Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Soziale Arbeit

# Krankenhaussozialarbeit in Bezug auf das Entlassmanagement palliativer Krebspatienten

**BACHELORARBEIT**

zur Erlangung des akademischen Grades
BACHELOR OF ARTS (B.A.)

vorgelegt von
Jette Liefländer

Erstprüferin: Prof. Dr. Susanne Dreas
Zweitprüferin: Dipl.-Soz.-Päd. Angela Weging
URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2019-0307-2
Abgabe: 07.06.2019

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis ..... I

Abbildungsverzeichnis ..... II

Tabellenverzeichnis ..... II

Einleitung ..... 1

1 Das Entlassmanagement ..... 4

1.1 Begriffsklärung ..... 4

1.2 Die gesetzlichen Rahmenbedingungen ..... 6

1.3 Praktische Umsetzung des Rahmenvertrags ..... 7

Entlassmanagement ..... 7

2 Krankenhaussozialarbeit ..... 10

2.1 Begriffsklärung ..... 10

2.2 Historische Aspekte ..... 11

2.3 Der berufliche Stellenwert ..... 14

2.4 Aufgabenfelder ..... 19

2.5 Sozialarbeiterische Anwendungsmethoden ..... 21

2.5.1 Case Management ..... 21

2.5.2 Empowerment-Ansatz ..... 26

3 Palliative Krebspatienten ..... 27

3.1 Begriffsklärung ..... 27

3.2 Belastungen durch eine Krebserkrankung ..... 29

3.2.1 Körperliche Probleme ..... 29

3.2.2 Psychische Probleme ..... 32

3.2.3 Soziale Probleme ..... 34

3.3 Die Bedürfnisse in der letzten Lebensphase ..... 35

3.4 Nachstationäre Versorgungsmöglichkeiten ..... 37

3.4.1 Die Spezialisierte Ambulante Patientenversorgung (SAPV) ..... 38

3.4.2 Das stationäre Hospiz ..... 39
4 Krankenhaussozialarbeit in Bezug auf das Entlass- ..... 41
management palliativer Krebspatienten ..... 41
4.1 Handlungsempfehlungen für die Praxis ..... 41
4.2 Grenzen ..... 47
4.3 Chancen ..... 49
5 Zusammenfassung ..... 50
6 Quellenverzeichnis ..... 53
7 Eidesstattliche Erklärung ..... 56

## Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| § | Paragraph |
| Abs. | Absatz |
| DGCC | Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management |
| DKG | Deutsche Krankenhausgesellschaft |
| DKI | Deutsches Krankenhausinstitut |
| DRG | Diagnosis Related Groups |
| DVSG | Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen |
| e. V. | eingetragener Verein |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| S. | Satz |
| SAPV | Spezialisierte ambulante Palliativversorgung |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| u. a. | unter anderem |
| VPU | Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschland e. V. |

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Begriffszuordnung der Sozialen Arbeit……..……..…11
Abbildung 2: Nichtärztliches Krankenhauspersonal 2017……..…15
Abbildung 3: Beratungsleistungen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus…..……18
Abbildung 4: Komplexes Hilfesystem palliativer Krebspatienten……..…..……..21
Abbildung 5: Bedürfnispyramide nach A. Maslow……...…...…34

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berufsgruppen des medizinisch-technischen Dienstes mit ihrem jeweiligen prozentualen Anteil……..…..16
Tabelle 2: Körperliche Symptome palliativer Patienten……...……27

# Einleitung

*„Die größte Enttäuschung ist der Moment,*
*in dem der Gegenüber nicht mehr den Mensch,*
*sondern nur noch die Diagnose sieht.“*
(Palliativpatient, zit. nach Schnell/Schulz 2012, S. 136)

Das obige Zitat stammt von einem palliativen Krebspatienten[1], der sich in der stationären Behandlung eines Krankenhauses befand. Darin kommt die Enttäuschung zum Ausdruck, dass er auf die Diagnose seiner vorliegenden Erkrankung reduziert und nicht mehr als Mensch wahrgenommen wurde.

In einem Zeitalter, in dem die Krankenhäuser, u. a. durch die Einführung des pauschalisierten Fallsystems DRG 2004, dazu gezwungen werden, sich den Prozessen der Ökonomisierung zu unterwerfen, beschränken sich die Aufgaben der Krankenhaussozialarbeit zunehmend auf eine Bearbeitung von hohen Fallzahlen und die Tätigkeiten im Entlassmanagement (vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004, S. 127). Dies hat zur Folge, dass die individuelle Lebensgeschichte und die Bedürfnislage des Patienten bei seiner Entlassungsvorbereitung nicht ausreichend berücksichtigt werden (vgl. ebd.).

Im Jahr 2017 trat der Rahmenvertrag Entlassmanagement in Kraft, der für deutsche Krankenhäuser seither verbindlich ist. Durch ihn soll das Auftreten von mangelhaften nachstationären Versorgungsleistungen der Patienten weitestgehend verhindert werden (vgl. § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V Rahmenvertrag Entlassmanagement).

Insbesondere palliative Krebspatienten befinden sich in einer besonderen Phase ihres Lebens, nämlich einer, die mit dem Tod endet. Deshalb sollte ihnen besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich ihrer Entlassungsvorbereitung in ihre Zuhause zuteilwerden.

[1] Um die vorliegende Arbeit lesbar zu gestalten, wird darin nur die männliche Sprachform verwendet. Es sollen jedoch stets beide Geschlechter gemeint sein.

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Fragestellung, inwieweit sich die Krankenhaussozialarbeit in Bezug auf das Entlassmanagement von palliativen Krebspatienten wirksam integrieren lässt. Zur Beantwortung der Problematik wurde die Methode der Literaturarbeit verwendet. Es wurde das Ziel verfolgt, bereits gewonnene Erkenntnisse aus der Literatur zusammenzutragen und diese in Bezug auf die zugrunde liegende Fragestellung zu betrachten. Es wurde dabei eine Unterteilung in vier Kapitel vorgenommen, die folgende Schwerpunkte zum Inhalt haben:

Im ersten Kapitel nimmt das Entlassmanagement eine zentrale Rolle ein. Dabei kommt es zunächst zur Erklärung des Begriffs (Kapitel 1.1.). Anschließend wird auf die gesetzlichen Vorgaben eingegangen und in diesem Zusammenhang, der Rahmenvertrag Entlassmanagement mit seinen Inhalten genauer vorgestellt (Kapitel 1.2). Das erste Kapitel endet mit der genaueren Beschreibung der praktischen Umsetzung des Rahmenvertrags Entlassmanagement, die anhand von einzelnen deutschen Krankenhäusern beispielhaft erläutert wird (Kapitel 1.3).

Im zweiten Kapitel schließt sich die Thematisierung der Krankenhaussozialarbeit an. Dabei kommt es zunächst zur Erklärung des Begriffs selbst (Kapitel 2.1), bevor auf einzelne historische Ereignisse, die die Soziale Arbeit nachhaltig prägten, eingegangen wird (Kapitel 2.2). Anschließend wird der berufliche Stellenwert der Krankenhaussozialarbeit näher betrachtet (Kapitel 2.3). Dem schließt sich die Beschreibung des Aufgabenfeldes eines Krankenhaussozialarbeiters an (Kapitel 2.4). Das zweite Kapitel endet mit der Thematisierung des Case Managements (Kapitel 2.5.1) und des Empowerment-Ansatzes (Kapitel 2.5.2), wobei es sich um zwei etablierte Anwendungsmethoden der Sozialen Arbeit handelt.

Im dritten Kapitel wird auf die palliativen Krebspatienten Bezug genommen. Dabei kommt es zunächst zur Erklärung des Palliativbegriffs und dann zur Definition der Krebserkrankung (Kapitel 3.1). Im Anschluss werden die vielfältigen Belastungen präzisiert, die durch eine Krebserkrankung auftreten können. Hierbei wird der Fokus auf die körperlichen Leiden (Kapitel 3.2.2), psychischen Belastungen (Kapitel 3.2.3) sowie sozialen Beeinträchtigungen (Kapitel 3.3.3) gelegt. Daraufhin werden die Bedürfnisse näher beschrieben, die ein Mensch in der letzten Phase seines Lebens hat (Kapitel 3.4). Das dritte Kapitel endet mit der Erläuterung der Speziali-

sierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und dem stationären Hospiz (Kapitel 3.5), wobei es sich um zwei nachstationäre Versorgungsleistungen für palliative Krebspatienten handelt.

Das vierte Kapitel dieser Arbeit thematisiert die Beantwortung der anfänglichen Fragestellung, inwieweit sich die Krankenhaussozialarbeit in Bezug auf das Entlassmanagement von palliativen Krebspatienten integrieren lässt. Die literarischen Erkenntnisse der vorherigen drei Kapitel werden in Verbindung mit der vorliegenden Problematik gebracht. Dabei wird zunächst auf konkrete Handlungsempfehlungen für die Krankenhaussozialarbeit in Bezug auf das Entlassmanagement von palliativen Krebspatienten eingegangen (Kapitel 4.1), bevor die Grenzen (Kapitel 4.2) und Chancen (Kapitel 4.3) diesbezüglich näher erläutert werden.

# 1 Das Entlassmanagement

Da in der vorliegenden Arbeit die Forschungsfrage zugrunde liegt, inwiefern sich die Krankenhaussozialarbeit in das Entlassmanagement palliativer Krebspatienten integrieren lässt, soll in diesem Kapitel auf das Entlassmanagement selbst Bezug genommen werden. Dabei kommt es zunächst zur Begriffsklärung, bevor die gesetzlichen Vorgaben des Rahmenvertrags Entlassmanagement näher beschrieben werden. Das Kapitel endet mit dem Inhalt der praktischen Umsetzung des Rahmenvertrags Entlassmanagement, die anhand von ausgewählten Beispielen an deutschen Krankenhäusern genauer erläutert wird.

## 1.1 Begriffsklärung

Unter dem Begriff Entlassmanagement ist eine strukturierte und geplante Vorgehensweise zu verstehen, mit deren Hilfe die Patienten von einem Akutkrankenhaus in eine nachstationäre Behandlung (z. B. ambulante Pflegedienste) übergeben werden (vgl. Müller 2010, zit. nach Appelrath/Messerle 2018, S. 5).

In der Literatur herrscht Konsens darüber, dass das Entlassmanagement bei der Patientenaufnahme beginnt und mit der Entlassung aus der jeweiligen Institution endet (vgl. Matschke 2018, S. 30). Außerdem wird die Auffassung geteilt, dass sich das positive Gesamtpotenzial des Managements in der Überleitung vom stationären in den ambulanten Bereich entfaltet (vgl. Appelrath/Messerle 2018, S. 9). Insbesondere chronisch Kranke, so die Autoren, sind auf ein dauerhaftes Management der einzelnen Schnittstellen angewiesen (vgl. ebd.).

Laut Matschke gehört es zu den Zielen des Entlassmanagements, diese vorhandenen Schnittstellen der einzelnen Sektoren im Gesundheitswesen zu überwinden. Außerdem sollten ihrer Meinung nach, eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit, eine Entlastung des Stationspersonals sowie eine Vermeidung von unnötigen Wiedereinweisungen und eine Verkürzung der Liegezeiten angestrebt werden (vgl. Matschke 2018, S. 33).

Hochstadt hebt in Bezug auf das Entlassmanagement im Krankenhaus hervor, dass der Patient im Fokus des Handlungsgeschehens stehen soll. Zudem ist eine angemessene Kommunikation, Vernetzung und Kooperation aller Beteiligten erstrebenswert, um den Informationsfluss optimal zu gestalten (vgl. Hochstadt 2018, S. 39).

Grundsätzlich kann das Entlassmanagement von verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt werden und der Einsatz sowohl von ärztlichem als auch pflegerischem Personal wie ebenso von Sozialarbeitern oder sogenannten Case Managern ist möglich (vgl. Appelrath/Messerle 2018, S. 7).

Für das Entlassmanagement existieren verschiedene Standards, an denen sich die Krankenhäuser orientieren können. Laut einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts e. V. (DKI) aus dem Jahr 2014 wenden 63 % der teilnehmenden Krankenhäuser den Nationalen Expertenstandard an (vgl. Blum/Reus 2014, zit. nach Appelrath/Messerle 2018, S. 22).

Durch die verbindliche Einführung des Patientenidentifikationssystems DRG (Diagnosis Related Groups) im Jahr 2004 ist die Bedeutung des Entlassmanagements an deutschen Krankenhäusern gestiegen (vgl. ebd. 2018, S. 5). Es kann u. a. dazu beitragen, dass sich die Krankenhausaufenthaltsdauer der Patienten nicht unnötig verlängert, was sich positiv auf die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses auswirkt. Zudem sorgt ein effektiv durchgeführtes Entlassmanagement für die Verhinderung des sogenannten Drehtür-Effekts (vgl. Klakow-Franck/Kunze 2018, S. 26). Gemeint ist damit, dass die Patienten aufgrund einer schlechten nachstationären Versorgungslage innerhalb kürzester Zeit wieder aufgenommen werden müssen. Um dies zu verhindern, wurde im Jahr 2012 ein Anspruch der gesetzlich Versicherten auf das Entlassmanagement im Sozialgesetzbuch V verankert. Die genauen gesetzlichen Vorgaben werden im nachfolgenden Kapitel thematisiert (vgl. ebd.).

## 1.2 Die gesetzlichen Rahmenbedingungen

Seit dem 01.07.2017 sind deutsche Krankenhäuser durch § 39 Abs.1a S. 5 SGB V sowie durch § 2 Abs. 3 des Rahmenvertrags Entlassmanagement gesetzlich in die Pflicht genommen, Patienten bedarfsentsprechend bei der nachstationären Versorgungsplanung zu unterstützen. Der Rahmenvertrag wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) vereinbart. Er darf von gesetzlich krankenversicherten Patienten in Anspruch genommen werden, die sich in voll- oder teilstationärer Krankenhausbehandlung befinden (vgl. § 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement). Privatpatienten und Selbstzahler finden keine Erwähnung in diesem Kontext, weshalb er für sie nicht gilt.

