistungen. Dahingegen wird im §11 Abs. 4 SGB V der Anspruch auf Versorgungsmanagement zur Verhinderung und Lösung von möglichen Problemen der weiterführenden Anschlussversorgung gestellt. Die in beiden Paragraphen beschriebenen Aufgabenbereiche können von Sozialarbeitern in Kooperation mit dem Pflegepersonal durchgeführt werden, auch wenn die Soziale Arbeit im Gesetz nicht als die dafür zuständige Profession beschrieben wird. In einigen Bundesländern, wie zum Beispiel in Baden-Württemberg, sind Krankenhäuser dazu verpflichtet Sozialdienste einzurichten, deren Aufgabenbereich in der sozialen Betreuung und Beratung der in den Krankenhäusern aufgenommenen Patienten liegt. Darüber hinaus sind Krankenhäuser dazu verpflichtet mit anderen sozialen Diensten zusammenzuarbeiten.⁵²

⁴⁹vgl. SCHILLING 2003, S. 21

⁵⁰vgl. ULRICH 2007, S. 253 (Internetquelle)

⁵¹ebd. S. 253

⁵²vgl. STEINLE/ SCHMID/ KERN 2016, S. 9

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Soziale Arbeit im Krankenhaus keinen eigenen Leistungsanspruch darstellt. Sie wird lediglich in Teilgesetzen und Leistungsbeschreibungen aufgeführt.⁵³

4 Aufgaben und Handlungsfelder der Krankenhaussozialarbeit

Der Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit im Krankenhaus basiert auf die persönlichen, sozialen und materiellen Fragen und Schwierigkeiten, die mit den Erkrankungen der Patienten im Zusammenhang stehen und die sich auf den weiteren Lebensverlauf der Patienten auswirken. Dabei stehen die physischen, psychischen und sozialen Faktoren der Patienten im Fokus. Damit die Soziale Arbeit im Krankenhaus Hilfsmaßnahmen und Beratungsgespräche angemessen planen und durchführen kann, muss sie sich ausführlich mit dem Krankheitsverlauf der Patienten beschäftigen. Das soziale Umfeld der Patienten wird ebenso mit in diesen Prozess einbezogen, um vorhandene Ressourcen besser erschließen zu können. Die Notwendigkeit der Sozialen Arbeit im Krankenhaus besteht darin, mit anderen Professionen zu kooperieren, die genauso zur Problembewältigung der Patienten beitragen wie die Soziale Arbeit.⁵⁴

Allgemein zählen Beratung und Betreuung, lebenslagensichernde Vermittlungstätigkeiten, praktische Hilfen sowie Organisation und Administration zu den Hauptaufgaben der Krankenhaussozialarbeit. Diese Aufgaben kommen dann zum Tragen, wenn die aufgenommenen Patienten in einem Krankenhaus aus konkretem Anlass Hilfe benötigen. Anlässe sind zum Einen Erkrankungen, die sich erheblich auf die Mobilität, Sprache und Eigenversorgung der Patienten auswirken, wie beispielsweise chronische Erkrankungen und Unfälle, und zum Anderen psychische Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen sowie Suizidalität. Der Sozialdienst im Krankenhaus kann auch dann herangezogen werden, wenn Patienten von Arbeitslosigkeit, problematischen Wohnverhältnissen, sozioökonomischen Problemen und von Kontroversen mit Behörden und Versicherungen betroffen sind.⁵⁵

Im Folgenden werden die einzelnen Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit im Krankenhaus genauer beschrieben. Die einzelnen Aufgabenbereiche habe ich in professionsbezogene Aufgaben, kooperations- und institutionsbezogene Aufgaben und in adressatenbezogene Aufgaben unterteilt.

⁵³ebd. S. 9

⁵⁴vgl. MOSTISCH 2011, S. 46

⁵⁵vgl. GEIBLER-PILTZ/ MÜHLUM/ PAULS 2005, S. 89

Die in dieser Arbeit beschriebenen Aufgabenbereiche der Krankenhaussozialarbeit gewährleisten keine Garantie auf Vollständigkeit, da das Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit im Krankenhaus sehr breit gefächert ist.

4.1 Professionsbezogene Aufgaben

In diesem Kapitel werden einige Aufgaben der Sozialen Arbeit im Krankenhaus vorgestellt, die gleichzeitig auch allgemein für den Beruf der Sozialen Arbeit signifikant sind. Zu den professionsbezogenen Aufgaben gehört die Reflexion über Handlungsprozesse und angewandte Methoden, die die Mitarbeiter des Sozialdienstes im Krankenhaus durchführen bzw. anwenden. Die Reflexion kann dabei von den Mitarbeitern selbst und/oder in Teamsitzungen und Supervisionen erfolgen. Teamsitzungen und Supervisionen dienen dem Zweck über angewandte Arbeitsmethoden nachzudenken und neue Strategien zu entdecken, die bei der Durchführung von den bereits angewandten Arbeitsmethoden hilfreich sein könnten. Es werden dabei nicht nur positive Handlungsansätze berücksichtigt, sondern auch negative Handlungsansätze, um die eigene Arbeitsweise noch effektiver und adäquater zu gestalten.⁵⁶

Auch Fortbildungen gehören zu den professionsbezogenen Aufgaben der Krankenhaussozialarbeit, weil sie dazu beitragen neues Wissen und neue Methoden an die Mitarbeiter des Sozialdienstes heranzutragen und bereits vorhandene Theorien und Methoden noch weiter zu vertiefen. Die Sozialarbeiter eines Krankenhauses werden in den Fortbildungen außerdem auch zu dem Thema „Entwicklungen in der Krankenhaussozialarbeit und in der Kooperationslandschaft“ geschult. Fortbildungen in Krankenhäusern dienen im Allgemeinen zum einen der Wissensauffrischung und -erweiterung und zum anderen der Anpassung von Arbeitsweisen an neue Entwicklungen und an veränderte Bedürfnisse der Patienten.⁵⁷

Die Öffentlichkeitsarbeit fällt ebenso in den Aufgabenbereich der Krankenhaussozialarbeit. Sie ist für den Krankenhaussozialdienst von sehr hoher Bedeutung, da sie den Krankenhaussozialdienst in seiner Präsenz stärkt bzw. bekannter macht. Die Öffentlichkeitsarbeit des Sozialdienstes kann beispielsweise Informationsveranstaltungen, Broschüren und Vortragsreihen beinhalten. Dabei ist es erforderlich, dass sowohl das Klinikpersonal als auch die Patienten umfangreich über den Krankenhaussozialdienst und seine Aufgabenbereiche informiert werden, um die Position des Krankenhaussozialdienstes im Krankenhaus zu verdeutlichen.

⁵⁶vgl. MOSTISCH 2011, S. 51

⁵⁷ebd. S. 51

Auf diese Weise können Menschen angesprochen werden, die Hilfe benötigen, aber nicht wissen wo diese zu finden ist. Zu diesen Menschen zählen im Übrigen auch Mitarbeiter aus anderen Professionen des Krankenhauses. Die Öffentlichkeitsarbeit macht also im Großen und Ganzen auf den Krankenhaussozialdienst aufmerksam und spricht Themen an, die in der Öffentlichkeit in den meisten Fällen weniger präsent sind.⁵⁸

4.2 Kooperations- und institutionsbezogene Aufgaben

In einem Krankenhaus stoßen einige Professionen aufeinander, die die Patienten während ihrer Krankenhausaufenthalte konfrontieren. Dabei sollten sich diese Professionen optimaler Weise an einem kollektiven Behandlungsziel orientieren. Zu diesen Professionen gehören natürlich in erster Linie die Medizin und die Pflege, die mit einem Krankenhaus unmittelbar assoziiert werden. Je nach Krankenhausform und Krankheitsbild können auch weitere Professionen wie die Ergotherapie, Physiotherapie, Diätassistenz, Seelsorge, Psychologie und Soziale Arbeit und noch zahlreiche andere Professionen vertreten sein. Die Soziale Arbeit kann hierbei als die Profession bezeichnet werden, die die leitende Rolle im Schnittstellenmanagement einnimmt und die sich selbst als verbindendes und netzwerkförderndes Element in einem Krankenhaus versteht.⁵⁹ Der Informationsaustausch der Professionen in einem Krankenhaus dient der Feststellung von Versorgungs- und Beratungsbedarfen der Patienten und ist zudem von der interdisziplinären Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen abhängig. Die Informationen zu den jeweiligen Patienten werden in einem interdisziplinären Team besprochen und erörtert, zu dem die Soziale Arbeit in den meisten Fällen auch gehört. Sollte die Informationsbereitschaft von den verschiedenen Professionen nicht vorhanden sein, so wäre die Soziale Arbeit im Krankenhaus nahezu handlungsunfähig. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist demnach für eine bedarfsgerechte und kostengünstige Versorgung der Patienten unverzichtbar.⁶⁰

Die Krankenhaussozialarbeit ist nicht nur für kooperationsbezogene Aufgaben, sondern auch für institutionsbezogene Aufgaben zuständig. Hierzu zählt zum Einen die Netzwerkarbeit, die die Teilnahme an Arbeitskreisen und die Zusammenarbeit mit Institutionen und Anbietern sozialer Dienste beinhaltet, und zum Anderen Projektarbeiten, die die Vertretung des Bereiches der Sozialen Arbeit in einem Krankenhaus bei internen Projekten sowie bei Kooperationsprojekten mit externen Partnern umfasst.

⁵⁸ebd. S. 51

⁵⁹vgl. STEINLE/ SCHMID/ KERN 2016, S. 9f.

⁶⁰vgl. MÜLLER-WONNENBERG 2011, S. 8f.

Davon abgesehen kann die Soziale Arbeit im Krankenhaus auch eigene Projektideen erarbeiten und verwirklichen.⁶¹

Weitere institutionsbezogene Aufgaben der Krankenhaussozialarbeit sind „Anleitung und Ausbildung von Praktikanten, Unterrichtstätigkeit (z.B. an Krankenpflegeschulen), Durchführung innerbetrieblicher Fortbildungen und fachliche Beratung der Mitarbeiter, Sozialberatung für die Mitarbeiter des Krankenhauses, Begleitung ehrenamtlicher Helfer.“⁶²

Für die Durchführung einiger institutionsbezogener Aufgaben kann die Notwendigkeit bestehen, ein zusätzliches Zeitbudget für die Soziale Arbeit im Krankenhaus einzuführen, um die Arbeit der Sozialarbeiter noch professioneller und transparenter zu gestalten.⁶³

4.3 Adressatenbezogene Aufgaben

Dieses Kapitel befasst sich mit den adressatenbezogenen Aufgaben, die die Soziale Arbeit in einem Krankenhaus umfasst. Bei diesen Aufgaben stehen die Sozialarbeiter in direktem Kontakt mit den Patienten und deren Bezugspersonen. Demzufolge sind Interaktion und Kommunikation Voraussetzungen für die adressatenbezogene Aufgaben, die die Handlungsfähigkeit der Sozialen Arbeit aufrechterhalten.

In dieser Arbeit werden die adressatenbezogenen Aufgaben in folgende Aufgabenbereiche unterteilt: Psychosoziale Beratung und Betreuung, sozialrechtliche Beratung, Vorbereitung der Entlassung, Beratung zu Maßnahmen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation sowie Angehörigenberatung.

Die psychosoziale Beratung und Betreuung fungieren als Unterstützungshilfe für Patienten, die Hilfe bei dem Umgang mit ihrer Erkrankung oder die Unterstützung bei der Lösung von familiären, persönlichen und beruflichen Problemen benötigen. Oberstes Ziel der psychosozialen Beratung und Betreuung ist die gemeinsame Erarbeitung von Zukunftsperspektiven für die Patienten.⁶⁴

Die sozialrechtliche Beratung umfasst alle Fragen zu den Rechtsgebieten des Sozialrechts, besonders jedoch Fragen zu dem Bundessozialhilfegesetz und Fragen zu kranken- und pflegeversicherungsrechtlichen sowie rentenrechtlichen Angelegenheiten.

⁶¹vgl. SCHILLING 2003, S. 26f.

⁶²SCHILLING 2003, S. 27

⁶³vgl. SCHILLING 2003, S. 27

⁶⁴ebd. S. 26

Das Besondere an der sozialrechtlichen Beratung ist die leistungsrechtliche Orientierung, die in den meisten Fällen mit Antragstellungen verbunden ist.⁶⁵

Die Entlassungsvorbereitung der Patienten beschäftigt sich mit allen entlassungsrelevanten Angelegenheiten, wie beispielsweise mit der Vermittlung von ambulanten, teilstationären oder stationären Versorgungsangeboten, der Beratung zu Selbsthilfegruppen und anderen Beratungsinstitutionen sowie der Hilfe bei Wohnungslosigkeit.⁶⁶ Bei dem Übergang des Patienten von einem Krankenhausaufenthalt in einen Nachsorgebereich tragen sowohl die Sozialarbeiter als auch die Patienten eine sehr hohe Verantwortung. Gerade deshalb besteht eine hohe Notwendigkeit der Krankenhaussozialarbeit darin, die Patienten und deren Angehörigen intensiv und in vollem Umfang zu beraten. Die Zusammenarbeit mit anderen sozialen Diensten kann sich ebenfalls als sehr hilfreich erweisen, wenn es um die Erschließung von Versorgungsbedarfen und Betreuungsformen der Patienten geht.⁶⁷

Die Beratung zu Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation ist ebenso ein Teilbereich der adressatenbezogenen Aufgaben der Krankenhaussozialarbeit. Bei dieser Form der Beratung werden alle Fragen rund um das Thema Organisation, Vermittlung und Kostenklärung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie alle Fragen zu dem Thema Wiedereingliederung in das Erwerbsleben beantwortet. Gegebenenfalls können auch Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung eingeleitet werden.⁶⁸

Eine sehr bedeutende Rolle spielt auch die Angehörigenarbeit, die für die bedarfsgerechte Versorgung der Patienten unerlässlich ist. Angehörige haben die Funktion den Patienten zu unterstützen und zu stärken. Den Angehörigen wird in den meisten Fällen die ganze Wahrheit über die Erkrankung und ihre Auswirkungen auf den weiteren Lebensverlauf der betroffenen Patienten offenbart, da davon ausgegangen wird, dass die Angehörigen einen besseren Umgang mit der Wahrheit pflegen, als die betroffenen Patienten selbst. Demzufolge nehmen die Angehörigen bei der Behandlung der Patienten die Rolle der Verbündeten ein. Allerdings besteht auch die Wahrscheinlichkeit, dass Angehörige ebenso Betroffene sein können, die selbst unter Ängsten und Verunsicherung leiden. Viele Angehörige entwickeln Überforderungs- oder Todesängste, die den Patienten betreffen.

⁶⁵ebd. S. 26

⁶⁶ebd. S. 26

⁶⁷vgl. REINICKE 1994, S. 93

⁶⁸vgl. SCHILLING 2003, S. 26

An dieser Stelle knüpft die Krankenhaussozialarbeit an, die in solchen Situationen Beratungsgespräche für die Angehörigen anbietet. Die Inhalte dieser Beratungsgespräche umfassen alle Fragen, die den weiteren Lebensverlauf des Patienten betreffen. Beispielsweise wird analysiert, welche Wege dem Patienten mit seiner Erkrankung bzw. mit den Folgen seiner Erkrankung zur Verfügung stehen oder welche Hürden auf die Angehörigen zukommen könnten und welche Instanzen bei der Bewältigung dieser großen Aufgabe als Unterstützung herangezogen werden können. Die Angehörigen haben also ein Anrecht auf fachliche Unterstützung durch die Soziale Arbeit, da sie ein wesentlicher Faktor für den Behandlungserfolg, das Wohlbefinden und die Lebensbewältigung der Patienten darstellen.

5 Methodische Ansätze der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

Die Soziale Arbeit im Krankenhaus setzt ein weites Spektrum an sozialen, psychosozialen, psychotherapeutischen und unterstützenden Methoden voraus, die auf die Patienten individuell angepasst werden müssen. In dieser Arbeit werden folgende Methoden der Krankenhaussozialarbeit vorgestellt: Psychosoziale Beratung, Soziotherapie, Krisenintervention, Case Management, Entlassungsmanagement sowie soziale Prävention und Rehabilitation. Die soeben genannten Methoden dienen der Förderung und dem Wiederaufbau von psychosozialen Kompetenzen und sozialen Netzwerken. Bei der Anwendung dieser Methoden ist es für die Soziale Arbeit unerlässlich mit den Ressourcen und Stärken sowie mit den sozialen Umfeldern der Patienten zu arbeiten. Die Soziale Arbeit erfordert für die Arbeit mit den Patienten eine respektvolle Grundhaltung und ein Grundverständnis für Krankheit und Problemsituationen. Des Weiteren erfolgt die Durchführung von Interventions- und Beratungsmethoden nur mit Zustimmung der Patienten. Bei der Anwendung der in dieser Arbeit beschriebenen Methoden der Krankenhaussozialarbeit muss der Mensch als Ganzes gesehen und sein sozialer Kontext berücksichtigt werden.⁶⁹

5.1 Psychosoziale Beratung

Die psychosoziale Beratung gehört zu den Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus. Sie wirkt einerseits bei anderen bedarfsgerechten Interventionen der Patienten mit, indem sie die Patienten und deren Angehörige involviert und unterstützt. Andererseits stellt sie einen primären Interventionsansatz dar, der sich mit den Themen Problem- und Konfliktlösung, Belastungsbewältigung und Persönlichkeitsentwicklung sowie Lebensorientierung befasst.

⁶⁹vgl. GEIBLER-PILTZ/ MÜHLUM/ PAULS 2005, S. 105ff.