Nach § 2 Abs. 2 S. 2 des Rahmenvertrags Entlassmanagement konzentriert sich dieser auf individuelle Patientenbedürfnisse und arbeitet dabei teilhabe- und ressourcenorientiert. Es ist zudem festgelegt, dass die Anwendung transparenter Standards auf Grundlage einer multidisziplinären Zusammenarbeit durch das Krankenhaus sicherzustellen ist. Dabei sollen die Verantwortlichkeiten der beteiligten Berufsgruppen klar geregelt sein (§ 3 Abs. 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement). Außerdem wird für die Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf ein differenziertes Assessment empfohlen und in diesem Zusammenhang, die Forderung gestellt, eine Bedarfsermittlung von verordnungsfähigen Leistungen, wie die der Spezialisierten ambulanten Patientenversorgung (SAPV), durchzuführen (§ 3 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement). Die übrigen Inhalte dieses gesetzlichen Vertrags wurden von Khan tabellarisch dargestellt. Demnach gehören u. a. auch die Informationspflicht des Krankenhauses, die schriftliche Patienteneinwilligung für die Durchführung des Entlassmanagements sowie die Erstellung eines Entlassplans für jeden Patienten dazu. Außerdem ist das Ausstellen von bedarfsentsprechende Medikamenten- oder Heilmittelverordnungen und die Erreichbarkeit zu festen Zeiten darin enthalten (vgl. Khan 2018, S. 128f.).

Khan zufolge ist die Implementierung des Rahmenvertrags Entlassmanagement in den einzelnen Krankenhäusern unterschiedlich weit fortgeschritten. Während sich einige Institutionen kaum um eine praktische Umsetzung bemühen, verfügen an-

dere bereits über ein ausgereiftes Entlassmanagementsystem. Khan hebt in diesem Zusammenhang hervor, dass die Krankenhäuser mit der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben vor eine große Herausforderung gestellt werden. Aktuell bereiten beispielsweise die geforderten Verordnungen und die Verwendung von bundeseinheitlichen Formularen, große Schwierigkeiten (vgl. Khan 2018, S. 127). Inwiefern sich der Prozess des Entlassmanagements unter Berücksichtigung des entsprechenden Rahmenvertrags gestalten könnte, wird im nachfolgend erläutert.

## 1.3 Praktische Umsetzung des Rahmenvertrags Entlassmanagement

Da der Rahmenvertrag Entlassmanagement zukünftig für alle Krankenhäuser, die nach § 108 SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, einen wichtigen Bestandteil der Organisation darstellt, ist es wichtig, ihn praktikabel in den Versorgungsablauf eines Krankenhauses zu integrieren (Khan 2018, S. 139). Wie in Kapitel 1.1 bereits erwähnt wurde, nutzen zwar 63 % der Krankenhäuser den Nationalen Expertenstandard, allerdings variieren die Möglichkeiten der Implementierung des Rahmenvertrags in den Krankenhäusern sehr stark. Aus diesem Grund wird sich an dieser Stelle nur auf einige ausgewählte Möglichkeiten der praktischen Umsetzung an deutschen Krankenhäusern beschränkt:

*Informationspflicht und Beratung des Patienten (§ 39 Abs. 1a Satz 9 SGBV i. V. m. § 7 Abs. 1):* Hierbei hat die Schön Klinik Harthausen Informationsmaterial bezüglich des Entlassmanagements zusammengefasst und öffentlich zugänglich in der Patientenaufnahme bereitgestellt. Es enthält u. a. Hinweise darauf, welche Konsequenzen eine mögliche Ablehnung hätte (vgl. Fahle 2018, S.197). Im Universitätsklinikum Frankfurt werden dem Patienten die Formulare zur Einwilligung bei der administrativen Aufnahme in der Verwaltung ausgehändigt. Khan hebt hervor, dass hierzu die einheitlichen Formulare aus Anlage 1a und 1b des Rahmenvertrags Entlassmanagement zu nutzen sind (vgl. Khan 2018, S. 144).

*Sicherstellen eines standardisierten Entlassmanagements in multidisziplinärer Zusammenarbeit (§ 39Abs. 1a Satz 9 SGB V i. V. m. § 3 Abs. 1):* Hierzu wurde am Universitätsklinikum Frankfurt die Stabsstelle des Zentralen Patientenmanagements gebildet. Diese setzt sich aus den drei Abteilungen, Aufnahmemanagement, Case Management und Sozialdienst, zusammen (vgl. ebd., S. 140f.) und besteht aus unterschiedlichen Berufsgruppen (z. B. Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Case Manager) (vgl. ebd., S. 147). Khan spricht in diesem Zusammenhang die Empfehlung aus, eine eigene Abteilung für das Entlassmanagement zu bilden. Diese sollte seiner Meinung nach autonom von vorgegebenen Strukturen handeln können und einen konkreten Auftrag verfolgen. Außerdem ist der Kompetenzbereich der Abteilung eindeutig zu definieren und eine Rechenschaftspflicht gegenüber dem Vorstand erforderlich. Der Autor hebt hervor, dass der Bereich Entlassmanagement engagierte Mitarbeiter benötigt, die stets an der Weiterentwicklung und Verbesserung dieses Konzepts arbeiten und bereit dazu sind, unkonventionelle Wege zu gehen (vgl. ebd., S. 139f.).

*Anwendung eines geeigneten Assessments unter Verantwortung des Krankenhausarztes (§ 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V i. V. m. § 3 Abs. 2):* Dies erfolgt im Katholischen Klinikum Koblenz-Montabaur durch das pflegerische Personal in Form der Pflegeanamnese auf der jeweiligen Station. Es wird in Form eines digitalen Aufnahmebogens erhoben und im entsprechenden Computerprogramm hinterlegt. Erreicht der Patient mehr als zehn Punkte, wird das Entlassmanagement als erforderlich von der Pflegekraft markiert. Es findet zudem eine Dokumentation im Entlassplan und eine entsprechende Weiterleitung des Bedarfs an die Soziale Arbeit statt (vgl. Nauroth 2018, S. 172). Demnach wird im Klinikum Koblenz-Montabaur der Krankenhaussozialarbeiter nach der Durchführung des pflegerischen Assessments kontaktiert und mit der weiteren Organisation und Koordination des Entlassmanagements beauftragt. Im Universitätsklinikum Frankfurt hingegen beschreibt Khan, stellt nicht der Sozialarbeiter, sondern der sogenannte Case Manager die nächste Schnittstelle nach der Erhebung des Assessments dar (vgl. Khan 2018, S. 146 f.) Hochstadt beschreibt zudem, dass das Assessment frühzeitig durchgeführt werden muss, um eine möglichst bedarfsgerechte und zufriedenstellende nachstationäre Versorgung beim Patienten zu erreichen. Der Autorin zufolge, wäre es dabei von Vorteil, auch das unmittelbare Umfeld des Betroffenen

miteinzubeziehen, da sie oftmals eine Schlüsselrolle im Prozess der Entlassung einnehmen (vgl. Hochstadt 2018, S. 40).

*Sicherstellen eines Entlassplans (§ 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V i. V. m. § 3 Abs. 3):* An der Paracelsus-Klinik Bad Ems wurde ein hausinterner Entlassplan durch ein interdisziplinäres Team erstellt (vgl. Bock 2018, S.190). Er ist für alle Mitarbeiter in der jeweiligen Patientenakte hinterlegt und zugänglich. Dies bringt den Vorteil mit sich, dass gleichzeitig der Punkt der geforderten Erreichbarkeit im Rahmenvertrag Entlassmanagement, erfüllt wird. Der Entlassplan ist von den Ärzten und Pflegekräften nach der Anamneseerhebung zu erstellen. Er enthält u. a. Informationen bezüglich der durchgeführten Anamnesen, der persönlichen Patientendaten und des Bedarfs auf Entlassmanagements. Die Dokumentation findet fortlaufend statt und wird explizit mit Datum und Unterschrift der Beteiligten versehen (vgl. Bock 2018, S. 190).

*Vordrucke/Verordnungen (§ 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V i. V. m. § 6):* Im Klinikum Koblenz-Montabaur werden die ärztlichen Verordnungen von dem jeweiligen Mitarbeiter des Stationssekretariat entsprechend vorbereitet, d. h. ausgedruckt und dem Arzt zur Unterschrift vorgelegt (vgl. Nauroth 2018, S. 175). Dabei muss beachtet werden, dass das Rezept innerhalb von drei Werktagen vom Patienten eingelöst werden muss und eine Betriebsstättennummer des Krankenhauses, sowie eine Facharztnummer enthält, die sich bisher auf das Arztpseudonym 4444444 beschränkt (vgl. Khan 2018, S. 149f.).

Wie anfangs bereits erwähnt wurde, ist die Struktur der einzelnen Krankenhäuser und selbst in den darin befindlichen Fachabteilungen so unterschiedlich, dass jede Institution für sich eine geeignete Lösung suchen muss, um die einzelnen Inhalte des Rahmenvertrags Entlassmanagement in die Praxis umzusetzen die Praxis umzusetzen und erfolgreich in die einzelnen Handlungsabläufe zu integrieren. Aktuell stehen die Krankenhäuser vor einer großen Herausforderung, den vielfältigen Anforderungen an das Entlassmanagement gerecht zu werden. Dennoch ist die gesetzliche Verbindlichkeit des Entlassmanagements als Gewinn für die Patienten zu sehen. Sie können auf dieser Grundlage nachstationär effizienter versorgt werden. Außerdem kann der in Kapitel 1.1 beschriebene Drehtür-Effekt dadurch verhindert werden. Hinsichtlich der Krankenhaussozialarbeit in diesem Prozess wur-

de vor der Einführung des Rahmenvertrags Entlassmanagement am Universitätsklinikum Frankfurt festgestellt, dass Krankenhaussozialarbeiter zu spät in das Prozedere der Entlassung integriert wurden, was zur Folge hatte, dass sich der Krankenhausaufenthalt des Patienten unnötig verlängerte. Zudem wurde beobachtet, dass die Verantwortung des Entlassmanagements allein bei der Krankenhaussozialarbeit lag (vgl. Khan 2018, S. 137). Die genaue Rolle der Sozialarbeiter im Krankenhaus wird im folgenden zweiten Kapitel näher untersucht.

# 2 Krankenhaussozialarbeit

Zunächst soll geklärt werden, was unter dem Begriff der Krankenhaussozialarbeit zu verstehen ist und inwiefern sich dieser von dem der Klinischen Sozialarbeit abgrenzt. Danach werden einzelne historische Einflüsse dargestellt, die besonders einflussreich auf den Stellenwert der Sozialen Arbeit waren. Damit soll ein Grundverständnis für den heutigen beruflichen Stellenwert der Krankenhaussozialarbeit gelegt werden. Der berufliche Stellenwert wird im Anschluss näher betrachtet, bevor auf die sozialarbeiterischen Aufgabenfelder im nächsten Schritt eingegangen wird. Das erste Kapitel endet mit der Darstellung des Case Managements und Empowerment-Ansatzes; hierbei handelt es sich um zwei ausgewählte sozialarbeiterische Anwendungsmethoden. Insbesondere das Case Management ist eine etablierte Methode, die im Krankenhaus häufig zur Anwendung kommt und auf Menschen mit komplexen Problemlagen ausgerichtet ist.

## 2.1 Begriffsklärung

Die Krankenhaussozialarbeit ist laut Bienz und Reinmann eine Teildisziplin der Klinischen Sozialarbeit, gleichwohl beide Begriffe häufig sinngleich verwendet werden (vgl. Bienz/Reimann 2004, S. 18). Das Wort klinisch bezeichnet dabei nicht den Behandlungsort der Klinik. Es umschreibt in erster Linie den Kliniker im Sinne eines Behandelnden, der in direktem Kontakt mit einem Patienten steht (vgl. Geißler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005, S. 11f.). Die Sozialarbeiter in diesem Berufsfeld können in einem (teil-)stationären (z. B. psychiatrische Tageskliniken) oder ambu-

lanten (z. B. Familienberatungsstellen) Setting tätig sein (vgl. ebd., S. 13f.). Die Krankenhaussozialarbeit hingegen beschränkt sich ausschließlich auf den stationären Krankenhausaufenthalt eines Patienten, bis hin zur Planung seiner Entlassung. Die Klinische Sozialarbeit ist folglich ein Oberbegriff und Krankenhaussozialarbeit ein darunter zu fassendes Tätigkeitsfeld, das speziell im Krankenhaus zur Anwendung kommt. An der folgenden Abbildung 1 wird verdeutlicht, dass die Krankenhaussozialarbeit ein spezielles Tätigkeitsfeld innerhalb der Klinischen Sozialarbeit ist, die ihrerseits zur Profession der Sozialen Arbeit gehört:

| | |
|---|---|
| Profession: | Soziale Arbeit |
| Teildisziplin: | Klinische Sozialarbeit |
| Tätigkeitsfeld: | Krankenhaussozialarbeit |

**Abbildung 1: Begriffszuordnung**
**Quelle: Eigene Darstellung.**

## 2.2 Historische Aspekte

Dieses Kapitel thematisiert die Krankenhaussozialarbeit hinsichtlich ihrer Entwicklung vom anfänglichen Ehrenamt bis hin zur heutigen Professionalisierung. Es werden die historischen Entwicklungen in den Blick genommen, die besonders einflussreich auf den Stellenwert der Profession waren. Damit soll ein Grundverständnis über den Zusammenhang zwischen den geschichtlichen Ereignissen und der aktuellen Situation der Krankenhaussozialarbeit gelegt werden.

Der Ursprung der Krankenhaussozialarbeit ist eng mit den Folgen der Industrialisierung verbunden. Im Rahmen dieses historischen Prozesses siedelten sich Menschen aufgrund einer verbesserten Arbeitssituation vermehrt in den Städten an (vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004, S. 118). Dies führte dazu, dass vorhandene Wohnräume enger wurden und sich ansteckende Krankheiten wie Tuberkulose rapide ausbreiten konnten (vgl. Salomon 2002, zit. nach ebd.). Die Anzahl der stationär zu versorgenden Bevölkerung erhöhte sich, was sich anhand der wachsenden Anzahl von Krankenhäusern in Deutschland nachweisen lässt. Während im Jahr 1877 zunächst 1.800 Krankenhäuser existierten, waren es 1916

bereits 4.300 (vgl. Reinicke 1998, zit. nach ebd.). Damit verdoppelte sich die Anzahl der Krankenhäuser innerhalb von 39 Jahren mit steigender Tendenz.

Viefhues, Nülens und Kersken-Nülens beschreiben, dass insbesondere dem ärztlichen Personal in dieser Zeit auffiel, dass es den Menschen nach ihrem stationären Aufenthalt an einer bedarfsgerechten Unterstützung mangelte. Der US-amerikanische Arzt Richard C. Cabot stellte deshalb Ende des 19. Jahrhunderts erstmals in der Geschichte eine Sozialarbeiterin in einem Bostoner Krankenhaus ein. Sie sollte die Betreuung der Patienten zuhause abdecken. Außerdem kümmerte sie sich um individuelle Probleme, die den ärztlichen Kompetenzbereich überschritten. Die Autoren gehen darauf ein, dass etwa zeitgleich in Deutschland erste sozialarbeiterische Ambitionen an der Berliner Charité zu beobachten waren. Dort engagierten sich ehrenamtliche Mitarbeiterinnen für Patienten sowie deren Familien. Sie lasen ihnen vor, boten Gespräche an und organisierten Unterhaltungsabende (vgl. Viefhues/Nülens/Kersken-Nülens 1986, S. 21f.). Alice Salomon ist es im weiteren Verlauf der Geschichte durch die Gründung der „Sozialen Frauenschule“ zuzuschreiben, dass sich der Sozialarbeiterberuf vom bloßen Ehrenamt zu einer professionalisierten Tätigkeit entwickeln konnte (vgl. ebd.)