Die psychosoziale Beratung ist eine reflektierte Form der Beziehungsarbeit, die sich kontextspezifisch an Personen und Prozessen orientiert.⁷⁰

Pauls beschreibt die psychosoziale Beratung mit folgenden Worten: „Als dialogischer Interaktionsprozess mit Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Handlungshilfe fußt psychosoziale Beratung in der klinischen 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.“⁷¹

Die Interventionen der psychosozialen Beratung dienen also der Bewältigung von alltäglichen Problemsituationen der Klienten, zu denen beispielsweise auch die sozialen und persönlichen Auswirkungen einer schweren Erkrankung gehören.⁷²

Das Ziel der psychosozialen Beratung ist die Verbesserung der sozialen Teilhabe der Klienten sowie das Ermöglichen einer eigenständigen Lebensführung. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, müssen die Sozialarbeiter eines Krankenhauses den Betroffenen bei der Bewältigung ihrer individuellen prekären Lebenssituationen unterstützend zur Seite stehen. Es können dabei Bereiche der persönlichen Befähigung, der sozialen Sicherung und der sozialen Unterstützung betroffen sein. Der Beratungserfolg ist jedoch nicht nur von den Beratungsinhalten und den Gesprächstechniken der kompetenten Sozialarbeiter abhängig, sondern auch von den Patienten selbst. Der Patient muss dazu bereit sein sich auf die Beratung einzulassen und bei dieser auch Eigeninitiative zu ergreifen, sofern er dazu fähig ist. Diesen Prozess kann der Sozialarbeiter fördern, indem er eine Arbeitsbeziehung schafft, die durch eine haltgewährende Zuwendung geprägt und durch eine neutrale Haltung gekennzeichnet ist. Für die Arbeitsbeziehung ist es ebenso von hoher Bedeutung, dass die Sozialarbeiter über ein hohes Maß an Interesse und Engagement verfügen.⁷³

Im Folgenden soll nun dargestellt werden, wie die psychosoziale Beratung im Großen und Ganzen aufgebaut ist.

Am Anfang der Beratung wird die Lebenssituation des Ratsuchenden mit all seinen sozialen Schwierigkeiten erfasst. Es können, wie bereits erwähnt, Probleme in der sozialen Sicherung bestehen, die das Einkommen, die Wohnverhältnisse oder die sozialen und pflegerischen Dienstleitungen der Klienten betreffen.

⁷⁰ebd. S. 107

⁷¹PAULS zit. nach SCHMIDT 2014, S. 12f.

⁷²vgl. SCHMIDT 2014, S. 12

⁷³ebd. S. 13

Möglicherweise können die Ratsuchenden auch auf soziale Unterstützung angewiesen sein, die beispielsweise Selbsthilfegruppen, Angehörigenarbeit und den Aufbau eines sozialen Netzwerkes umfassen können. Die Patienten können auch auf persönlicher Ebene zu den Themen Krankheitsbewältigung, Motivationsförderung oder allgemeine Befähigung unterstützt werden. Während der Problemerkennung erschließt der Sozialarbeiter, mit Beteiligung der Betroffenen, die vorhandenen Ressourcen der Klienten, die für den Behandlungserfolg von hoher Bedeutung sein könnten. Dabei berücksichtigt er ebenso die Defizite der Klienten.⁷⁴

Nach der Feststellung der Problemsituationen der Ratsuchenden folgen die Ermittlung von Lösungsansätzen und die Vereinbarung von Zielen, die mittels angepasster Interventionen erreicht werden sollen. Dabei werden Interventionen in drei Formen unterschieden: Die Weitergabe von Informationen an die Klienten, die gemeinsame Reflexion mit den Klienten und die Ressourcenerschließung. Bei der Weitergabe von Informationen muss die Krankenhaussozialarbeit die innere Gedankenwelt und die aktuelle Situation der Klienten sowie seine körperliche Verfassung berücksichtigen. So kann beispielsweise der Entstehung von Ängsten und Unsicherheiten, seitens der Patienten, entgegengewirkt werden.⁷⁵

Zu den typischen Interventionen der psychosozialen Beratung gehören Maßnahmen zur Sicherung der Existenzgrundlagen, Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung sowie die Förderung der persönlichen Fähigkeiten der Klienten. In der Praxis besitzen oft ältere Menschen mit komplexen Problemsituationen einen hohen und vielseitigen Bedarf an Unterstützungsleistungen der Sozialen Arbeit.⁷⁶

Für die Sozialarbeiter ist es in den psychosozialen Beratungen von Vorteil, wenn diese Verständnis für die jeweiligen Lebenssituationen der Klienten aufbringen und Empathie für diese entwickeln. Des Weiteren ist der Behandlungserfolg auch von dem umfangreichen Fachwissen und den kommunikativen Kompetenzen der Sozialarbeiter abhängig.⁷⁷

⁷⁴ebd. S. 13f.

⁷⁵ebd. S. 14

⁷⁶ebd. S. 14f.

⁷⁷vgl. MOSTISCH 2011, S. 18

5.2 Soziotherapie

Die Methode der Sozialtherapie bzw. der Soziotherapie wurde im Jahre 2000 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

Das SGB V sagt folgendes über die Soziotherapie aus: „Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.“⁷⁸ Was im SGB V jedoch nicht aufgeführt wird, sind Maßnahmen und Ziele, die die Soziotherapie umfassen. Lediglich die Leistungsträger werden klar definiert, was in diesem Falle Menschen mit psychischen Erkrankungen sind.

Die Soziotherapie ist kein Bestandteil der Psychotherapie, sondern ein Teilgebiet der Klinischen Sozialarbeit, das in psychosozialen Beratungen angewandt wird. Sie basiert auf einer helfenden Beziehung, die von spezialisierten Fachkräften gefördert wird. Diese spezialisierten Fachkräfte verfügen über Kompetenzen, die die vermittelten Kompetenzen eines Grundstudiums übersteigen. Wie bereits erwähnt, wird die Soziotherapie bei Menschen mit psychischen Störungen, chronischen Erkrankungen und gravierenden psychosozialen Defiziten angewandt, denen es an Basiskompetenzen und sozialer Integration mangelt. Mit Hilfe der Soziotherapie können die sozialen und kommunikativen Kompetenzen trainiert, die zwischenmenschlichen Beziehungen gepflegt und die soziale Integration dieser Adressatengruppe verbessert werden.⁷⁹

Die Maßnahmen einer Soziotherapie können die Erstellung eines Betreuungsplanes, die Arbeit im sozialen Umfeld der Klienten, die Analyse der aktuellen Situation der Klienten sowie die Verbesserung der Krankheitswahrnehmung umfassen. Darüber hinaus zählen auch Pünktlichkeitsübungen, Motivationstraining und das Erlernen von sozialen und beruflichen Kompetenzen zu den Maßnahmen der Soziotherapie.⁸⁰

Im Allgemeinen geht es bei der Soziotherapie um die Beseitigung von krankmachenden Faktoren, um die Förderung von sozialen Kompetenzen und um die Unterstützung der Klienten bei der Krankheitsbewältigung. Mit diesen Maßnahmen beeinflusst die Soziotherapie das Umfeld der Klienten und befähigt die Klienten dahingehend, ihre vorhandenen Ressourcen selbstständig zu nutzen.⁸¹

⁷⁸§37a Abs. 1 S. 1 SGB V

⁷⁹vgl. GEIBLER-PILTZ/MÜHLUM/PAULS 2005, S. 108f.

⁸⁰vgl. MOSTISCH 2011, S. 22

⁸¹ebd. S. 22

Zum Schluss wäre es möglicherweise hilfreich zu erwähnen, dass es neben dem Begriff „Soziotherapie“ auch den Begriff „Sozialtherapie“ gibt, die in der Literatur beide dasselbe meinen. Es ist nicht möglich diese beiden Termini strikt voneinander zu trennen, sodass beide Begriffe in der Literatur als Synonyme benutzt werden. Im Gegensatz zur Sozialtherapie, ist die Soziotherapie gesetzlich im SGB V verankert.

5.3 Krisenintervention

Die Krisenintervention ist ebenfalls Bestandteil des Methodenrepertoires der Krankenhaussozialarbeit. Doch was bedeutet eigentlich das Wort „Krise“? Für diesen Begriff gibt es im Allgemeinen keine einheitliche Definition. Caplan definiert eine Krise „als eine akute Überforderung eines bisher gewohnten Bewältigungssystems (Coping) durch belastende äußere oder innere Ereignisse.“⁸² Dabei werden mehrere Krisenformen voneinander unterschieden. Zu nennen wären beispielsweise somatische Krisen, psychiatrische Krisen, traumatische Krisen und Veränderungskrisen. Die Krankenhaussozialarbeit wird in den meisten Fällen mit traumatischen Krisen, die durch unvorhergesehene Ereignisse gekennzeichnet sind, konfrontiert. Unvorhergesehene Ereignisse können zum Beispiel der Verlust einer nahestehenden Person oder der Verlust des Arbeitsplatzes sein. Auch Veränderungskrisen tauchen in der Arbeit mit den Patienten eines Krankenhauses relativ häufig auf. Veränderungskrisen sind durch längere Entwicklungsphasen gekennzeichnet, in denen akute oder in naher Zukunft bevorstehende Veränderungen ablaufen.⁸³

Für die Entstehung von Krisen gibt es zahlreiche Theorien und Konzepte. Beispielsweise spricht das Konzept der kritischen Lebensereignisse von lebensverändernden Ereignissen eines Menschen, die sich stark auf sein Leben auswirken. Diese lebensverändernden Ereignisse ziehen starke Belastungen und Anpassungsschwierigkeiten als Folge nach sich. Lebensverändernde Ereignisse können Trennungen, Verluste oder aber auch die Geburt eines Kindes sein. Wenn diese Ereignisse von einem Menschen nicht selbstständig bewältigt werden können, so können körperliche oder psychische Erkrankungen auftreten oder möglicherweise auch Krisen entstehen.⁸⁴

Doch wie sieht nun Krisenintervention in der Krankenhaussozialarbeit aus und wie gestaltet sie sich?

⁸²CAPLAN zit. nach MOSTISCH 2011, S. 19

⁸³vgl. MOSTISCH 2011, S. 19f.

⁸⁴ebd. S. 20

Die Krisenintervention umfasst in der Krankenhaussozialarbeit personenbezogene Hilfen und umweltbezogene Hilfen, die mittels verschiedener Handlungsmethoden der Krankenhaussozialarbeit durchgeführt werden. Diese Hilfen bedienen sich methodisch größtenteils an den Mitteln der Beratung, der Psychotherapie und der Netzwerkarbeit sowie an den Mitteln der sozialen Unterstützung. Die Krisenintervention stellt „eine eher kurze, sofortige, direkte Maßnahme dar, bei der unter Einsatz aller verfügbarer Hilfsmittel eine akute Krise bewältigt werden muss.“⁸⁵ Außerdem ist sie ein vielseitiges Hilfsangebot, das in unterschiedlichen Professionen und Diensten geleistet wird, wie zum Beispiel in der Notfallmedizin, Suizidprävention oder in gemeindeorientierten Angeboten. Darüber hinaus stellt die Krisenintervention nicht nur eine kurzfristige Maßnahme dar, sondern auch ein Arbeitsfeld, das durch Multiprofessionalität gekennzeichnet ist. Das heißt, dass mehrere Professionen zusammenarbeiten, um die Krise einer betroffenen Person so schnell wie möglich abzuwenden. Die Krisenintervention umfasst Maßnahmen, die durch niederschwellige Hilfe und durch Ressourcenaktivierung die Bewältigungsmöglichkeiten der betroffenen Personen wieder herstellt. Dabei setzt sich die Krisenintervention als Ziel, einer Verschlimmerung oder sogar Chronifizierung der Krisensituation vorzubeugen. Zu den Maßnahmen gehört die „stützende Beziehung zwischen Klient(system) und Helfer; [die] Orientierung und Halt gebende Klärung der Situation, des Erlebens sowie der Belastungen und Ressourcen; [die] Klärung von Ausmaß, Möglichkeiten und Grenzen sozialer Unterstützung und deren Aktivierung (z.B. Einbeziehung von Bezugspersonen); [und die] sozialökologische Ressourcenaktivierung im Rahmen eines regionalen professionellen Netzwerkes psychosozialer und medizinischer Hilfen.“⁸⁶

5.4 Case Management

Um die Bedeutung des Case Managements in der Krankenhaussozialarbeit besser verstehen zu können, wird im Folgenden zunächst auf das Case Management im Allgemeinen eingegangen. Das Case Management ist Bestandteil der Einzelfallhilfe und bezieht sich auf die Organisation und Vernetzung von Hilfen, die darauf abzielen die Lebensbewältigung und das Wohlbefinden der Patienten zu steigern. Die hilfegebenden Fachkräfte werden als Case Manager bezeichnet. Ihre Aufgabe besteht darin, Kontakte mit anderen Fachleuten und Institutionen zu knüpfen und die Kooperation mit diesen zu fördern. Auch die Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsschwierigkeiten gehört zu dem Aufgabenfeld eines Case Managers.

⁸⁵KANFER et al. zit. nach GEIBLER-PILTZ/ MÜHLUM/ PAULS 2005, S. 111

⁸⁶GEIBLER-PILTZ/ MÜHLUM/ PAULS 2005, S. 112

Der Case Manager fungiert im Großen und Ganzen als Koordinator der Systeme, als Vermittler von Dienstleistungen und als Berater in Sachen Lebensangelegenheiten. Im Grundsatz des Case Managements geht es hauptsächlich darum, dass die Patienten (wieder) dahingehend befähigt werden, dass sie sich selbstständig und angemessen mit ihrem Umfeld auseinandersetzen können. Wie bereits erwähnt, fällt auch die Netzwerkarbeit in das Leistungsspektrum des Case Managements, die sowohl persönliche Netzwerke (Beziehungen von Menschen zueinander) als auch institutionelle Netzwerke umfasst. Die genaue Betrachtung der persönlichen Netzwerke der Patienten ist für die Case Manager unerlässlich, da Netzwerke stets in übergreifende sozialstrukturelle Zusammenhänge eingebettet sind. Wie es auch bei anderen Methoden der Fall ist, so kann die Methode des Case Managements nicht bei jedem Patienten angewandt werden, da nicht alle Patienten auf die Hilfeleistungen des Case Managements angewiesen sind.⁸⁷ Die oben beschriebenen allgemeinen Handlungsansätze des Case Managements finden ebenfalls im Krankenhaus Anwendung.

In einem Krankenhaus werden verschiedene Varianten des Case Managements angewandt, bei denen soziale, pflegerische und administrative Aspekte im Fokus stehen. Das medizinisch-soziale Case Management ist für die Soziale Arbeit im Krankenhaus von sehr hoher Bedeutung und ist demzufolge unerlässlich für die Arbeit mit den Adressaten-Gruppen. Es verknüpft medizinische, pflegerische und soziale Dienstleistungen, die vor allem von Personen mit chronischen Erkrankungen in Anspruch genommen werden. Bei dem medizinisch-sozialen Case Management werden Versorgungsmöglichkeiten in einem kooperativen Prozess geplant, ausgewählt, durchgeführt, kontrolliert und evaluiert. Dabei stehen die formellen und informellen Ressourcen der Patienten sowie deren aktuellen Bedarfe im Vordergrund.⁸⁸

Das Case Management im Krankenhaus beinhaltet die Versorgung der Patienten vor der Aufnahme in ein Krankenhaus bis hin zur Entlassung aus einem Krankenhaus. Im Idealfall wirken alle Beteiligten bei der Versorgung der Patienten mit, damit die Qualität einer kostengünstigen Behandlung gewährleistet werden kann. Das von Sozialarbeitern angewandte Case Management im Krankenhaus berücksichtigt bei der Erfassung von Problemsituationen und bei der Entwicklung von bedarfsgerechten Hilfen nie nur die internen Abläufe eines Krankenhauses, sondern auch die Umweltbezüge der Patienten.

⁸⁷ vgl. GEIBLER-PILTZ/ MÜHLUM/ PAUL , S. 109f.

⁸⁸ vgl. ANSEN/ GÖDECKER-GEENEN/ NAU 2004, S. 81ff.

Remmel-Faßbender sagt folgendes über das Case Management im Krankenhaus: „Eine Nachfrage oder genauere Überprüfung zeigt z.B. in Krankenhaussozialdiensten, dass damit nur eine Art Lotsenfunktion für weitere Maßnahmen innerhalb und außerhalb der stationären Behandlung gemeint ist. Diese wird zwar systematisch und damit besser gesteuert, endet aber in der Regel beim Verlassen des Krankenhauses nach dem Assessment oder der Serviceplanung. Bei Wiederaufnahme muss der Prozess ggf. zeitraubend neu beginnen.

Die Zuständigkeitsbegrenzungen erlauben keine weitere Begleitung der Maßnahmen, keine Kontrolle und Auswertung.“⁸⁹ Das heißt, dass nicht alle einzelnen Schritte des Case Managements in der Krankenhaussozialarbeit umgesetzt werden können und dass das vorhandene Potenzial des Case Managements, aufgrund der Stellung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus, nicht vollständig ausgeschöpft werden kann, da die Soziale Arbeit die zahlenmäßig kleinste Berufsgruppe im Krankenhaus darstellt und zudem über sehr begrenzte Entscheidungsbefugnisse verfügt. Dennoch steht fest, dass das Case Management die Methodenkompetenzen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus bereichert.⁹⁰

5.5 Entlassungsmanagement

Das Entlassungsmanagement stellt ebenso eine Methodik der Sozialen Arbeit im Krankenhaus dar, bei der dafür gesorgt wird, dass die Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nahtlos in eine Nachbehandlung bzw. Weiterbehandlung übergehen können. Es umfasst die rechtzeitige Weitergabe von Informationen an die versorgungsbedürftigen Patienten, die Kooperation mit anderen Professionen, die mit an der Versorgung der Patienten beteiligt sind, und die Übergabe der Patienten in nachstationäre Versorgungsformen. Des Weiteren erfordert das Entlassungsmanagement im Einzelfall die Berücksichtigung von individuellen Aspekten.⁹¹ Bei dem Entlassungsmanagement spielt die Einbindung des Patienten, der Angehörigen und der Bezugspersonen sowie die Einbindung der internen und externen Kooperationspartner eine sehr große Rolle. Warum das so ist, wird nun im Nachfolgenden beschrieben.

Die Einbindung der Patienten, seiner Angehörigen und Bezugspersonen ist für die Planung des Überganges in die Nachsorge - also für das Entlassungsmanagement - unerlässlich, wenn das Ziel durch eine langfristige Stabilität des Behandlungserfolges gekennzeichnet sein soll.