Nach den verheerenden Folgen des Ersten Weltkriegs setzten sich mit Hedwig Landsberg und Anni Tüllmann zwei weitere Wegbereiterinnen der Sozialen Arbeit in Berliner Krankenhäusern fürsorgerisch ein. Auf den von ihnen gegründeten Verein „Soziale Krankenhausfürsorge innerhalb und außerhalb der Charité“ folgte wenig später die Gründung der „Deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus“. Diese entwickelte sich zum führenden Fachforum für Krankenhaussozialarbeit und sorgte für einen internationalen Austausch sowie für Qualifikationsmöglichkeiten (vgl. Viefhues/Nülens/Kersken-Nülens 1986, S. 21f.).

Insbesondere der Zweite Weltkrieg wirkte sich im weiteren Verlauf der Geschichte stark negativ auf die weitere Entwicklung der Sozialen Arbeit aus. Geißler-Piltz, Mühlum und Pauls beschreiben, dass es im Rahmen dieses geschichtlichen Ereignisses u. a. zu zahlreichen Berufsverboten, Landesverweisungen und Verschleppungen in Konzentrationslager kam. Sozialarbeiter mussten sich den Zielen der nationalsozialistischen Ideologie unterordnen. Sie waren gesetzlich dazu verpflichtet, den Amtsärzten widerspruchslos Folge zu leisten (vgl. Geißler-

Piltz/Mühlum/Pauls 2005, S. 140f.). Somit blieb es Sozialarbeitern durch ihre Abhängigkeit vom ärztlichen Personal verwehrt, hilfebedürftige Patienten in ihrer Ganzheitlichkeit wahrzunehmen und ihnen bedarfsentsprechende Unterstützungsmöglichkeiten anzubieten (vgl. Gödecker-Geenen/Nau 2002a, zit. nach Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004, S. 59). Nach Geißler-Piltz, Mühlum und Pauls bedeutete diese Unterwerfung und Abhängigkeit vom ärztlichen Personal einen enormen Rückschritt, da in der Weimarer Republik bereits Ansätze zu einem gemeinsamen Handeln erkennbar waren. Den Autoren zufolge, prägte diese Unterwerfung die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Sozialarbeit nachhaltig (vgl. Geißler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005, S. 140f.).

In der Nachkriegszeit verpasste Deutschland den Anschluss an die internationale Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit. Während diese in anderen Ländern als Profession durch die Anwendung der systemischen Arbeitsweise der Einzelfallhilfe vorangetrieben wurde, wurde in Deutschland das Hauptaugenmerk auf die Aufarbeitung des Zweiten Weltkriegs und den Streit über die Akademisierung und Professionalisierung der Sozialen Arbeit gelegt (vgl. ebd., S. 131). Zudem geriet die aus den USA stammende Einzelfallhilfe seitens der deutschen Sozialwissenschaft stark in die Kritik (vgl. ebd., S. 143). Die Einzelfallhilfe ist die am häufigsten praktizierte und kritisierte Methode der Sozialen Arbeit (vgl. Thole 2002, zit. nach Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2005, S. 132). Sie stellt den Ursprung der Klinischen Sozialarbeit und somit auch der Krankenhaussozialarbeit dar. Die Einzelfallhilfe ist bezeichnend für eine systematische und professionelle Arbeitsweise, die sich vom bisherigen laienhaften Vorgehen der ehrenamtlichen Fürsorgerinnen unterscheidet. Im Mittelpunkt steht der problembehaftete Mensch, der in Bezug auf seine Umwelt wahrgenommen und bei seiner Alltagsbewältigung durch entsprechende Lösungsstrategien unterstützt werden soll (vgl. ebd., S. 131f.). In einem Zitat von Baron et al. wird sie als Pseudowissenschaftlichkeit mit System betitelt. Zudem wird kritisiert, dass sie gesellschaftliche Probleme nicht in ihren Ursachen bekämpft, sondern nur oberflächlich repariert (vgl. Baron et al. 1978, zit. nach ebd., S. 143).

Erschwerend kam hinzu, dass eine Übernahme der Methodenlehre aus den USA als Sonderfach in den Lehrplan als Kolonialisierung und Bedrohung in Deutschland aufgefasst wurde (vgl. ebd., S. 142f.).

Weiterhin verpasste Deutschland nach Geißler-Piltz, Mühlum und Pauls infolge von hochschulpolitischen Veränderungen Ende der 1970er Jahre erneut den internationalen Anschluss an die Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit. Entsprechende professionelle Methoden und Handlungskompetenzen wurden innerhalb der Ausbildung nicht vermittelt (vgl. Neuffer 1990, zit. nach ebd., S. 144). Zudem wurden an den Hochschulen Lehrende eingesetzt, die keinen praktischen Bezug zur Sozialen Arbeit hatten und an einer Weiterentwicklung der Profession nicht interessiert waren (vgl. ebd.).

Inwiefern sich diese verpassten Chancen zu einem internationalen Anschluss an eine Weiterentwicklung der Profession und insbesondere die Methodenvernachlässigung der Einzelfallhilfe in Deutschland auf die heutige Position der Krankenhaussozialarbeit auswirken, wird im folgenden Kapitel thematisiert.

## 2.3 Der berufliche Stellenwert

Der Schweizer Sozialarbeiter Peter Lüssi weist mit der Aussage, „Ja, es gehört schon fast zur beruflichen Identität des Sozialarbeiters, ein Identitätsproblem zu haben“, auf ein allgegenwärtiges Problem der Sozialen Arbeit hin (vgl. Lüssi 1998, zit. nach Bienz/Reinmann 2004, S. 53).

Nach Bienz und Reinmann ist dieses Phänomen verstärkt im Krankenhaus zu beobachten. Hier arbeiten vielfältigste Berufsgruppen zusammen und verfolgen das gemeinsame Ziel, die Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes fachgerecht zu betreuen. Aus diesem Grund ist es den Autoren zufolge erforderlich, dass sich die Sozialarbeit von anderen Disziplinen abgrenzt und diesen gegenüber selbstbewusst auftritt (vgl. ebd., S. 55).

Auch Geißler-Piltz, Mühlum und Pauls sind der Auffassung, dass Sozialarbeiter, die im Gesundheitswesen tätig sind, zur Selbstentwertung neigen. Die Krankenhaussozialarbeit beneidet das ärztliche Personal und überlässt diesem wichtige Entscheidungsbefugnisse und Machtkompetenzen. Anhand des folgenden Zitats, nach dem sich die Sozialarbeit ihrer Erwartungsrolle anderen Professionen ge-

genüber widerspruchslos anpasst, verdeutlichen die Autoren dieses asymmetrische Verhältnis zwischen Sozialarbeit und Medizin:

> *„Für diese asymmetrische Beziehung zwischen Sozialarbeit und Medizin sind die Sozialarbeiter zum Teil selbst verantwortlich wegen ihrer Tendenz zur Selbstentwertung und auch aufgrund ihrer Chamäleonexistenz, der Anpassung an vorgegebene oder nur vermutete Rollen, Professionalitätsmuster, in Administrationen sowie in der Domäne der Medizin“* (vgl. Terbuyken 1997, zit. nach Geißler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005, S. 19f.).

Hierbei ist vermutlich die in Kapitel 2.2 beschriebene widerspruchslose Unterwerfung der Sozialarbeiter gegenüber den Ärzten als ursächlich anzusehen.

Außerdem beziehen sich die Autoren auf eine Berliner Teilstudie, die ergab, dass Sozialarbeiter im Krankenhaus im Vergleich zum ärztlichen und pflegerischen Personal im eigenen Verantwortungs- und Kompetenzbereich unsicher auftreten. Sie sind sich ihrer beruflichen Identität nicht bewusst und stellen die Wirksamkeit ihres professionellen Handelns in Frage (vgl. ebd., S. 20). Es ist anzunehmen, dass dieses Phänomen ein Resultat aus dem im Kapitel 1.2 beschriebenen verpassten internationalen Anschluss Deutschlands an die Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit ist.

Nach Erben besteht zudem der Verdacht, dass sich die Professionalität und Anerkennung der Krankenhaussozialarbeit auf reibungslos organisierte Entlassungen beschränken, die zur Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses beitragen sollen (vgl. Erben 2001, S. 126). Eine veröffentlichte Befragung des Deutschen Krankenhausinstituts aus dem Jahr 2014 bekräftigt diese Auffassung. Sie ergab, dass Sozialarbeiter zu 88,8 % an den Fallbesprechungen beteiligt sind, die das Entlassmanagement betreffen (vgl. URL1: Deutsches Krankenhausinstitut 2014, S. 14). Dieser Punkt wird in Kapitel 1.4 nochmals genauer dargelegt.

Weiterhin heben Ansen, Gödecker-Geenen und Nau hervor, dass die Sozialarbeiter im Krankenhaus häufig für mehrere Stationen zuständig und auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen angewiesen sind. Insbesondere die Ärzte stellen für sie wichtige Kooperationspartner dar. Die Autoren verdeutlichen zudem

das Problem der fehlenden Berufsidentität der Sozialen Arbeit, weshalb eine Interaktion auf gleichem Niveau zwischen diesen beiden Professionen nicht gegeben ist (vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004, S. 28). Hierbei können auch wieder die beschriebenen geschichtlichen Ereignisse aus Kapitel 1.2 eine Ursache für diese Situation sein.

Das nachfolgende Kreisdiagramm auf der nächsten Seite gibt einen Aufschluss über die genauere Personalsituation der Sozialarbeiter im Krankenhaus. Es stellt die prozentuale Verteilung des nichtärztlichen Krankenhauspersonals 2017 in Deutschland dar. Die darin enthaltenen Daten wurden vom Statistischen Bundesamt erhoben und beziehen sich auf insgesamt 967.439 Beschäftigte (vgl. URL2: Statistisches Bundesamt 2017, S. 51).

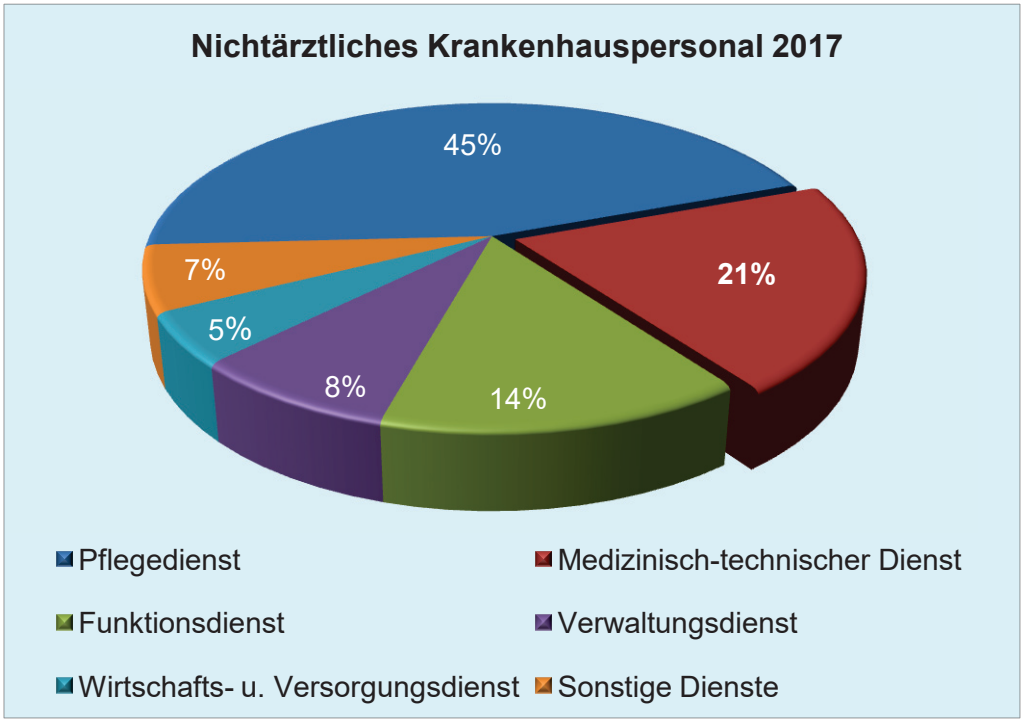


**Abbildung 1: Nichtärztliches Krankenhauspersonal 2017**
**Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an URL2: Statistisches Bundesamt 2017, S. 51.**

Den Daten zufolge steht der Pflegedienst mit einem Anteil von 45 % an erster Stelle. An zweiter Stelle befindet sich mit 21 % der medizinisch-technische Dienst, zu dem auch die Sozialarbeiter gerechnet werden. Der Funktionsdienst ist am drittstärksten vertreten (14 %). Anschließend folgt der Verwaltungsdienst, der einen Anteil von 8 % besitzt. Schlusslichter sind sonstige Dienste (technischer Dienst, Sonderdienst und anderes Personal) mit 7 % und die Wirtschafts- und

Versorgungsdienste mit 5 %. Der Pflegedienst ist den anderen Berufsgruppen damit anteilmäßig deutlich überlegen. Bei näherer Betrachtung fällt außerdem auf, dass der Pflegedienst als stärkster Sektor hauptsächlich aus *einer* Berufsgruppe, den Gesundheits- und Krankenpflegern, besteht, während sich der zweitstärkste Sektor des medizinisch-technischen Dienstes aus *über zehn* verschiedenen Disziplinen zusammensetzt.

Sieben von ihnen werden in Tabelle 1 mit ihrem jeweiligen prozentualen Anteil aufgelistet. Die Position der Sozialarbeiter wird so durch den Vergleich mit den anderen Berufsgruppen innerhalb des zweitstärksten Sektors deutlich gemacht. Die darin enthaltenen Daten wurden ebenfalls vom Statistischen Bundesamt (vgl. URL2: Statistisches Bundesamt 2017, S. 51.) übernommen und gehen von einem Ausgangswert aus, dem zufolge der Anteil des medizinisch-technischen Dienstes bei 21 % liegt.