⁸⁹REMMELE-FABBENDER zit. nach ANSEN/ GÖDECKER-GEENEN/ NAU 2004, S. 82

⁹⁰ebd. S. 81

⁹¹vgl. ULRICH 2007, S. 261 (Internetquelle)

Der Patient ist dabei selbstverständlicherweise der wichtigste Kooperationspartner, da sich die gesundheitliche und soziale Versorgung hauptsächlich an seinen vorhandenen Bedürfnissen und Ressourcen orientiert. Die Versorgungsmöglichkeiten, die vom Personal des Krankenhauses geplant werden, sind demnach von den individuellen Bedürfnissen, Ressourcen, Ängsten und Wünschen der Patienten abhängig. Die Einbindung von Angehörigen und Bezugspersonen ist vor allem dann notwendig und hilfreich, wenn es um die Schaffung eines stabilen und sozialen Netzes für die Patienten geht. In diesem Fall sollten die Angehörigen und Bezugspersonen vor der Entlassung ihrer nahestehenden betroffenen Person aus dem Krankenhaus umfangreich informiert und in die Planung von Versorgungsleistungen verbindlich involviert werden. Voraussetzung des qualitativen Entlassungsmanagements ist zum einen die psychosoziale Beratung, die auf Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung abzielt, und zum anderen die zielgenaue Einschätzung der aktuellen Lebenssituation der Patienten. Schlussendlich kann die Umsetzung der Versorgungsmöglichkeiten in den Alltag der Patienten nur zufriedenstellend sein, wenn die Krankenhaussozialarbeit die Ressourcen und Bedürfnisse der Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen kontinuierlich berücksichtigt.⁹²

Auch die interne und externe Einbindung von Kooperationspartnern ist Bestandteil des Entlassungsmanagements eines Krankenhauses. Die Erarbeitung einer qualitativen Lebensperspektive für die Patienten erfolgt mit den Patienten, seinen Angehörigen und Bezugspersonen zusammen und setzt die Berücksichtigung der individuellen Bedingungen des sozialen Umfeldes sowie der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Aspekte des Einzelfalls voraus. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen des Krankenhauses ist für die Krankenhaussozialarbeit unverzichtbar, da nur auf diesem Wege alle Aspekte der zukünftigen Lebensgestaltung der Patienten einbezogen werden können. Des Weiteren trägt die Einbindung der internen und externen Kooperationspartner zu einer optimalen Vorbereitung des Überganges der Patienten von einem Krankenhausaufenthalt in eine nachstationäre Versorgung bei. Die nachsorgenden Dienste von internen und externen Kooperationspartnern stellen einen wesentlichen Faktor für die Umsetzung des Entlassungsmanagements dar.⁹³

⁹²ebd. S. 261

⁹³ebd. S. 261

Ein erfolgreiches Entlassungsmanagement zeichnet sich besonders dadurch aus, dass die Sozialarbeiter eines Krankenhauses über umfangreiche Kenntnisse zu Strukturen des Krankenhauses, zu regionalen Angeboten in ambulanten, teilstationären und stationären Gesundheits- und Sozialbereichen sowie Kenntnisse zu deren Zugangs- und Finanzierungsmöglichkeiten verfügen.⁹⁴

5.6 Soziale Prävention und Rehabilitation

Soziale Prävention und Rehabilitation sind ebenfalls Methoden der Krankenhaussozialarbeit, die bei der Arbeit mit den Patienten eine erhebliche Rolle spielen. Mit sozialer Prävention ist die Schaffung von förderlichen Lebensperspektiven, die Unterstützung von gemeinschaftlichen Aktivitäten zur Förderung der Autonomie und die Förderung und Entwicklung von Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten der Patienten gemeint. Der Begriff der sozialen Rehabilitation kann dagegen auf verschiedenen Ebenen verstanden werden. Zum einen kann Rehabilitation Wiederbefähigung bedeuten, die bei der Arbeit mit kranken Menschen und Menschen mit Behinderung im Fokus steht. Zum anderen kann Rehabilitation auch eine Maßnahme bzw. eine psychosoziale Behandlungsmethode darstellen. In diesem Sinne ist soziale Rehabilitation Zielsetzung, Arbeitsform und Institution zugleich. Die Krankenhaussozialarbeit ist für alle Aufgaben der Rehabilitation zuständig, die die Patienten in Form von psychosozialer Beratung und Behandlung betreuen. Soziale Prävention und Rehabilitation umfassen alle Maßnahmen, die darauf abzielen die individuellen und prekären Lebenslagen der Patienten so zu verändern, dass der Entstehung von neuen Erkrankungen entgegengewirkt werden kann. Während der Durchführung dieser Maßnahmen ist die Autonomie und Eigenverantwortlichkeit der Patienten zu gewährleisten.⁹⁵ Firnenburg sieht das Hauptziel der sozialen Rehabilitation besonders darin, „psychisch kranken oder behinderten Menschen das ihnen mögliche Niveau an Freude, Selbstverwirklichung und gesellschaftlicher Teilhabe zu erhalten bzw. wiederherzustellen im Rahmen einer möglichst selbstständigen, subjektiv und mit den Ansprüchen der sozialen Umgebung vereinbarten Lebensführung.“⁹⁶ Dieses Ziel soll mit Hilfe von sozial-klinischer Beratung und Behandlung erreicht werden, die eine erfolgreiche Krankheits- und Lebensbewältigung, soziale Integration und Selbstbildstabilisierung als Folge nach sich ziehen.

⁹⁴ebd. S. 261

⁹⁵vgl. GEIBLER-PILTZ/ MÜHLUM/ PAULS 2005, S. 112f.

⁹⁶FIRNENBURG zit. nach GEIBLER-PILTZ/ MÜHLUM/ PAULS 2005, S. 113

Während dieses Prozesses wird selbstverständlicherweise, wie auch bei anderen bereits genannten Methoden der Krankenhaussozialarbeit, die gesamte Lebenswelt der Patienten einbezogen, insbesondere die familiäre Lebenswelt. Darüber hinaus wird aber auch die Teilnahme am kulturellen Leben, die finanzielle Absicherung und die Wohnsituation berücksichtigt.⁹⁷

Die Krankenhaussozialarbeit - oder die Klinische Sozialarbeit als Ganzes – hätte die Chance zu einer Leitdisziplin zu werden, wenn es nur um die reine soziale Dimension der Rehabilitation in einem Krankenhaus ginge. Es gibt keinen anderen Beruf in einem Krankenhaus oder in einer anderen klinischen Einrichtung, der sich so umfangreich um die Integration der Patienten in den Alltag, die Einbeziehung der sozialen Netzwerke und um die Hilfe zur Selbsthilfe bemüht.⁹⁸

6 Ältere Menschen als beispielhafte Adressaten-Gruppe der Krankenhaussozialarbeit

In der Krankenhaussozialarbeit gibt es eine sehr hohe Vielfalt an unterschiedlichen Handlungsfeldern und dementsprechend können die Adressaten der Sozialarbeiter sehr stark variieren. Diese Vielfalt ist jedoch von der Größe eines Krankenhauses und von seinen Abteilungen und Behandlungsangeboten abhängig. Je größer ein Krankenhaus ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass in diesem eine hohe Anzahl von Fachabteilungen und Behandlungsangeboten vorhanden ist. Das heißt auch, dass die Anzahl an unterschiedlichen Handlungsfeldern und Adressaten viel höher ist, als beispielsweise in kleineren Krankenhäusern. Diese Arbeit beschränkt sich ausschließlich auf ältere Menschen als Adressaten-Gruppe der Krankenhaussozialarbeit, damit ein tiefer Einblick in diese Adressaten-Gruppe vorgenommen werden kann.⁹⁹ Weitere Adressaten-Gruppen der Krankenhaussozialarbeit wären beispielsweise Kinder; werdende Eltern; Menschen, die an Aids, Alzheimer oder Krebs erkrankt sind oder Ausländer.¹⁰⁰

Der Fokus der Krankenhaussozialarbeit wird zukünftig, aufgrund des demografischen Wandels, vor allem auf ältere Menschen liegen. Das heißt, dass die Unterstützungsangebote der Krankenhaussozialarbeit zunehmend mehr auf die Belange der immer älter werdenden Bevölkerung abgestimmt werden müssen.

⁹⁷vgl. GEIBLER-PILTZ/ MÜHLUM/ PAULS 2005, S. 113

⁹⁸ebd. S. 112f.

⁹⁹vgl. MOSTISCH 2011, S. 52

¹⁰⁰vgl. REINICKE 1994, S. 5f.