**Tabelle 1: Berufsgruppen des medizinisch-technischen Dienstes mit ihrem jeweiligen prozentualen Anteil**

| **Berufsgruppen des medizinisch-technischen Dienstes** | **prozentualer Anteil an den 21 %** |
|---|---|
| Physiotherapeuten | 2,04 |
| Laborassistenten | 1,96 |
| Radiologieassistenten | 1,86 |
| Sozialarbeiter | 1,01 |
| Psychologen | 1,45 |
| Diätassistenten | 0,26 |
| Logopäden | 0,24 |

**Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an URL2: Statistisches Bundesamt 2017, S. 51.**

Die Physiotherapeuten sind mit 2,04 % am stärksten vertreten. Sie haben doppelt so viel Personal wie die Gruppe der Sozialarbeiter (1,01 %) vorzuweisen. Auch Labor- und Radiologieassistenten sind mit jeweils 1,96 % und 1,86 % gegenüber den Sozialarbeitern personell überlegen. Lediglich die Logopäden (0,24 %) und Diätassistenten (0,26%) sind zu einer geringeren Anzahl vertreten.

Anhand der beiden Darstellungen lässt sich schlussfolgern, dass Sozialarbeiter neben anderen Berufsgruppen im Krankenhaus zahlenmäßig eine deutliche Randposition einnehmen. Dominierend ist der Pflegedienst, woraus sich vermuten lässt, dass der Fokus eines Krankenhauses, etwa im Gegensatz zu einer Familienberatungsstelle, derzeit nicht darauf liegt, Soziale Arbeit zu leisten. Umso schwieriger ist es, das Repertoire an sozialarbeiterischen Möglichkeiten in diesem Tätigkeitsfeld vollends auszuschöpfen. Krankenhaussozialarbeiter finden aufgrund ihrer schwach aufgestellten Personalsituation eine schwierige Ausgangslage vor. Es ist anzunehmen, dass sie von anderen Professionen nicht ausreichend wahrgenommen werden und Schwierigkeiten haben, ihre Interessen durchzusetzen.

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich des Stellenwerts der Sozialen Arbeit im Krankenhaus sagen, dass in der Literatur Konsens darüber herrscht, dass sie an einem Identitätsproblem leidet und gegenüber anderen Professionen zu wenig selbstbewusst auftritt. Sie ordnet sich insbesondere dem ärztlichen Personal widerspruchslos unter, was vermutlich als eine Folge der dargestellten Nachkriegsereignisse aus Kapitel 2.2 anzusehen ist. Das unsichere Auftreten im eigenen Kompetenzbereich im Zusammenspiel mit der dargestellten personellen Unterlegenheit lässt den Eindruck entstehen, dass ihre Qualitäten und Möglichkeiten nicht ausreichend von anderen Berufsgruppen beachtet und nur unzureichend bei der Patientenbetreuung miteinbezogen werden. Lediglich im Bereich des Entlassmanagements erfährt die Krankenhaussozialarbeit ausreichend Anerkennung von anderen Berufsgruppen. Welche Gefahr eine Reduzierung der sozialarbeiterischen Tätigkeiten auf das Entlassmanagement jedoch mit sich bringt, wird u. a. im nachfolgenden Kapitel thematisiert.

## 2.4 Aufgabenfelder

Im Positionspapier zum Thema Entlassmanagement durch die Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken von 2013 wird von der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. neben dem Entlassmanagement auch das Sicherstellen der gesellschaftlichen Teilhabe als ein wichtiger Aufgabenbereich der Krankenhaussozialarbeit beschrieben (vgl. URL3: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. 2013, S. 7). Außerdem zählen die psychosoziale Patientenberatung sowie das Vermitteln von nachstationären Versorgungsangeboten dazu. Die Beratung stellt ein weiteres zentrales Aufgabenfeld der Krankenhaussozialarbeit dar (vgl. ebd.).

Basierend auf einer 2001 veröffentlichten Evaluationsstudie fassten Ansen, Gödecker-Geenen und Nau die relevanten sozialarbeiterischen Beratungsthemen wie folgt zusammen: Es dominieren die Anschlussheilbehandlungen (56 %) und das Entlassmanagement (43 %). An dritter Stelle folgen die Sozialversicherungen (27 %). Hinzu kommen ambulante Versorgungsmöglichkeiten (22 %), familiäre Problemlagen (19 %) sowie die finanzielle und wirtschaftliche Situation (18 %) (vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004, S. 40).

Weitere Beratungsleistungen der Krankenhaussozialarbeit werden mithilfe der nachfolgenden Abbildung 3 veranschaulicht:

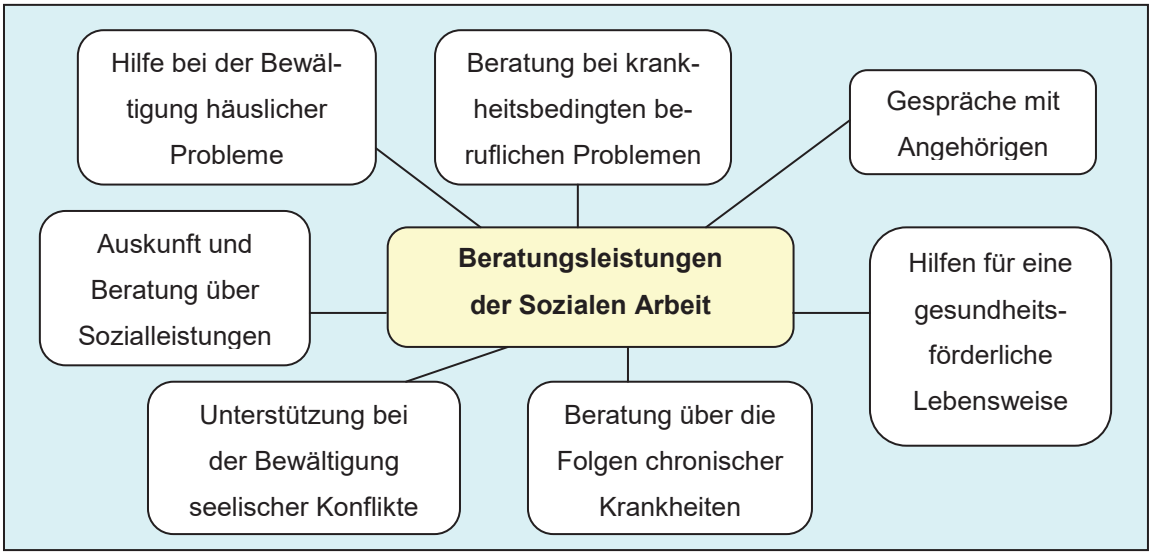


**Abbildung 3: Beratungsleistungen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus**
**Quelle: Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004, S. 19f. in Anlehnung an Witterstätter 2003.**

Es gehört somit nicht nur die Auskunft und Beratung über die Sozialleistungen zur sozialarbeiterischen Tätigkeit im Krankenhaus, sondern auch das Anbieten von Hilfe bei der Bewältigung häuslicher Probleme. Ebenso die Angehörigenarbeit und die Unterstützung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise sind Teil des Aufgabenspektrums.

Nach Ansen, Gödecker-Geenen und Nau findet eine Umfunktionierung der sozialarbeiterischen Kernaufgaben zum Zweck der Ökonomisierung des Gesundheitswesens statt. Sie beschreiben, dass die Krankenhaussozialarbeit unter dem Druck der wirtschaftlichen Vorgaben, optimale Versorgungslösungen für die Patienten in kürzester Zeit erarbeiten soll. Das ursprüngliche professionelle Selbstverständnis leidet unter dem ökonomischen Anforderungsprofil (vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004, S. 59f.). Die Autoren bemängeln, dass dadurch wesentliche personenbezogene und soziale Faktoren bei einer bedarfsentsprechenden Patientenbetreuung unzureichend beachtet werden (vgl. ebd., S. 128).

Die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens steht in einem engen Zusammenhang mit dem Entlassmanagement. Ansen, Gödecker-Geenen und Nau bekräftigen den in Kapitel 1.3 aufgeführten Verdacht, dass sich die Soziale Arbeit im Krankenhaus zunehmend auf die Tätigkeiten im Entlassmanagement konzentriert (vgl. ebd., S. 127). Bock den praktischen Beweis: In der Paracelsus-Klinik Bad Ems wird in erster Linie der Sozialarbeiter für die Organisation und Umsetzung des Entlassmanagements zuständig (vgl. Bock 2018, S.187), während Khan beschreibt, dass beispielsweise im Universitätsklinikum Frankfurt ein Case Manager für diesem Aufgabenspektrum angestellt ist (vgl. Khan, 2018, S. 145ff.).

Ansen, Gödecker-Geenen und Nau merken in diesem Zusammenhang weiterhin an, dass, sofern in einem Krankenhaus kein Wert mehr auf eine fachlich qualifizierte Patientenbetreuung gelegt wird und sich die sozialarbeiterische Anerkennung auf das Entlassmanagement beschränkt, die Gefahr besteht, dass sie durch andere Professionen ersetzt wird (vgl. ebd., S. 127). Jedoch heben sie auch hervor, dass insbesondere durch das Engagement der Sozialen Arbeit im Krankenhaus ein vertieftes und grundlegendes Verständnis hinsichtlich der sozialen Situation beim Patienten erreicht werden kann. Insbesondere diese Profession ist in der

Lage, hilfebedürftigen Patienten bei materiellen und persönlichen Problemlagen, entsprechende Lösungsstrategien anzubieten (vgl. ebd., S. 19).

Somit bleibt zu diskutieren, ob die Krankenhaussozialarbeit sich weiterhin den ökonomischen Zwecken unterordnet und sich hinsichtlich ihres Aufgabenspektrums auf das Entlassmanagement reduzieren lässt. Ebenso hätte sie die Möglichkeit, sich ohne den zeitlichen und wirtschaftlichen Druck um eine fachlich kompetente und ganzheitliche Patientenbetreuung zu bemühen. Hierbei kann sie sich an vielfältigen Methoden bedienen, von denen im Folgenden zwei etablierte genauer dargestellt werden.

## 2.5 Sozialarbeiterische Anwendungsmethoden

Ningel beschreibt, dass seit Mitte der 1980er Jahre zunehmend sozioökologische Methodenkonzepte entwickelt wurden. In diesen wurden nicht mehr länger nur persönliche Gründe für individuelle Problemlagen verantwortlich gemacht, sondern auch soziale und räumliche Umgebungsfaktoren miteinbezogen. Die Analyse und eine differenzierte Berücksichtigung von Umwelteinflüssen sollten zu einer verbesserten Selbstorganisation der Betroffenen führen. Das Hauptaugenmerk richtete sich dadurch zunehmend auf die Förderung vorhandener sozialer Netzwerke und Ressourcen der Hilfesuchenden (vgl. Ningel 2011, S. 90f.). Im Folgenden sollen mit dem Case Management und Empowerment-Ansatz zwei etablierte Anwendungskonzepte dargestellt werden, die sowohl sozioloökologische als auch ressourcenorientierte Aspekte enthalten. Dies dient dem Zweck, zwei professionelle Möglichkeiten der Sozialen Arbeit aufzuzeigen, die sich bei der Entlassungsplanung von palliativen Krebspatienten vermutlich gut integrieren lassen würden.

### 2.5.1 Case Management

Nach der Definition der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) von 2012 richtet sich das Case Management an hilfebedürftige Einzelpersonen, die nicht in der Lage sind, vorhandene Unterstützungsleistungen ange-

messen in Anspruch zu nehmen. Es ist ein Handlungsansatz, bei dem Leistungsprozesse im gesundheitlichen und sozialen Versorgungssystem effektiv und effizient gesteuert werden sollen (vgl. URL4: Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management 2012).

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) und der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren an Universitätskliniken (VPU) konkretisierten den Begriff des Case Managements in Bezug auf das Aufgabengebiet im Krankenhaus in einem gemeinsamen Positionspapier. Case Management wird demnach als multiprofessionelles Konzept definiert, das eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen, Schnittstellen und Ebenen anstrebt (vgl. URL5: VPU und DVSG 2010, S. 1).

Ningel versteht das Anwendungskonzept als integrativen Ansatz (vgl. Ningel 2011, S. 91). Ansen, Gödecker-Geenen und Nau beschreiben diese Methode als eine innovative Erweiterung der in Kapitel 1.2 erläuterten beziehungsgeprägten Einzelfallhilfe (vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Gau 2004, S. 74). Sie heben hervor, dass es beim Case Management erforderlich ist, eine umfassende Analyse der individuellen Problemlage vorzunehmen. Hierbei kommt es darauf an, die Probleme des Betroffenen nicht nur ausschnittweise von der jeweiligen Profession zu erfassen, sondern verschiedene Perspektiven zu beachten (vgl. ebd.). Case Management zielt somit auf die Verknüpfung von Unterstützungsangeboten für hilfebedürftige Einzelpersonen, die nicht eigenständig in der Lage sind, diese für sich zu beanspruchen. Es ist als ein Konzept zu verstehen, bei dem es auf eine professionelle Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen ankommt.

Insbesondere bei palliativen Krebspatienten ist dieser Ansatz im Rahmen des Entlassmanagements im Krankenhaus von zentraler Bedeutung. Die Betroffenen können hier auf ein komplexes Hilfesystem zurückgreifen, das auf der nachfolgenden Seite ausschnitthaft dargestellt wird:

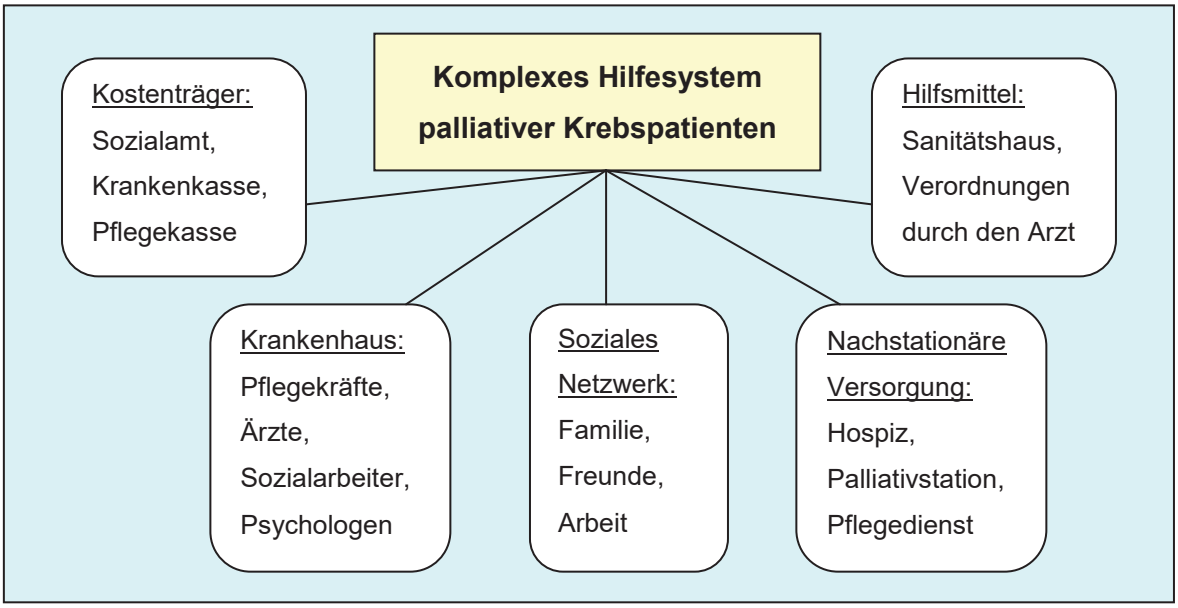


**Abbildung 4: Komplexes Hilfesystem palliativer Krebspatienten**
**Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wissert 2009, S. 6.**

Demnach wird deutlich, dass innerhalb der einzelnen Bereiche zahlreiche Schnittstellen existieren und mehrere Berufsgruppen an der Behandlung bzw. Begleitung palliativer Krebspatienten beteiligt sind. Um die einzelnen Hilfsangebote bedarfsgerecht aufeinander abzustimmen und zu koordinieren, bietet sich die Anwendung der ressourcenorientierten und sozioökologischen Verfahrensweise des Case Managements an. Hierbei erfüllt der Ausführende des Case Managements nach Ansen, Gödecker-Geenen und Nau drei verschiedene Funktionen:

Erstens übernehmen die sogenannten Case Manager eine Art anwaltliche Funktion (*Advocacy*). Diese beinhaltet, dass sie die Interessen der Hilfebedürftigen gegenüber Institutionen vertreten. Es geht u. a. darum, Versorgungslücken aufzudecken und sich für besser geeignete Dienstleistungen einzusetzen. Zweitens nehmen sie eine vermittelnde Funktion ein (*Broker*). Hierbei wird eine Kooperation zwischen den medizinischen und sozialen Leistungsanbietern und den Nutzern angestrebt. Drittens wird auf die selektierende Funktion bei der Ausführung des Case Managements hingewiesen (*Gate Keeper*). So ist zu prüfen, ob die Hilfesuchenden Ansprüche auf soziale und medizinische Versorgungsangebote haben (vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Gau 2004, S. 83f.).

Als entscheidendes Hilfs- und Orientierungsmittel bei der Anwendung des Case Managements dient das nachfolgende Phasenmodell. An dieser Stelle wurde sich

in Bezug auf die Benennung und der Reihenfolge der darin enthaltenen sechs Einzelschritte auf Ningel bezogen (vgl. Ningel 2009, S. 107). Ab Phase zwei wird sich inhaltlich an der Auffassung von Kleve orientiert (vgl. Kleve 2006, S. 49ff.).

1 *Zugangseröffnung:* Es kommt zur ersten persönlichen Kontaktaufnahme zwischen dem Case Manager und einem Patienten oder einer Patientin. Zunächst wird überprüft, ob die aufgesuchte Hilfseinrichtung für das Anliegen der Hilfesuchenden infrage kommt. Der Case Manager tauscht sich hierzu mit dem Betroffenen über den Anlass, das Anliegen und die damit verbundenen Ziele aus. Für die weitere Zusammenarbeit ist es dabei unerlässlich, dass er sich in die Lage seines Gegenübers hineinversetzen kann und versteht, für welches Problem eine Lösung gesucht wird (vgl. Ningel 2011, S. 105ff.).

2 *Einschätzung:* Es findet eine vertiefende Ressourcen- und Situationsanalyse statt, wobei professionelle und lebensweltliche Aspekte betrachtet werden. Auf der professionellen Seite wird überprüft, ob andere Helfer bereits in den Fall involviert sind und gegebenenfalls kontaktiert werden müssen. Die lebensweltliche Seite umfasst alle Aspekte, die die Hilfesuchenden persönlich betreffen und nur gemeinsam mit diesen in Erfahrung gebracht werden können. Hauptsächlich geht es um die Frage, welche Bedürfnisse der Betroffene hat und inwieweit er oder seine Umwelt zu deren Befriedigung beitragen können (vgl. Kleve 2006, S. 49ff.).

3 *Zielvereinbarung*: Hierbei geht es um die Erstellung eines Selbsthilfeplans. Dieser sollte die präzise und positiv formulierten Nah- und Fernziele der vorherigen Phase enthalten. Er soll Aufschluss über die folgenden Fragen geben: *Wer? Macht Was? Wo? Wann? Wie? Mit welchem Ziel vor Augen?* Bei der Beantwortung und Bearbeitung dieser Fragen orientiert sich der Case Manager an den vorhandenen sozialen Netzwerken und Ressourcen des Betroffenen (vgl. Kleve 2006, S. 51f.).

4 *Durchführung:* Diese Phase dient der Umsetzung aller zuvor im Selbsthilfeplan festgehaltenen Ziele. Es geht darum, vorhandene persönliche und lebensweltliche Ressourcen zu mobilisieren. Sind diese ausgeschöpft, sollten professionelle Fachkräfte kontaktiert werden (vgl. Kleve 2006, S. 52f.).

5 *Monitoring:* In dieser Phase geht es darum, gemeinsam mit der hilfebedürftigen Person ein Evaluationskonzept auszuarbeiten, mit dem der Erfolg der Zielerreichung eingeschätzt werden kann. Außerdem ist es wichtig, noch bestehende oder neu entstandene Probleme zu erkennen, um eine entsprechende Umgestaltung der Hilfeleistungen einzuleiten (vgl. Kleve 2006, S. 53f.).

6 *Auswertung:* In dieser Phase wird überprüft, wie effizient und effektiv der Case Manager gearbeitet hat. Weiterhin soll festgestellt werden, welche Hilfedienstleistungen der Klient weiterhin in Anspruch nehmen muss und ob gegebenenfalls zusätzliche Hilfen zur Problembewältigung einzuleiten sind (vgl. Kleve 2006 S. 54).

Ansen, Gödecker-Geenen und Nau heben hervor, dass Krankenhäuser im Rahmen der Entlassmanagements zukünftig auf die Elemente des Case Managements angewiesen sind, sofern kein Case Manager an der jeweiligen Institution vorhanden ist. Als Gründe hierfür sehen sie u. a. die Bettenreduzierungen und die damit verbundenen verkürzten Liegezeiten sowie die Weiterentwicklung der nachstationären Versorgungsstrukturen (z. B. ambulante Pflegedienste). Da das Entlassmanagement in das typische Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit fällt (siehe Kapitel 1.4), wäre es den Autoren zufolge für diese Berufsgruppe empfehlenswert, sich umfassend mit dem Case Management auseinanderzusetzen. Mittels diesem fällt es leichter, den vielschichtigen organisatorischen Anforderungen innerhalb des Entlassmanagements gerecht zu werden (vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau 2004, S. 78f.). Zudem beschreiben sie, dass durch eine effektive Entlassungsplanung unnötige Krankenhausbehandlungen verhindert werden können (vgl. ebd., S. 80). Ansen, Gödecker-Geenen und Nau merken jedoch auch kritisch an, dass die Soziale Arbeit personell zu schwach aufgestellt sei und über zu wenig Entscheidungsmacht gegenüber anderen Professionen verfüge, um das mögliche Potenzial des Case Managements vollends ausschöpfen zu können (vgl. ebd., S. 81).

### 2.5.2 Empowerment-Ansatz

Student, Mühlum und Student zufolge stammt Begriff Empowerment aus dem Englischen und wird mit Selbstbefähigung oder Selbstbemächtigung übersetzt. Der Ansatz verfolgt das Ziel, die Autonomie und Selbstbestimmung von hilfebedürftigen Personen in belastenden Lebenssituationen zu stärken (vgl. Student/Mühlum/ Student 2004, S. 106). Sie führen folgendes an, das den Empowerment-Ansatz treffend beschreibt.

> *„Handlungsziel einer sozialberuflichen Empowermentpraxis ist es, Menschen das Rüstzeug für ein eigenverantwortliches Lebensmanagement zur Verfügung zu stellen und Möglichkeitsräume aufzuschließen, in denen sie sich die Erfahrung der eigenen Stärke aneignen und Muster einer solidarischen Vernetzung erproben können“* (Herriger 2002, zit. nach ebd., S. 107).

Demnach sollen neue Perspektiven eröffnet und die persönliche Autonomie zur Alltagsbewältigung gefördert werden. Im Gegensatz zu helfenden Berufen, die sich an den Defiziten der Einzelnen orientieren, konzentriert sich der Empowerment-Ansatz auf die Stärkung der Selbstbestimmung. Aus diesem Grund nimmt das Konzept eine konkurrierende Position gegenüber helfenden Berufen ein. Die Autoren betonen dabei, dass es bei diesem Ansatz nicht hauptsächlich darum geht, vorhandene Defizite auszugleichen. Stattdessen sollen vorhandene Ressourcen bedarfsentsprechend ausgeschöpft werden, indem z. B. die Nachbarschaftshilfe bei der Alltagsbewältigung in Anspruch genommen wird (vgl. ebd.).

Nach Neuffer soll Empowerment die Betroffenen dazu motivieren, Veränderungen herbeizuführen. Eine Anwendung des Konzepts bietet sich insbesondere in komplexen Lebenssituationen an und soll eine Freisetzung der eigenen Antriebskraft bewirken. Er sieht bei der Umsetzung dieses ressourcenorientierten Vorgehens allerdings auch Schwierigkeiten. Bis heute fällt es schwer, Hilfemaßnahmen auf vorhandene Ressourcen aufzubauen. Die Tendenz geht dazu, Problemsituationen zu dramatisieren, um Unterstützungsleistungen genehmigt zu bekommen. Dies führt zur schnellen Entmündigung und Stigmatisierung der Betroffenen. Neuffer sieht den Empowerment-Ansatz jedoch auch als gutes Motivationsmittel an, das es ermöglicht, die Betroffenen aktiv zu beteiligen (vgl. Neuffer 2009, S. 22ff.).

# 3 Palliative Krebspatienten

Laut einer Studie des Robert Koch-Instituts hat sich die Anzahl der Krebsneuerkrankungen in Deutschland seit Anfang der 1970er Jahre fast verdoppelt (vgl. URL6: Robert Koch-Institut 2016, S. 22). Diese Entwicklung wird auf die zunehmend älter werdende Bevölkerung und auf die modernisierte Diagnostik zurückgeführt (vgl. ebd., S. 24). Obwohl weniger Menschen an den Folgen einer Krebserkrankung versterben (vgl. ebd., S. 25f.), stellt die Krankheit im Jahr 2016 nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland dar (vgl. URL7: Statistisches Bundesamt 2016).

Vor diesem Hintergrund kommen auch Sozialarbeiter im Krankenhaus deren Tätigkeitsfeld im Krankenhaus liegt, immer häufiger mit Krebspatienten in Kontakt. Im Folgenden werden insbesondere Krebspatienten thematisiert, die sich in einer palliativen Situation befinden. Dabei wird einleitend auf den Palliativbegriff und *dann* auf den der Krebserkrankungen eingegangen. Im Anschluss daran werden die körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen von palliativen Krebspatienten erläutert und schließlich auf die spezifischen Bedürfnisse eingegangen, die sterbende Menschen haben. Der Fokus liegt dabei auf der Frage, inwiefern die Komplexität der Erkrankung im Rahmen des Entlassmanagements berücksichtigt werden sollte. Im letzten Teil des Kapitels werden mit dem Hospiz und der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zwei nachstationäre Versorgungsmöglichkeiten für palliative Krebspatienten dargestellt. Dabei soll gezeigt werden, wie die Soziale Arbeit in das Entlassmanagement integriert werden kann.

## 3.1 Begriffsklärung

Das Wort palliativ stammt vom lateinischen *palliare* ab, was sich *„mit einem Mantel bedecken“* übersetzen lässt (vgl. Pschyrembel 2007, S. 1420). Dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e. V. zufolge kann der Mantel metaphorisch als ein Mittel verstanden werden, das einem Sterbenden Schutz und Sicherheit bietet (vgl. URL8: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.). Weiterhin wird hier die Palliativmedizin selbst als eine Medizin beschrieben, die sich an Menschen richtet,

die von einer unheilbaren, fortschreitenden und lebensbedrohlichen Erkrankung betroffen sind (vgl. ebd.) Im Mittelpunkt steht dabei, dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e. V. zufolge, die bestmögliche Aufrechterhaltung der Lebensqualität. Es wird weiterhin beschrieben, dass es darum geht, das Sterben zuzulassen und als Teil des Lebens anzuerkennen. Dabei orientiert sich die Palliativmedizin an den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten. Sie bezieht auch das unmittelbare Umfeld der Betroffenen mit ein und ist auf eine Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen (z. B. Ärzten, Physiotherapeuten) im interdisziplinären Krankenhausteam angewiesen (vgl. ebd.). Das Hauptaugenmerk liegt Menche zufolge auf der Beschwerdelinderung (z. B. Schmerzlinderung). Die Betroffenen sollen sowohl im sozialen, körperlichen als auch im psychischen Bereich unterstützt und entlastet werden (vgl. Menche 2007, S. 268).

Im Rahmen einer repräsentativen Befragung im Auftrag des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands e. V. gab etwa ein Viertel der deutschen Bevölkerung an, den Palliativbegriff nicht zu kennen. Von den 71 % der Befragten, die den Begriff hingegen zu kennen vorgaben, konnte ihn nur die Hälfte richtig zuordnen (vgl. URL9: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. 2017, S. 4). Aus den Ergebnissen dieser lässt sich ableiten, dass hinsichtlich der Thematik Aufklärungsbedarf besteht. Zusätzlich macht es deutlich, dass die Begriffe, die eng mit dem Todesthema verknüpft sind, gesellschaftliche tabuisiert werden und dadurch nicht in das Bewusstsein der Menschen gelangen.

Krebs ist die umgangssprachliche Bezeichnung für die bösartige Neubildung von Tumorzellen (vgl. Pschyrembel 2007, S. 1041). Wie anfangs bereits erwähnt wurde, stellen Krebserkrankungen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland dar. Die Krebsart, die im Jahr 2016 am häufigsten bei Männern zum Tod führte, war der bösartige Lungen- und Bronchialkrebs (29.305 Todesfälle), während bei den Frauen der bösartige Brustkrebs (18.570 Todesfälle) dominierte (vgl. URL7: Statistisches Bundesamt 2016).

Die statistischen Daten zeigen, dass Krebserkrankungen allgegenwärtig sind. Da palliative Krebspatienten mit einer Vielzahl von Begleiterscheinungen konfrontiert sind, die innerhalb des Entlassmanagements zu beachten sind, werden diese im Folgenden thematisiert.