Durch die stetig steigende Lebenserwartung und die kontinuierlichen Geburtenrückgänge wird das demografische Gleichgewicht zunehmend verändert. Das beweist die Anzahl der älteren Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. Im Jahre 2004 betrug der Anteil der über 80-Jährigen in Deutschland ca. 2,9 Mio., während es im Jahre 2010 ca. 4 Mio. waren. Im Jahre 2020 wird die Anzahl der über 80-Jährigen in Deutschland auf ca. 5,3 Mio. ansteigen.¹⁰¹ Die Lebenserwartung der Deutschen wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst. Aktuell ist die durchschnittliche Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung höher denn je. Parallel dazu ist auch das Lebenszeitrisiko - also die Wahrscheinlichkeit, während der gesamten Lebenszeit an unterschiedlichen Störungen - zu leiden, enorm angestiegen. In der Vergangenheit sind die Menschen im Vergleich zu heute schneller durch einzelne Erkrankungen gestorben, während die meisten Erkrankungen heutzutage, aufgrund des hohen Levels der medizinischen Versorgung, nicht unmittelbar tödlich sind. Dafür treten in der heutigen Zeit vermehrt Mehrfacherkrankungen in den höheren Lebensjahren auf. Diese Mehrfacherkrankungen können sich wechselseitig beeinflussen oder aber unabhängig voneinander existieren.¹⁰²

Im Folgenden wird die Situation der älteren Menschen als Adressaten-Gruppe der Sozialen Arbeit in einem Krankenhaus und die damit möglichen aufkommenden Problematiken geschildert. Im Anschluss wird verdeutlicht, wie die Krankenhaussozialarbeit bzw. der Krankenhaussozialdienst mit der ausgewählten Adressaten-Gruppe vorgeht.

6.1 Situation der älteren Menschen im Krankenhaus und mögliche aufkommende Problematiken

Es gibt verschiedene Gründe, weshalb ältere Menschen in ein Krankenhaus aufgenommen werden. Grundsätzlich unterscheidet man zwei grundlegende Ursachen voneinander. Die eine Ursache liegt in der Krankenhausbedürftigkeit eines älteren Menschen und die andere in der krisenhaften Zuspitzung von Versorgungsproblemen.

Zusätzlich gibt es drei Erkrankungshintergründe, die zu einem Krankenhausaufenthalt führen können. Zu nennen ist zum einen die Existenz von Erkrankungen, die schon bereits in einem früheren Lebensalter präsent waren und sich im Laufe der Zeit chronifiziert haben. Zum Zweiten begünstigen primäre Alterskrankheiten, deren Prävalenz mit steigendem Alter zunimmt, die Aufnahme eines älteren Menschen in ein Krankenhaus.

¹⁰¹vgl. ANSEN/ GÖDECKER-GEENEN/ NAU 2004, S. 41

¹⁰²vgl. SCHMIDT 2014, S. 21

Als letztes können auch Krankheiten im Alter, die nicht altersabhängig sind, sich aber dennoch auf den älteren Menschen in biologischer und psychologischer Hinsicht auswirken können, zu einem Krankenhausaufenthalt führen. Bei entsprechender Ausprägung dieser drei Erkrankungshintergründe ist ein Krankenhausaufenthalt für die betroffene Person unabwendbar.¹⁰³

Die Situation von älteren Menschen ist in den meisten Fällen durch eine Vielfalt an Störungen des Gesundheitszustandes und durch soziale Isolation gekennzeichnet. Die Existenz dieser Bedingungen begünstigt oftmals die Aufnahme von älteren Menschen in ein Krankenhaus. Das Behandlungsziel dieser Personengruppe beinhaltet die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der physischen und psychischen Beweglichkeit und die Förderung einer autonomen Lebensführung der Patienten. Des Weiteren wird eine möglichst kurze Verweildauer der Patienten in einem Krankenhaus angestrebt.¹⁰⁴

Eine Untersuchung von Arnold und Lang hat im Jahre 1989 ergeben, dass Menschen in einem Alter von 60 bis 69 Jahren vor allem unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (35%), rheumatische Beschwerden (31%) und unter Erkrankungen des Bewegungsapparates (25%) leiden. Aber auch Stoffwechselerkrankungen (20%), Erkrankungen der Verdauungs- und Ausscheidungsorgane (17%) sowie Atemwegserkrankungen (13%) gehören zu den Krankheiten, die im hohen Alter präsent sind. Abgesehen von den eben genannten Erkrankungen müssen auch Menschen mit einer dementiellen Erkrankung (4-7%) berücksichtigt werden, dessen Personengruppe mit zunehmendem Alter kontinuierlich wächst. Bei älteren Menschen handelt es sich oftmals um Patienten, die eine Multimorbidität aufweisen und bei denen sich die Erkrankungen chronifiziert haben. Demzufolge ist bei dieser Personengruppe ein langanhaltender Diagnose- und Therapieprozess erforderlich. Für alte Menschen, die sich in solch einer Situation befinden, sind Bettlägerigkeit und die damit oft verbundene geforderte Inaktivität vorprogrammiert. Auch die lange Trennung der Patienten von ihrem gewohnten sozialen Umfeld und die damit einhergehende soziale Isolation können die Situation der Betroffenen zusätzlich erschweren.¹⁰⁵ Krankenhausaufenthalte bedeuten also im Großen und Ganzen für die Adressaten-Gruppen der Krankenhaussozialarbeit die Trennung von der alltäglichen Lebenswelt und somit auch die Trennung von dem Gefühl von Sicherheit und Vertrautheit.

¹⁰³vgl. SCHILLING 2003, S. 14

¹⁰⁴vgl. REINICKE 1994, S. 72

¹⁰⁵ebd. S. 73f.

Das heißt, dass die gewohnte und vertraute Umgebung, der eingespielte Tagesablauf und alltägliche routinierte Aktivitäten wegfallen. Bei älteren Menschen können sich im Zuge des Krankenhausaufenthaltes Ängste entwickeln, die sich zuvor nur im Unterbewusstsein abgespielt haben. Dazu zählt zum Beispiel die Unwissenheit über die Entwicklung von Erkrankungen und ihrer Begleiterscheinungen, aber auch die Angst vor Abhängigkeit. In der Praxis hat sich gezeigt, dass ältere Menschen in solchen Situationen sehr unterschiedlich reagieren können. Krankenhausaufenthalte ziehen nicht nur ausschließlich negative Folgen nach sich, sondern können auch positiv bewältigt und erlebt werden. Einige Patienten erleben Krankenhäuser beispielsweise als Orte, die Sicherheit und Hoffnung auf Besserung des Gesundheitszustandes spenden. Trotz dieses Beispiels stellen Krankenhauseinweisungen risikobehaftete Belastungssituationen für ältere Menschen dar, besonders wenn die Krankenhauseinweisung aus einer krisenhaften Situation heraus erfolgt. Krankenhausaufenthalte bedrohen in der Regel die autonome Lebensführung der älteren Patienten und können eine vorübergehende oder verstärkte Demenz hervorrufen. Ältere Patienten, die schwere Erkrankungen aufweisen, entwickeln zumeist Verhaltensweisen, wie zum Beispiel sozialer Rückzug, Niedergeschlagenheit und Resignation, die für sie aus der nicht zu bewältigenden Situation resultieren. Darüber hinaus kann ein Krankenhausaufenthalt auch dazu führen, dass ältere Menschen Hilflosigkeit erlernen, die laut Seligmans Theorie durch den Verlust von Kontroll- und Einflussmöglichkeiten hervorgerufen wird und die schließlich zu passivem Verhalten führt. Hilflosigkeit können ältere Menschen besonders dann erlernen, wenn sie bemerken, dass ihre Bemühungen sich nicht positiv auf die Behandlungsergebnisse auswirken oder wenn sie merken, dass sie ihre Situation in keinsten Weise positiv beeinflussen können. Des Weiteren kann ein Krankenhausaufenthalt für den älteren Menschen auch den Verlust des Umweltbezuges bedeuten, der besonders dann zum Vorschein kommt, wenn ältere Patienten aus dem Krankenhaus entlassen werden. All diese Situationsmerkmale können dazu führen, dass ältere Menschen ihren jeweiligen individuellen Krankenhausaufenthalt als bedeutsamen Einschnitt in ihr Leben wahrnehmen.¹⁰⁶

Die strukturellen Rahmenbedingungen eines Krankenhauses wirken sich ebenfalls auf die Situationen von älteren Patienten aus. Krankenhäuser sind durch eine streng gegliederte Hierarchie, die sich sowohl auf die Mitarbeiter des Krankenhauses als auch auf die dort behandelten Patienten auswirkt, gekennzeichnet.

¹⁰⁶vgl. SCHILLING 2003, S. 15ff.