## 3.2 Belastungen durch eine Krebserkrankung

Nachfolgend werden die körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen, die zur Einschränkung der Alltagsbewältigung bei palliativen Krebspatienten führen, dargelegt. Da der Krankheitsverlauf und der Umgang mit dem drohenden Tod individuell variieren, kann hier nur eine allgemeine und grobe Darstellung erfolgen.

### 3.2.1 Körperliche Probleme

Zunächst soll anhand der nachfolgenden Tabelle 2 verdeutlicht werden, an welchen körperlichen Begleiterscheinungen palliative Krebspatienten am häufigsten leiden. Die Daten beruhen auf zehn Studien, die mit insgesamt 12.438 Betroffenen durchgeführt wurden (vgl. Aulbert 2007, zit. nach Jost 2013, S. 180).

**Tabelle 2: Körperliche Symptome palliativer Patienten**

| Körperliche Symptome palliativer Patienten | Häufigkeit in Prozent |
|---|---|
| 1. Schmerzen | 70,3 |
| 2. Mundtrockenheit | 67,5 |
| 3. Appetitverlust | 60,9 |
| 4. Schwäche | 46,8 |
| 5. Verstopfung | 44,7 |
| 6. Luftnot | 42,3 |
| 7. Übelkeit | 36,2 |
| 8. Schlaflosigkeit | 34,2 |
| 9. Schwitzen | 25,3 |
| 10. Schluckbeschwerden | 23,2 |

**Quelle: Aulbert 2007, zit. nach Jost 2013, S. 180**

Somit tritt die Symptomatik des Schmerzes am häufigsten bei palliativen Krebspatienten in Erscheinung (70,3 %). Das folgende Zitat macht deutlich, inwieweit sich dieses körperliche Symptom zu einer erheblichen Belastungssituation bei den Betroffenen entwickeln kann:

> *„Ich konnte nicht atmen, ich konnte nicht sitzen, ich konnte nicht stehen, nicht liegen, gar nichts mehr. Ich wusste mir keinen Rat. Ich habe jede drei Stunden 40 Tropfen Tilidin geschluckt. Und Novalgin geschluckt. […] Ich war schon mit Selbstmordversuch am Gedanken. (weint) Und ich habe zwischendurch schon nachgedacht, du springst einfach vom Balkon runter […]“* (Palliativpatientin, zit. nach Schnell/Schulz 2012, S. 31).

Folglich hatten die körperlichen Schmerzen der Patientin zu so starken Beeinträchtigungen geführt, dass es zu Suizidgedanken kam.

Schmerz kann als ein *„unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktuellen od. potentiellen Gewebsschädigungen verknüpft ist […]“* definiert werden (vgl. Pschyrembel 2007, S. 1722). Nach Wüller et al. tritt bei palliativen Krebspatienten der sogenannten Tumorschmerz auf, der aufgrund des rapiden Wachstums von bösartigen Körperzellen ins umliegende Körpergewebe entsteht. Das Symptom wird an der Stelle der auslösenden Gewebsschädigung wahrgenommen und kann sich im ganzen Körper ausbreiten. Die Autoren weisen darauf hin, dass der Schmerz nicht nur physischer Natur sein muss. In der Palliativmedizin wird hierfür der Begriff *Total Pain* verwendet. Er verweist auf das Phänomen, dass der Schmerz nicht nur körperlich ist, sondern multidimensionale d. h. seelische, spirituelle, emotionale und soziale Anteile besitzt, die sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Wüller et al. 2014, S. 102f.). Erben weist zudem darauf hin, dass Schmerzen bei palliativen Krebspatienten nicht mehr als Frühwarnsymptom gelten, sondern Ausdruck eines stark fortgeschrittenen Erkrankungsstadiums sind. Die Art und Intensität dieses Symptoms sind individuell verschieden und abhängig von dem vorliegenden Krankheitsbild. Häufig leiden palliative Krebspatienten unter der Angst, mit starken Schmerzen sterben zu müssen. Durch eine konsequente Schmerztherapie kann dieser Befürchtung effektiv vorgebeugt werden (vgl. Erben 2001, S. 79f.). Insbesondere die medikamentöse Gabe von Morphin hat sich als sehr wirksam in der Palliativmedizin erwiesen. Es kann u. a. in Tablettenform oder

auch intravenös in Form einer kontinuierlich laufenden Schmerzpumpe verabreicht werden (vgl. Wüller et al. 2014, S. 111).

Aus Tabelle 2 geht hervor, dass 46,8 % der palliativen Krebspatienten am Symptom der Schwäche leiden. Nach Wüller et al. ist diese oft mit einem Gefühl der Müdigkeit verbunden (vgl. Wüller et al. 2014, S. 133). In der medizinischen Fachsprache ist auch vom Fatigue-Syndrom, was chronisches Müdigkeitssyndrom bedeutet, die Rede (vgl. Pschyrembel 2007, S. 589). Schulz beschreibt zudem, dass Müdigkeit beim gesunden Menschen ein Schutzmechanismus vor Überlastung ist. Bei palliativen Krebspatienten ist sie hingegen ein ständiger Begleiter, der aufgrund der Einschränkungen in emotionalen und körperlichen Bereichen zu erheblichen Lebensbeeinträchtigungen führt. Dabei wird angemerkt, dass Fatigue im Rahmen des Sterbeprozesses auch als angenehm und lindernd empfunden werden kann, da es den Übergang zum Tod erleichtert (vgl. Schulz 2007, S. 55f.). Für die Müdigkeit und die auftretende Schwäche können Nebenwirkungen verschiedener Medikamente, Infektionen, zurückliegende Chemotherapien oder Bestrahlungen ursächlich sein. Obwohl sie zu den unvermeidlichen Begleiterscheinungen einer Krebserkrankung gehört, ist es möglich, vorhandene Patientenressourcen sinnvoll einzusetzen. Beispielsweise könnten Dinge, die im Alltag besonders viel Kraft kosten, auf eine gute Tageszeit gelegt oder Angehörige um Hilfe gebeten werden (vgl. Wüller et al. 2014, S. 133ff.).

Abschließend soll näher auf das Symptom der Appetitlosigkeit eingegangen werden, das mit 60,9 % neben den Schmerzen und der Mundtrockenheit an dritter Stelle der Tabelle 2 steht. Die Appetitlosigkeit wird in der Fachsprache auch als Anorexie bezeichnet (vgl. Zehnder-Kiworr 2012, S. 70). Oftmals steht ein fehlendes Hungergefühl in enger Verbindung mit dem nahenden Lebensende und ruft bei den Betroffenen und ihren Angehörigen Angstgefühle hervor (vgl. ebd., S. 73). Wüller et al. zufolge drücken Angehörige durch die Zubereitung und das Verabreichen von Speisen ihre Fürsorge und Zuneigung aus. Oft sind sie deshalb enttäuscht, wenn der Erkrankte ihr Essen nicht annimmt (vgl. Wüller et al. 2014, S. 150). Aus diesem Grund ist es wichtig, Aufklärungsarbeit dahingehend zu leisten bzw. darauf hinzuweisen, dass das Symptom der Appetitlosigkeit ein Ausdruck der fortschreitenden Erkrankung und Teil des Sterbeprozesses ist (vgl. Zehnder-Kiworr 2012, S. 73). Ist die orale Nahrungsaufnahme z. B. durch anhaltende Übel-

keit oder ständiges Erbrechen grundlegend gestört, ist auch eine künstliche Ernährung möglich (vgl. ebd.). Hinsichtlich des Flüssigkeitsverlusts und der Gefahr zu verdursten, gehört es in der Palliativmedizin zu den wichtigsten Maßnahmen, Infusionen zu verabreichen. Allerdings ist zu beachten, dass dies in der Sterbephase auch schädliche Wirkungen hervorrufen kann wie z. B. Atemnot (vgl. Wüller et al. 2014, S. 186f.).

Die bisherige Darstellung macht deutlich, dass palliative Krebspatienten in ihrem Alltag aufgrund von körperlichen Leiden in einem erheblichen Maß eingeschränkt und entsprechend auf Hilfe angewiesen sind. In der Regel bedürfen sie der regelmäßigen Unterstützung durch ein spezialisiertes Personal oder durch die Familie bzw. andere nahe stehende Personen. Die Soziale Arbeit muss diese Situation im Rahmen des Prozesses der Entlassungsvorbereitung entsprechend beachten.

### 3.2.2 Psychische Probleme

Wie durch das Zitat in Kapitel 3.2.1 deutlich wurde, können körperliche Symptome wie Schmerzen auch zu seelischen Problemen führen. Diese werden im nachfolgenden Kapitel näher vorgestellt. Dem Zentrum für Krebsregisterdaten (2017) zufolge wünscht sich jeder zweite bis dritte Krebskranke, Unterstützung im psychischen und sozialen Bereich. Häufig fühlen sich Betroffene überfordert, haben Angst vor dem Fortschreiten ihrer Erkrankung oder weisen depressive Symptome auf (vgl. URL10: Zentrum für Krebsregisterdaten 2017). Vor diesem Hintergrund soll nachfolgend auf das Krankheitsbild der Depression und das Gefühl der Angst eingegangen werden. Außerdem wird die Betreuungsform der Psychoonkologie aufgegriffen, die sich im Umgang mit palliativen Krebspatienten als hilfreich bewährt hat.

Das Wort Depression stammt vom lateinischen *deprimere* ab, was sich mit *herabziehen* oder *niederdrücken* übersetzen lässt. Dem Pschyrembel zufolge ist eine Depression eine affektive Störung, die sich insbesondere durch eine niedergedrückte Stimmung, verminderte Leistungsfähigkeit sowie einer Interessen- und Antriebslosigkeit äußert. Darüber hinaus kann es zu Einschränkungen in körperlichen Bereichen (z. B. Appetitverlust) und kognitiven Bereichen (z. B. quälende

Gedanken, Pessimismus) kommen. Depressionen treten altersunabhängig auf, allerdings erkranken durchschnittlich mehr Frauen (10-25 %) als Männer (5-12 %) (vgl. Pschyrembel 2007, S. 408).

Bei palliativen Krebspatienten treten nach Fegg Depressionen vergleichsweise häufig auf. Ursächlich können sowohl biologische Faktoren (z. B. Nebenwirkungen von Chemotherapien und Bestrahlungen, zerebrale Tumore) als auch psychoziale (z. B. Verlust von Körperfunktionen, mangelnde soziale Unterstützung) sein (vgl. Fegg 2012, S. 100f.). Diese Auffassung ist jedoch umstritten. So betonen Neuenschwander und Cina, dass lediglich 20 % der palliativen Patienten im Laufe ihrer Erkrankung unter Depressionen leiden und diese zusätzliche Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium keinesfalls als normal anzusehen ist (vgl. Neuenschwander/Cina 2015, S. 37). Es herrscht Konsens darüber, dass sich eine eindeutige Diagnose von Depressionen bei sterbenden Patienten als schwierig erweist (vgl. Wüller et al. 2014, S. 178).

Neben der depressiven Symptomatik, spielt die psychische Belastung der Angst bei Krebspatienten in der letzten Phase ihres Lebens eine zentrale Rolle. Sie haben Angst vor Schmerzen, der Einsamkeit, dem Unbekannten oder dem Verlust von Familie und Freunden (vgl. Jost 2013, S. 180). Angst ist ein emotionaler Gefühlszustand, der Gefahr signalisiert und als unangenehm empfunden wird (vgl. Pschyrembel 2007, S. 90). Ist sie sehr stark ausgeprägt, wirkt sie sich daher kontraproduktiv auf den Patienten aus und kann ihn lähmen. Um Angst zu lösen, sind Gespräche oder nonverbale Maßnahmen wie z. B. Massagen oder gegebenenfalls angstlösende Medikamente hilfreich (vgl. Neuenschwander/Cina 2015, S. 41).

Wird im Rahmen der sozialarbeiterischen Tätigkeiten mit einem palliativen Krebspatienten festgestellt, dass dieser unter psychischen Belastungsproblemen wie der Depression oder der Angst leidet, bietet sich die Konsultation eines sogenannten Psychoonkologen an. Dieser ist auf die psychischen Leiden spezialisiert, die mit der Entstehung, dem Verlauf oder der Therapie einer Krebserkrankung verbunden sein können. Ein Psychoonkologe kann bei der Bewältigung solcher Probleme behilflich zu sein (vgl. Pschyrembel 2007, S. 1582).

### 3.2.3 Soziale Probleme

Nachdem die körperlichen und seelischen Probleme erläutert wurden, werden nachfolgend die Beeinträchtigungen auf der sozialen Ebene näher betrachtet. Hierbei wird zunächst auf die Definition des sozialen Todes eingegangen, bevor der Verlust der sozialen Sicherheit thematisiert wird.

Nach Erben können die Folgen einer palliativen Krebserkrankung zum sogenannten sozialen Tod führen. Gemeint ist eine zunehmende Isolation vom sozialen Umfeld. Die Erkrankten verlieren ihre bisherigen sozialen Rollen innerhalb der Familie, des Freundeskreises oder der Arbeitsstelle. Bisher wahrgenommene Aufgaben werden oftmals umverteilt oder Menschen aus dem unmittelbaren Umkreis ziehen sich zunehmend vom Erkrankten zurück (vgl. Erben 2001, S. 37). Zudem beschreibt Jost, dass der soziale Tod als eine Folge der Institutionalisierung des Sterbens zu sehen ist. Das bedeutet, dass viele Menschen die letzte Phase ihres Lebens im Krankenhaus oder ähnlichen Einrichtungen verbringen und dadurch ihre Privatsphäre und der Kontakt zu nahestehenden Personen eingeschränkt wird (vgl. Jost 2013, S. 175). Im weiteren Verlauf dieses Kapitels wird diese Problematik nochmals aufgegriffen und konkretisiert.

Weiterhin kann es auf der sozialen Ebene bei palliativen Krebspatienten zum Verlust der sozialen Sicherheit kommen. Nach Neuenschwander und Cina können hierbei u. a. finanzielle Einbußen entstehen, da die Betroffenen selbst nicht mehr in der Lage sind, arbeiten zu gehen. Auch krankheitsbedingte Mehrkosten, die nicht gedeckt werden können, sind ein häufiges Problem. Möglich ist zudem der Fall, dass Angehörige aufgrund der Erkrankung ihre Arbeitszeit reduzieren oder ihre Arbeitsstelle aufgeben, um die tägliche Pflege übernehmen zu können. Damit verbunden sind Lohnausfälle und die Angst vor einem sozialen Abstieg (vgl. Neuenschwander/Cina 2015, S. 316). Der Verlust der sozialen Sicherheit kann bei palliativen Krebspatienten zudem  die Angst und Sorge über die finanzielle Absicherung ihrer Familie auslösen (vgl. Menche 2007, S. 271).