Die unterschiedlichen Professionen, die in einem Krankenhaus vertreten sind, grenzen sich hinsichtlich des gesellschaftlichen und beruflichen Status voneinander ab und unterliegen demzufolge einer klaren hierarchischen Ordnung. An oberster Spitze der Hierarchie befinden sich die Mediziner, die eine Vorrangstellung gegenüber anderen Berufsgruppen eines Krankenhauses genießen. Alle anderen Professionen sind den Mediziner untergeordnet und müssen sich somit an die medizinischen Abläufe anpassen. Nach Garms-Homolová und Schaeffer befindet sich der ältere Mensch, als Patient, auf der untersten Stufe der Hierarchie, da er aufgrund seiner chronischen Erkrankungen und seiner Multimorbidität für die Mediziner eher uninteressant scheint, weil die Ärzte davon ausgehen, dass die Behandlung von älteren Menschen lediglich zu einer Linderung der Beschwerden, nicht jedoch zu einer Heilung führt. Ältere Menschen befinden sich ebenfalls auf der untersten Stufe der Hierarchie, weil das Selbstbild der Mediziner von akutmedizinischen Interventionsstrategien geprägt ist. Das heißt, wenn eine Erkrankung nicht mehr zu heilen ist, wie es bei älteren Menschen zumeist der Fall ist, so streben die Mediziner eine schnellstmögliche Entlassung an. Die Mediziner übernehmen im Krankenhaus die Funktion des „gate keepers“, was bedeutet, dass sie über die Aufnahme, die Aufenthaltsdauer und über weitere Versorgungsmaßnahmen entscheiden dürfen. Dies könnte sich vor dem Hintergrund des ökonomischen Drucks negativ auf die älteren Patienten auswirken, da die Gefahr besteht, dass sich die Entlassungs- und Versorgungsorganisation auf reine Transferaufgaben beschränken, die eine schnelle und effiziente Entlassung anstreben. Krankenhäuser greifen auf unterschiedliche Strategien zurück, die eine lange Aufenthaltsdauer von älteren Patienten vermeiden und gleichzeitig Kosten einsparen sollen. Zu diesen Strategien gehören zum Beispiel abgeschlossene Bündnisse mit Organisationen der Ersten Hilfe, die die Patienten vorab an andere Krankenhäuser verweisen. Des Weiteren kann es durchaus vorkommen, dass Patienten während der Einweisung in ein Krankenhaus, aufgrund eines vermuteten bzw. unterstellten Versorgungsproblems, sofort zurückgeschickt werden. Während der Aufnahme von älteren Patienten werden in vielen Fällen Pflegeheimanmeldungen vom Krankenhauspersonal vorgenommen, um einer langen Aufenthaltsdauer entgegenzuwirken. Dies geschieht jedoch meistens nicht im Sinne der älteren Patienten. Darüber hinaus kann auch die Entlassung von älteren Patienten aus einem Krankenhaus relativ kurzfristig und unvorbereitet erfolgen.

Weitere Strategien eines Krankenhauses, die kurze Krankenhausaufenthalte und geringe Behandlungskosten anstreben, stellen die Weitervermittlung der Patienten bei aufkommenden medizinischen und ökonomischen Problemen in andere stationäre Einrichtungen und die schnelle Vermittlung der Patienten in eine stationäre Dauerpflege dar.¹⁰⁷

Bei all diesen Strategien werden die Bedürfnisse der Patienten nicht hinterfragt, da die strukturellen Erfordernisse des Krankenhauses im Vordergrund stehen. Das heißt, dass die Bedarfs- und Problemlagen der Patienten als zweitrangig angesehen werden. An dieser Stelle wird deutlich, dass sich das Krankenhauspersonal in einem Spannungsfeld befindet, bei dem auf der einen Seite das professionelle Selbstverständnis, was nicht mit den zuvor genannten Strategien vereinbar ist, und auf der anderen Seite der Kostendruck, der auf das Bestehen eines Krankenhauses abzielt, zu sehen ist.¹⁰⁸

Weiterhin können sich die einseitigen Versorgungsangebote und das Sicherheitsbedürfnis des Krankenhauspersonals problematisch auf die Situationen von älteren Menschen auswirken. Viele Krankenhausmitarbeiter neigen zu sehr dazu, die Lebenssituationen von älteren Patienten sicherzustellen, da noch immer in vielen Fällen davon ausgegangen wird, dass Alter und Krankheit unmittelbar zusammenhängen. Damit wird den älteren Patienten suggeriert, dass sie selbst ihre Lebenslage nicht richtig einschätzen können. Demzufolge ist bei dem Krankenhauspersonal häufig ein bevormundetes Verhalten gegenüber den Patienten zu beobachten. Dieses Verhalten, aber auch Haftungsängste und falsch verstandene Verantwortungsgefühle können die Patienten enorm in ihrer Selbstbestimmung einschränken.¹⁰⁹

Die in den Krankenhäusern herrschenden Regeln können den Handlungsspielraum der älteren Patienten ebenfalls stark beschränken. Dazu gehört zum Beispiel der vorbestimmte Tagesablauf der Patienten, der Weckzeiten, Wartezeiten, Besuchszeiten und Anpassungen an pflegerische Abläufe beinhaltet. Auch direkte oder indirekte Liegezwänge beeinflussen den Handlungsspielraum von älteren Patienten und können gegebenenfalls auch Mobilitätsverzögerungen oder Abhängigkeiten entstehen lassen. Auch die Umgebungsbedingungen eines Krankenhauses können sich auf den psychischen und sozialen Zustand eines älteren Menschen auswirken.

¹⁰⁷vgl. SCHILLING 2003, S. 17f.

¹⁰⁸ebd. S. 18

¹⁰⁹ebd. S. 18

Schlechte Beleuchtung, räumliche Enge, fehlende Privatsphäre und ein kontinuierlicher Geräuschpegel können zu Verunsicherung und Unwohlsein führen.¹¹⁰

6.2 Vorgehen des Sozialdienstes

In diesem Kapitel werden einzelne Schritte des Sozialdienstes beschrieben, die allgemein bei allen Adressaten-Gruppen der Krankenhaussozialarbeit eingeleitet werden. Bei der Beschreibung der Vorgehensweise des Sozialdienstes werden besonders ältere Menschen als Adressaten-Gruppe berücksichtigt.

Der Sozialdienst wird auf Anfrage oder durch einen Hinweis auf eine problematische Situation auf die Patienten aufmerksam. Die Anfrage oder der Hinweis kann von den Patienten selbst oder von Angehörigen, Bekannten, kooperierenden Einrichtungen oder von den Mitarbeitern eines Krankenhauses stammen.¹¹¹

Der erste Schritt des Sozialdienstes stellt, in Abstimmung mit den Betroffenen und beteiligten Professionen, die Ermittlung der individuellen Ressourcen und Bedürfnisse der Patienten dar. Die Sozialarbeiter ermitteln zusammen mit den Patienten ihre persönlichen, sozialen und materiellen Problemsituationen, die durch unterschiedliche Erkrankungen hervorgerufen wurden. Auch die Wohnraumversorgung und finanzielle Angelegenheiten werden in diesem Schritt geklärt. Die Problemerkennung bei älteren Patienten umfasst folgende drei Themen: soziale Sicherung, soziale Unterstützung und persönliche Unterstützung. Der Sozialarbeiter fertigt während der Problemerkennung eine Übersicht an und achtet währenddessen auf vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten der Patienten. Zur Problemerkennung und Ermittlung von Defiziten und vorhandenen Ressourcen dient in Geriatrien beispielsweise das Geriatriische Assessment, das als standardisierter, multidimensionaler und interdisziplinärer Vorgang definiert ist.¹¹²

Das Geriatriische Assessment soll die Planung von Therapie und Entlassung erheblich erleichtern und kann im Zusammenhang mit therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen die „Pflegebedürftigkeit, den Medikamentenverbrauch, die Erforderlichkeit einer stationären Pflege, die Morbidität, aber auch die Mortalität von geriatrischen Patienten reduzieren.“¹¹³

Im Anschluss an die Problemerkennung, erfolgt die gemeinsame Benennung von Zielen und die gemeinsame Ermittlung von Lösungs- und Interventionsmöglichkeiten.

¹¹⁰ebd. S. 19

¹¹¹vgl. SCHMIDT 2014, S. 26

¹¹²ebd. S. 27f.

¹¹³SCHMIDT 2014, S. 28f.

Bei der Umsetzung der Ziele können Angehörige, interne Kooperationspartner des Krankenhauses, Leistungsträger sowie Dienste und Einrichtungen der Altenpflege und Rehabilitation unterstützend herangezogen werden. In diesem Schritt übernimmt die Soziale Arbeit überwiegend die Rolle des Koordinators.¹¹⁴

Die Entlassungsplanung ist ein weiterer Schritt, der vom Sozialdienst durchgeführt wird und sollte schon weit im Voraus der Entlassung eines Patienten aus dem Krankenhaus erfolgen, damit den Patienten ein nahtloser Übergang in die Nachsorge ermöglicht werden kann. Bei der Entlassungsplanung müssen sowohl unterschiedliche Unterstützungs- und Versorgungsmöglichkeiten abgewogen als auch medizinische, pflegerische und vor allem soziale Faktoren beachtet werden. Die Wohnsituation und die Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit der älteren Patienten, aber auch die Möglichkeit und Bereitschaft der Pflegeübernahme durch Angehörige spielen hierbei eine sehr bedeutende Rolle. Außerdem müssen bei der Entlassungsplanung sowohl die ökonomischen Aspekte als auch die individuellen Ziele und Wünsche der älteren Patienten berücksichtigt werden.¹¹⁵

Der Sozialdienst muss über das Verständnis verfügen, dass ältere Menschen nicht immer dazu in der Lage sind sich schnell auf veränderte oder neue Lebenssituationen einzustellen. Deshalb ist es von hoher Bedeutung, dass immer wieder Gespräche zu den Patienten gesucht werden, in denen sie gezielt aktiviert werden. Je eher Sozialarbeiter in den Prozess der Beratung einbezogen werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Übergang der Patienten vom Krankenhaus in eine häusliche Gemeinschaft oder in die Nachsorge nahtlos erfolgen kann. Darüber hinaus wäre es für jeden einzelnen älteren Patienten sinnvoll, einen Gesamtplan zu erstellen, der alle Maßnahmen enthält, die der Verbesserung und Stabilisierung der Gesundheit dienen.¹¹⁶

¹¹⁴vgl. SCHMIDT 2014, S. 30

¹¹⁵ebd. S. 29

¹¹⁶vgl. REINICKE 1994, S. 74f.