Wie in Kapitel 2.2.1 deutlich wurde, können die körperlichen Probleme bei palliativen Krebspatienten sehr vielschichtig sein. Im Leben eines Erkrankten können sie eine zentrale Rolle einnehmen und diesen bei der Alltagsbewältigung erheblich

einschränken. Zudem liegt es nahe, dass durch das Auftreten der körperlichen Symptome psychische und soziale Leiden begünstigt bzw. verstärkt werden. Um die vielschichtigen Beeinträchtigungen, mit denen der einzelne Patient konfrontiert wird, nachvollziehen zu können, ist eine ganzheitliche Betrachtungsweise erforderlich. Für diese ist ein Wissen über alle möglichen Begleiterscheinungen einer Krebserkrankung notwendig. Erst dadurch können im Rahmen der Sozialen Arbeit angemessene Hilfsangebote in das Entlassmanagement integriert und auf etwaige Bedürfnisse Rücksicht genommen werden. Die Bedürfnisse, die Menschen in der letzten Lebensphase haben, sollen im folgenden Kapitel näher erläutert werden.

## 3.3 Die Bedürfnisse in der letzten Lebensphase

Es gibt einige Bedürfnisse in der letzten Lebensphase eines Menschen, die immer wieder von den Betroffenen formuliert werden. Sie sind deshalb in einem gewissen Maße vorhersehbar (vgl. Jost 2013, S. 181). Sie lassen sich in vier Dimensionen einteilen: die soziale Dimension, die körperliche Dimension, die psychische Dimension und die spirituelle Dimension (Student/Zippel 1987, zit. nach ebd.). Ihr genauer Inhalt wird nachfolgend näher erläutert:

1 *Die soziale Dimension* enthält den am häufigsten von Betroffenen geäußerten Wunsch, in Gesellschaft von nahestehenden Personen und in einer vertrauten Umgebung sterben zu wollen. Eine permanente Anwesenheit der Angehörigen wird dabei nur selten erwartet. Zudem äußern Sterbende, dass sie während des Prozesses von Personen umgeben sein möchten, die keine Angst haben, mit dem Sterbenden umzugehen (vgl. Jost 2013, S. 181).

2 *Die körperliche Dimension* beinhaltet den am zweithäufigsten vorgebrachten Wunsch, ohne Schmerzen sterben zu wollen. In diesem Rahmen wird zusätzlich die Vorstellung von einem Sterbeprozess geäußert, der sich ohne das Auftreten von körperlichen Problemen und geistigen Beeinträchtigungen vollzieht. Außerdem möchten die Betroffenen keine unnötigen diagnostischen und schmerzhaften Maßnahmen mehr durchführen lassen (vgl. ebd., S. 181f.).

3 *Die psychische Dimension* beinhaltet den Wunsch der Betroffenen, ausreichend Raum und Zeit zu haben, um letzte ungeregelte Angelegenheiten klären und konflikthafte Beziehungen auflösen zu können. Dies wird als notwendig angeführt, um beruhigt sterben zu können (vgl. ebd., S. 182).

4 *Die spirituelle Dimension* beinhaltet den Wunsch der Betroffenen, sich mit anderen über den Sinn des Lebens und des Sterbens auszutauschen und diese zu hinterfragen (vgl. Jost 2013, S. 182). Jost geht zudem darauf ein, dass Untersuchungen ergaben, dass ein spirituelles Wohlbefinden, Betroffene vor Depressionen und dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit schützen kann (vgl. Murillo/Kissane/Mehnert 2006, zit. nach ebd.).

Inwiefern sich diese vier Bedürfnisse von denen eines gesunden Menschen unterscheiden, wird anhand der nachfolgenden Abbildung 4 verdeutlicht. Sie zeigt die Bedürfnispyramide nach Maslow, die eine hierarchische Struktur aus fünf Ebenen aufweist. Maslow zufolge müssen zunächst die Bedürfnisse der jeweils niedrigeren Ebenen befriedigt sein, bevor Menschen in der Lage sind, sich den Bedürfnissen der nächst höheren Ebene zuzuwenden (vgl. Menche 2007, S. 101).

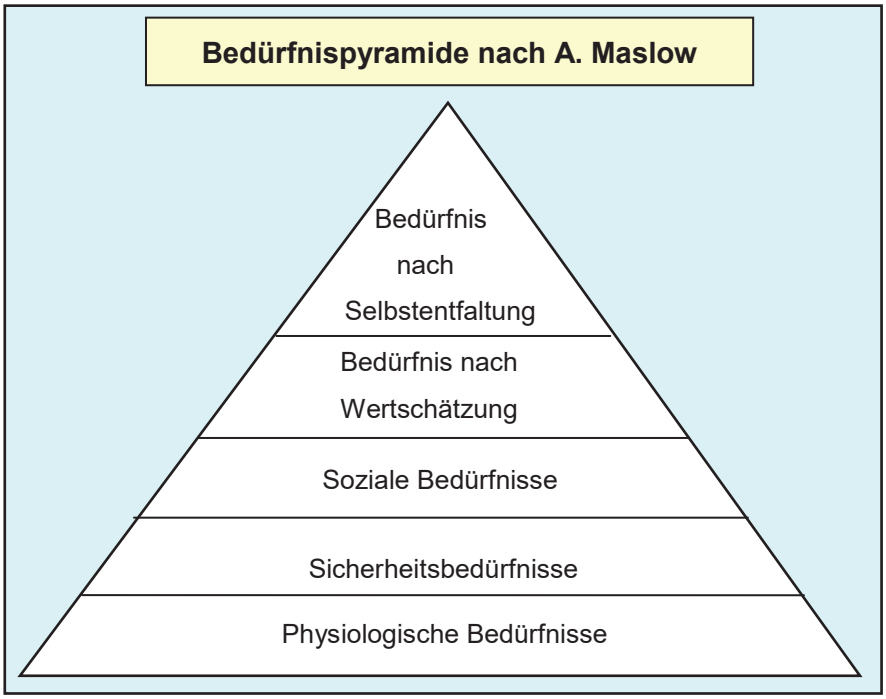


**Abbildung 4: Bedürfnispyramide nach A. Maslow**

**Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Menche 2007, S. 101.**

Anhand der Abbildung 4 wird deutlich, dass die physiologischen Bedürfnisse nach Maslow an erster Stelle stehen, während sie bei Sterbenden erst an zweiter Stelle genannt werden. Sterbenden Menschen ist eine vertraute Umgebung sowie die Liebe und Zuwendung von anderen Menschen wichtiger als das Bedürfnis nach Schmerzfreiheit, das nach Student und Zippel Teil der zweiten Dimension ist und bei Maslow an erster Stelle steht. Daraus lässt sich schließen, dass die emotionalen Bedürfnisse bei Sterbenden besonders hoch sind. Sie werden sogar noch höher eingeschätzt als die grundlegenden physiologischen Bedürfnisse. Vor diesem Hintergrund sollte die Soziale Arbeit den emotionalen Bedürfnissen die gleiche Bedeutung wie den körperlichen Bedürfnissen zukommen lassen. Außerdem wäre zu überlegen, ob die beschriebenen emotionalen Bedürfnisse von Sterbenden in den Kompetenzbereich der Sozialen Arbeit liegen, während die physiologische Betreuung eher die Aufgabe der medizinischen Profession ist.

Wie anhand der Ausführungen deutlich wurde, wird der Wunsch, Zuhause von vertrauten Personen umgeben zu sein, am häufigsten von den Betroffenen formuliert. Inwiefern es möglich ist, diesem Wunsch im Rahmen einer nachstationären Versorgung nachzukommen, wird nachfolgend erörtert.

## 3.4 Nachstationäre Versorgungsmöglichkeiten

Nach einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands e. V. aus dem Jahr 2017 wünschen sich 58 % der Befragten, die sich bereits Gedanken über ihren Tod gemacht haben, Zuhause zu sterben. 27 % können sich vorstellen, in speziellen Institutionen für Schwerkranke und Sterbende ihr Lebensende zu verbringen (vgl. URL9: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. 2017, S. 2). Im Folgenden wird auf die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) eingegangen, die versucht, dem Patientenwunsch gerecht zu werden, zuhause sterben zu können. Im Anschluss daran wird mit dem Hospiz eine stationäre Variante vorgestellt. Ziel ist es, zwei unterschiedliche Versorgungsmöglichkeiten für palliative Krebspatienten aufzuzeigen, die in die nachstationäre Entlassungsplanung der Krankenhaussozialarbeit integriert werden könnten.

### 3.4.1 Die Spezialisierte Ambulante Patientenversorgung (SAPV)

Die Spezialisierte Ambulante Patientenversorgung richtet sich an Patienten, die an einer unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leiden und einen aufwändigen Betreuungsbedarf haben (§ 37b SGB V). Somit gehören die palliativen Krebspatienten eindeutig dazu. Sie haben seit 2007 nach § 37b SGB V Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Um diese nutzen zu können, ist eine Verordnung durch einen Vertrags- oder Krankenhausarzt notwendig. Weiterhin beinhaltet der Paragraph, dass sowohl ärztliche und pflegerische Leistungen und insbesondere die Schmerztherapie und Symptomkontrolle in dieser Versorgungsleistung enthalten sind. Es ist das oberste Ziel der Spezialisierten Ambulanten Patientenversorgung, den Betroffenen in seiner vertrauten Umgebung zu unterstützen (vgl. §37b Abs. 1 SGBV). Der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e. V. ergänzt, dass das zuständige multiprofessionelle Palliativteam täglich rund um die Uhr erreichbar sein und regelmäßig Teamsitzungen und Fallbesprechungen durchführen muss, um die Versorgungsstrukturen optimal und individuell auf die Bedürfnisse des Betroffenen aufeinander abzustimmen (URL11: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. 2009, S. 5).

Wüller et al. heben hervor, dass sich einerseits viele Menschen wünschen in ihrem Zuhause sterben zu wollen, allerdings ist zu beachten, dass dort keine so gute medizinische Versorgung wie im Krankenhaus vorhanden ist, die das Leben aufrechterhalten kann (vgl. Wüller et al. 2014, S. 4). Deshalb ist es, den Autoren zufolge wichtig, dass Betroffene sich mit diesem Gedanken im Vorfeld auseinandersetzen und sich bewusst darüber sind, dass sie sterben werden. Andererseits fügen sie hinzu, dass das das eigene Zuhause sehr viele Vorzüge (z. B. vertraute Gerüche, Bilder, vertraute Menschen) bietet. Der Rahmen ist viel geschützter als zuvor im Krankenhaus und lässt es zu, dass eigene Gewohnheiten ohne Rücksicht auf andere ausgeführt werden können (z. B. Fenster öffnen oder den Fernseher in voller Lautstärke aufdrehen) (vgl. ebd., S. 5).

Falls eine ambulante Behandlung des Erkrankten nicht mehr ausreichend ist, besteht auch die Möglichkeit einer stationären Versorgungsleistung. Mit dem Hospiz soll im Folgenden auf eine solche Betreuungsform näher eingegangen werden.

### 3.4.2 Das stationäre Hospiz

Der Begriff Hospiz stammt zunächst vom lateinischen *hospitium* ab, was sich mit *Gastfreundschaft* oder *Herberge* übersetzen lässt (vgl. Jost 2013, S. 182). Nach Student, Mühlum und Student ist mit der ursprünglichen Bedeutung des Wortes Hospiz keine Institution gemeint, sondern ein ganzheitliches Unterstützungskonzept für Sterbende und deren Angehörige. Der Idee nach, ist ein Hospiz ein Ort, an dem auf die Bedürfnisse und Wünsche der Sterbenden eingegangen wird und dabei ein Gefühl der Geborgenheit vermittelt werden soll. Es existieren folgende Hospizformen: ambulante und stationäre Hospize, Palliativstationen sowie Kinder- oder Tageshospiz (vgl. Student/Mühlum/Student 2004, S. 86). Im Folgenden wird auf das stationäre Hospiz näher eingegangen:

Nach der überarbeiteten Rahmenvereinbarung gemäß § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V der stationären Hospizversorgung aus dem Jahr 2017 ist unter einem stationären Hospiz eine autonome Institution, die einen eigenständigen Versorgungsauftrag hat, zu verstehen. Es handelt sich um eine kleine Einrichtung mit einem familiären Charakter, die über mindestens acht bis höchstens sechzehn Betten verfügt. Dort sollen unheilbar erkrankte Menschen palliativ-pflegerisch und palliativ-medizinisch versorgt werden. Weiterhin ist ein stationäres Hospiz eng mit den regionalen Strukturen sowie den ambulanten Hospizdiensten vernetzt. Die räumlichen und personellen Gegebenheiten sind auf die Bedürfnisse von den Sterbenden und deren Angehörige abgestimmt (vgl. §1 Abs.1 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 31.07.2017).

Student, Mühlum und Student zufolge ist in einem stationären Hospiz ein hoher Pflegepersonalschlüssel erforderlich. Dieser wird hauptsächlich durch speziell palliativmedizinisches Personal und durch den Einsatz von ehrenamtlichen Helfern gedeckt. Die medizinische Versorgung der Sterbenden wird in Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten abgedeckt. Diese verfügen über ein palliativmedizinisches Fachwissen und können bedarfsweise hinzugezogen werden. Das Behandlungsteam wird u. a. durch Seelsorger und Sozialarbeiter ergänzt (vgl. Student/Mühlum/Student 2004, S. 89).

Um in einem stationären Hospiz aufgenommen zu werden, muss der Versicherte verschiedene Grundvoraussetzungen erfüllen. Dazu gehört u. a., dass er an einer stark fortgeschrittenen, unheilbaren Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung von wenigen Tagen, Wochen oder Monaten leidet. Außerdem muss zusätzlich sichergestellt sein, dass eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich und eine ambulante Versorgung nicht ausreichend ist (vgl. §2 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 31.07.2017).

Mehr als 80 % der Patienten, die sich in einem stationären Hospiz befinden, leiden an Krebs (Student/Mühlum/Student 2004, S. 31.). Obwohl das stationäre Hospiz oftmals als Endstation für Sterbende gilt, ist dies nur bedingt richtig. Bei einer Linderung der Beschwerden ist eine Entlassung und Weiterversorgung im eigenen Zuhause durchaus möglich (vgl. ebd., S. 89).

Stationäre Hospize erhalten seit dem Jahr 2017 einen finanziellen Zuschuss von 95 % (vorher 90 %) durch die Krankenkassen unter Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung (vgl. § 39a Abs. 1 SGB V). Die restlichen 5 % sind vom Träger selbst zu finanzieren und werden durch die freiwilligen Spenden oder den Einsatz von ehrenamtlichen Helfern gedeckt. Der Versicherte muss demnach keine Kosten für seinen Aufenthalt im stationären Hospiz übernehmen (vgl. URL 12: GKV-Spitzenverband 2019).