7 Fazit

Wie am Anfang erwähnt wurde, bestand ein Ziel dieser Arbeit darin, sich näher mit den Inhalten und Zielsetzungen der Krankenhaussozialarbeit zu beschäftigen und die Rolle der Sozialen Arbeit im Krankenhaus zu analysieren. Die Krankenhaussozialarbeit ist eine Teildisziplin der Klinischen Sozialarbeit, deren Wurzeln ungefähr 100 Jahre zurückreichen. Innerhalb dieser 100 Jahre hat die Präsenz der Sozialen Arbeit in den Krankenhäusern Deutschlands stark zugenommen, sodass sie sich schon nahezu zu einer selbstständigen Profession entwickelt hat. Das Ziel der Krankenhaussozialarbeit besteht darin, die Problemsituationen der Patienten zu analysieren und ihre Ressourcen und Bedürfnisse zu ermitteln. Die Ermittlung von individuellen Lösungsansätzen und das Anbieten von geeigneten Hilfeleistungen gehört ebenfalls zu den Zielvorstellungen der Krankenhaussozialarbeit. Wichtig ist hierbei, dass die Patienten bei der Zielumsetzung involviert werden, denn nichts sollte ohne die Zustimmung der Patienten geschehen. Die Soziale Arbeit sorgt unter anderem auch dafür, dass sich die Dauer der Krankenhausaufenthalte der Patienten nicht unendlich in die Länge zieht. Im Großen und Ganzen beinhaltet die Soziale Arbeit im Krankenhaus alle erforderlichen Schritte und Maßnahmen, die dazu beitragen die individuellen sozialen Folgen der Patienten, die aufgrund unterschiedlicher Erkrankungen entstanden sind, zu stabilisieren. Darüber hinaus wirkt die Krankenhaussozialarbeit aktiv bei der Vermeidung von erneuten Rückfällen der Patienten mit, die das medizinische Versorgungssystem zum wiederholten Male belasten könnten. Für die Sozialarbeiter ist es deshalb unerlässlich, dass sie über umfangreiche Kenntnisse zu vorhandenen Versorgungs-, Rehabilitations- und Beratungseinrichtungen verfügen. Allgemein identifiziert sich die Krankenhaussozialarbeit mit zwei wesentlichen Funktionen: Die Begleitung und Absicherung der Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes und die Vorbereitung und Absicherung der Patienten auf die Entlassung.

Die Soziale Arbeit versteht sich im Krankenhaus selbst als mitwirkende und professionell handelnde Instanz, die die Versorgungssysteme koordiniert. Sie sieht sich als ergänzende Profession zu der Medizin und Pflege, die die Patienten in ihren individuellen Lebenssituationen unterstützt. Die Krankenhaussozialarbeit ist die einzige Profession im Krankenhaus, die als Vermittler und Verhandlender fungiert, da sie sich einzig und allein auf die individuellen Lebenssituationen und Krankheitsbewältigungen der Patienten fokussiert. Gegenüber den Ärzten und Patienten besteht die Rolle der Sozialen Arbeit darin, die Durchsetzung von Maßnahmen zu steuern.

Die Krankenhaussozialarbeit spielt aber auch für externe Kooperationspartner eine bedeutende Rolle, denn sie stellt das Tor zum Krankenhaus dar, das einerseits Informationen weitergibt und das sich andererseits an der Umsetzung von neuen Richtlinien beteiligen kann. Für die Leistungsträger des Gesundheitssystems ist die Soziale Arbeit ein wichtiger Dienst im Krankenhaus, der sie dabei unterstützt die Bevölkerung bedarfsgerecht zu versorgen. Das heißt, dass die Soziale Arbeit an der bedarfsgerechten Versorgung bzw. Behandlung der Patienten mitwirkt.

Ein weiteres Ziel dieser Arbeit stellte die Beantwortung der Frage dar, ob die Krankenhaussozialarbeit bessere Nachsorgemöglichkeiten für die Patienten erzielen kann. Es gab bisher keine andere Profession in einem Krankenhaus, die sich so sehr auf die Patienten und seine individuellen Lebenslagen fokussiert hat, wie die Soziale Arbeit. Die Soziale Arbeit berücksichtigte erstmals bewusst und gezielt die sozialen Problemsituationen der Patienten, die aufgrund verschiedener Erkrankungen hervorgerufen wurden. Die Genesung der Patienten wird vor allem durch die frühzeitige Schaffung von Perspektiven für die Zeit nach der Entlassung positiv beeinflusst. Eine rechtzeitige und qualitativ hochwertige Beratung zu Maßnahmen der Rehabilitation und zu Möglichkeiten der poststationären pflegerischen Versorgung durch die Soziale Arbeit tragen dazu bei, dass eine angemessene Nachsorge gewährleistet werden kann. Oft entstehen durch Erkrankungen dauerhafte Beeinträchtigungen, wie beispielsweise nach schweren Schlaganfällen, Amputationen und nicht heilbaren Krebserkrankungen, die Beratungsgespräche zu dem Umgang mit den sozialen Folgen einer Erkrankung erforderlich machen. Auch diese Form der Beratung ist für die Entlassung der Patienten von hoher Bedeutung. Das Treffen von konkreten Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungserfolges trägt ebenfalls dazu bei, dass eine angemessene Nachsorge gewährleistet werden kann. Im Großen und Ganzen kann davon ausgegangen werden, dass die Krankenhaussozialarbeit für die Patienten bessere Nachsorgemöglichkeiten erzielt. Dafür muss jedoch auch die personale Beschaffenheit des jeweiligen Krankenhauses stimmen, denn wenn nur sehr wenige Stellen für Sozialarbeiter vorhanden sind, kann sich das negativ auf die bedarfsgerechte Versorgung der Patienten auswirken.

Literaturverzeichnis

- ANSEN, H./ Gödecker-Geenen, N./ Nau, H.: Soziale Arbeit im Krankenhaus. München 2004.
- BARTH, T./ Schmitz, C.: Sozialer Dienst im Krankenhaus und die Zusammenarbeit mit Krankenkassen. Gedanken, Ideen zur Gestaltung. In: Reinicke, P. (Hrsg.): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau 2001. S. 107-116.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7., völlig überarb. und aktual. Aufl. Baden-Baden 2011.
- GAGZOW, W.: Sozialdienst im Krankenhaus und Deutsche Krankenhausgesellschaft. Kooperation gesundheitspolitischer Institutionen. In: Reinicke, P. (Hrsg.): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau 2001. S. 131-138.
- GEIBLER-PILTZ, B./ Mühlum, A./ Pauls, H.: Klinische Sozialarbeit. München 2005.
- HARRER, M.E. (2013): Burnout und Achtsamkeit. Das bio-psycho-soziale Modell. URL: <http://burnoutundachtsamkeit.at/menschenbild/bio-psycho-soziales-modell/> [Stand 12.12.2017]
- HEUFT, G.: Sozialarbeit im Krankenhaus. Zusammenarbeit mit der Medizin. In: Reinicke, P. (Hrsg.): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau 2001. S. 154-160.
- MOSTISCH, B. (2011): Klinische Sozialarbeit und Soziale Arbeit im Krankenhaus. Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Bachelorarbeit, Hochschule Esslingen.
- MÜLLER-WONNENBERG, J. (2011): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Studienarbeit, SRH Hochschule Heidelberg.
- PAULS, H.: Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3., Aufl. Weinheim und Basel 2013.
- REINICKE, P.: Krankenhaus. Sozialarbeiter als Partner in der Gesundheitsversorgung. Eine Einführung. Weinheim und Basel 1994.
- SCHILLING, A.: Ältere Menschen im Krankenhaus. Sozialarbeiterische Beratung vor dem Hintergrund neuer Entwicklungen im Gesundheitswesen. Kassel 2003.

SCHMIDT, C.: Ältere Patienten in der klinischen Sozialarbeit. Soziale Arbeit im Krankenhaus im Hinblick auf die wachsende Zahl älterer Patienten. Bachelorarbeit, Hochschule Neubrandenburg.

SGB V – Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S 2477).

STEINLE, J./ Schmid, P./ Kern, A.O. (2016): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Zwischen pejorativer Konnotation und Innovation. Studienarbeit, Hochschule Ravensburg-Weingarten.

ULRICH, H. (2007): Sozialdienst im Krankenhaus [PDF-Datei]. URL:
<https://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/5-2%20Sozialdienst%20im%20Krankenhaus.pdf> [Stand 12.12.2017]

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Ausführungen, die fremden Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, sind kenntlich gemacht. Die Arbeit war in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung.

Samtens, den 08.03.2018

Lisa Kayserling