Die Anzahl der Hospize hat sich in den letzten 20 Jahren mehr als versiebenfacht. Während im Jahr 1996 nur 30 stationäre Hospize in Deutschland existierten, waren es im Jahr 2016 bereits 235 (einschließlich der stationären Hospize für Kinder) (URL10: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. 2016, S. 4).

Zusammenfassend lässt sich anhand der steigenden Anzahl von Hospizen feststellen, dass die Thematik des Sterbeprozesses zunehmend ins gesellschaftliche Bewusstsein vordringt. Auch die Politik setzt sich aktiv mit der Thematik auseinander, was u. a. an der Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes im Jahr 2015 und regelmäßigen Neuerungen der Rahmenvereinbarungen zum Vorschein kommt. Es bleibt dennoch zu diskutieren, ob eine Institutionalisierung des Todes

durch die stationären Hospize weiter vorangetrieben oder es als eine Anpassung an die zeitgemäßen Umstände des 21. Jahrhunderts aufgefasst wird.

# 4 Krankenhaussozialarbeit in Bezug auf das Entlassmanagement palliativer Krebspatienten

Dieses Kapitel bezieht sich auf die Beantwortung der zu Beginn formulierten Fragestellung, inwieweit sich die Krankenhaussozialarbeit in Bezug auf das Entlassmanagement palliativer Krebspatienten integrieren lässt. Dabei werden zunächst die Erkenntnisse aus Kapitel 1 bis Kapitel 3 auf die praktischen Handlungsempfehlungen der Krankenhaussozialarbeiter bezogen (Kapitel 4.1). Anschließend werden die Grenzen (Kapitel 4.2) und Chancen (Kapitel 4.3) aufgezeigt, die sich für diese Berufsgruppe hinsichtlich des Entlassmanagements von palliativen Krebspatienten ergeben.

## 4.1 Handlungsempfehlungen für die Praxis

Bei der Entlassungsplanung von palliativen Krebspatienten im Krankenhaus ist es für die dort beschäftigten Sozialarbeiter grundlegend empfehlenswert, sich Informationen bezüglich der praktischen Umsetzung des Rahmenvertrags Entlassmanagement einzuholen. Da die Implementierung des Vertrags in den einzelnen Krankenhäusern stark variiert (Kapitel 1.2), ist es wichtig, über die vorhandenen Arbeitsabläufe und Strukturen in der beschäftigten Einrichtung Bescheid zu wissen. Fragen wie beispielsweise: *Wo lässt sich die Dokumentation über die Patientenbewilligung des Rahmenvertrags finden?*, *Existiert ein Entlassplan?*, *Welche Aufgaben nehmen die einzelnen Berufsgruppen innerhalb des Entlassmanagements wahr?* oder *Wird im Krankenhaus der Nationale Expertenstandard genutzt, der für alle Mitarbeiter verbindlich ist?,* sollten im Vorfeld von den Sozialarbeitern geklärt werden. Dadurch können die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Kommunikation erleichtert und Missverständnisse weitestgehend vorgebeugt werden. Zudem können die Sozialarbeiter mittels dieses Wissens ihre Arbeitsabläufe dem Entlassmanagement entsprechend anpassen und gegebenenfalls optimieren.

Bei der interdisziplinären Zusammenarbeit, nehmen insbesondere die Pflegekräfte eine zentrale Rolle für die Krankenhaussozialarbeiter ein. Beide Berufsgruppen sind gleichermaßen an den Fallbesprechungen zum Entlassmanagement integriert (vgl. URL1: Deutsches Krankenhausinstitut 2014, S. 14). In Kapitel 2.3 wurde zudem deutlich, dass der Pflegedienst den größten Anteil innerhalb des nichtärztlichen Krankenhauspersonals einnimmt. Eine erste Kontaktaufnahme zwischen dem Patienten und dem Sozialarbeiter wird, wie im Klinikum Koblenz-Montabaur, in der Regel durch das Pflegepersonal initiiert (Kapitel 1.3). Dadurch besitzt diese Berufsgruppe wertvolle Patienteninformationen (aktueller Gesundheitszustand, vorliegender Pflegegrad, Einschränkungen im Alltag), die es hinsichtlich des Entlassmanagements von den Sozialarbeitern zu berücksichtigen gilt.

Anhand dieser aufgeführten Gründe ist davon auszugehen, dass die Sozialarbeiter und Pflegekräfte während ihrer Tätigkeiten häufig in Kontakt stehen und im Bereich des Entlassmanagements von einem gegenseitigen Informationsaustausch profitieren. Hierzu wären eine reibungslose Zusammenarbeit und ein optimierter Informationsfluss zwischen beiden Berufsgruppen erstrebenswert. Eine Möglichkeit dies zu realisieren, stellt die Teilnahme der Sozialarbeiter an den regelmäßig stattfindenden Stationsversammlungen der Pflegekräfte dar. Dabei ist ein Austausch über bestehende Schwierigkeiten, z. B. in Bezug auf das Entlassmanagement palliativer Krebspatienten, in einem geschützten Rahmen möglich. Diese Informationen könnten dann gegebenenfalls auf anderer Ebene (z. B. Projektteam Entlassmanagement) weitergegeben und lösungsorientiert bearbeitet werden.

Neben den Pflegekräften nehmen auch die Ärzte eine zentrale Rolle für sozialarbeiterischen Tätigkeiten ein. Beispielsweise müssen sie von ihnen erforderliche Hilfsmittelverordnungen oder nachstationäre Leistungsanträge für den Patienten ausfüllen und unterschreiben lassen (Kapitel 1.3). Dies könnte im Rahmen einer Teilnahme des Sozialarbeiters an der täglichen Arztvisite realisiert werden.

Um den Informationsfluss zwischen diesen drei Berufsgruppen weiterhin optimal zu gestalten, wäre es ratsam, gegenseitig Kontaktdaten, wie den Namen, ihre E-Mail-Adressen sowie Telefonnummern und Arbeitszeiten, auszutauschen und sich diese in Form von Visitenkarten auszuhändigen. Dadurch ist eine Erreichbarkeit

auch außerhalb der Station gewährleistet. Zudem stellen die Einrichtung und das regelmäßige Abhören eines Anrufbeantworters bzw. einer Mailbox dar. Die Sozialarbeiter können somit in dringenden Fällen zurückgerufen und notwendige Informationen rechtzeitig beim Entlassmanagement berücksichtigen.

Um auch andere Berufsgruppen, über die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme zu den Sozialarbeitern zu informieren, bietet sich ein Informationsblatt an, das öffentlich auf der Station aushängt. Dies könnte neben den Kontaktdaten auch eine Übersicht in Form der dargelegten Abbildung 3 aus Kapitel 2.4 enthalten und ermöglicht darüber hinaus auch einen Austausch mit anderen beschäftigten Berufsgruppen des Krankenhauses.

Wie aus Kapitel 2.4 hervorging, sind Sozialarbeiter häufig für die Koordination und Organisation der einzelnen Abläufe innerhalb des Entlassmanagements zuständig. Da insbesondere die palliativen Krebspatienten von einem komplexen Hilfesystem umgeben sind (Kapitel 3.2), bietet sich für die Organisation und Koordination der einzelnen Schnittstellen, die etablierte sozialarbeiterische Anwendungsmethode des Case Managements (Kapitel 2.5.1) an. Deren praktische Umsetzung wird mittels der sechs Einzelschritte im Folgenden thematisiert.

1 *Zugangseröffnung:* Im Rahmen dieser ersten Phase, kommt es zur ersten persönlichen Kontaktaufnahme zwischen dem Sozialarbeiter und dem Patienten. Hierbei ist es von zentraler Bedeutung, dass sich Sozialarbeiter und Patient gemeinsam über das konkrete Anliegen und die damit verbundenen Ziele austauschen, damit möglichst viele relevante Informationen zusammengetragen werden können. Bevor es jedoch dazukommt, ist es für den Sozialarbeiter empfehlenswert, den Patienten im Vorfeld über den genauen Zeitpunkt seines Erscheinens zu informieren, damit dieser sich gegebenenfalls konkrete Fragen überlegen kann und nicht unvorbereitet ist. Dies könnte mittels einer telefonischen Vorankündigung über das Pflegepersonal realisiert werden. Dabei kann der Sozialarbeiter gleichzeitig hinterfragen, ob sich der Patient zum vorgesehenen Zeitpunkt überhaupt auf der Station befindet.

2 *Einschätzung:* Im Rahmen dieser zweiten Phase kommt es zu einer ausführlichen Erhebung des Assessments. Sollte sich der Patient in einer schlechten

körperlichen oder geistigen Verfassung befinden, wäre es hierbei hilfreich, eine nahestehende Person zu dem Termin hinzuzuziehen, um so viele relevante Informationen wie möglich zu erhalten. Im Hinblick auf die palliativen Krebspatienten ist insbesondere in Erfahrung zu bringen, inwieweit der Betroffene den Alltag Zuhause bisher hat bewältigen können. Fragen wie: *Ist ein Pflegedienst bereits integriert? und Wer sind wichtige Bezugspersonen?* sind dabei zu klären. Es ist wichtig, dass der Sozialarbeiter, insbesondere die sozialen und räumlichen Umgebungsfaktoren beim Assessment miteinbezieht.

3 *Zielvereinbarung:* Im Rahmen dieser dritten Phase der Zielvereinbarung erstellt der Sozialarbeiter einen auf den Patienten zugeschnittenen Hilfeplan. Es bietet sich hierfür ein Hilfeplan in Tabellenform an, der in einer Spalte die Ressourcen des Patienten auflistet. In diesem Zusammenhang kann gleichzeitig die etablierte Anwendungsmethode des Empowerment-Ansatzes aus Kapitel 2.5.2 zum Tragen kommen. Es geht darum, dem Patienten trotz seiner erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag, Perspektiven zu eröffnen, inwieweit er sich seine Autonomie bewahren kann oder durch welche Hilfsmittel diese gefördert werden könnte. Diese gilt es dann im Hilfeplan festzuhalten. Es würde sich zudem anbieten, diesen Plan auszudrucken und dem Patienten auszuhändigen, damit er sich auch nach dem stationären Aufenthalt an den festgelegten Zielen orientieren kann. Sollte kein patientenbezogener Entlassplan auf der Station vorliegen, stellt das Weiterreichen des Hilfeplans an das ärztliche und pflegerische Personal eine geeignete Variante dar, um die Ziele der palliativen Krebspatienten hinsichtlich ihrer Entlassung transparent, nachvollziehbar und für die einzelnen Berufsgruppen zugänglich zu machen.

4 *Durchführung:* Im Rahmen dieser vierten Phase kommt es zur Umsetzung aller zuvor im Selbsthilfeplan festgehaltenen Ziele. Vonseiten des Sozialarbeiters ist dies jedoch nicht durchführbar, da seine Zuständigkeit auf den Zeitraum des stationären Aufenthalts eines Patienten beschränkt (Kapitel 2.1) ist und er keinen Einfluss auf die weiteren Ereignisse in der nachstationären Versorgung nehmen kann. Auch die fünfte Phase des Monitorings sowie die letzte Phase der Evaluation können während des stationären Aufenthalts eines Patienten vom Sozialarbeiter in diesem Rahmen nicht realisiert werden. Es wäre jedoch

denkbar, sie im späteren Verlauf, sofern der Patient erneut stationär aufgenommen werden sollte, anzuwenden.

Da es bei der sozialarbeiterischen Tätigkeit in Bezug auf palliative Krebspatienten häufig vorkommt, dass nachstationäre Versorgungsleistungen das erste Mal organisiert werden, ist es wichtig, auch dem Patienten, die notwendigen Kontaktdaten auszuhändigen. Dabei wäre es möglich, sich die Abbildung 4 aus Kapitel 2.5.1 über das komplexe Hilfesystem auszudrucken und die einzelnen Schnittstellen mit den jeweiligen Kontakten gemeinsam mit den Patienten zu beschriften. Das Dokument könnten auch außerhalb des Krankenhauses von den Patienten angewendet werden, um so mit den Schnittstellen selbstständig in Kontakt zu treten.

In Bezug auf das Entlassmanagement palliativer Krebspatienten ist es wichtig, die vielschichtigen Belastungen (Kapitel 3.2) auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene zu berücksichtigen. Dadurch kann eine bedarfsentsprechende nachstationäre Versorgung realisiert werden. Um einen Überblick über den gegenwärtigen Gesundheitszustand des Patienten zu erhalten, bietet sich für die Sozialarbeiter, der Austausch mit dem ärztlichen und dem pflegerischen Personal auf der Station an. Außerdem könnten diese Informationen auch im persönlichen Patientengespräch selbst erfragt werden. Sollte sich der Patient in einem schlechten Allgemeinzustand befinden, wäre es von Vorteil, die Angehörigen zu kontaktieren und gegebenenfalls einen gemeinsamen Termin zur weiteren Entlassungsplanung zu vereinbaren.

Hinsichtlich der körperlichen Probleme, leiden palliative Krebspatienten am häufigsten unter dem Symptom der Schmerzen (Tabelle 2 Kapitel 3.2.1). In diesem Zusammenhang gilt es vom Sozialarbeiter zu klären, ob und in welcher Form eine Schmerztherapie erfolgt, damit diese auch in der ambulanten Versorgung entsprechend fortgeführt werden kann. Bei der regelmäßigen Einnahme von Betäubungsmitteln, wie Morphin oder dem Einsatz einer Schmerzpumpe, sind die bedarfsentsprechenden Rezepte rechtzeitig auszustellen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass sie vom Arzt unterschrieben und mit dem Arztpseudonym 4444444 sowie der Betriebsstättennummer des jeweiligen Krankenhauses versehen sind (Kapitel 1.3). Gleiches gilt für das Symptom der Appetitlosigkeit (Kapitel 3.2.1) Hierbei muss hinterfragt werden, ob der Patient auf eine künstliche Ernäh-

rung in der nachstationäre Versorgung angewiesen ist. Bei sehr schwachen Patienten ist der Fokus darauf zu legen, inwieweit sie in ihrem Alltag durch entsprechende Hilfsmittel (z. B. Toilettenstuhl, Pflegebett) unterstützt werden können. Wird im Rahmen der sozialarbeiterischen Tätigkeiten mit einem palliativen Krebspatienten zudem festgestellt, dass dieser unter psychischen Belastungsproblemen leidet, sollte der Kontakt zu einem Psychoonkologen in Erwägung gezogen werden (Kapitel 3.2.2).

Um die vorliegenden körperlichen, psychischen und sozialen Leiden lösungsorientiert und strukturiert zu bearbeiten, bietet sich für den Sozialarbeiter, die Erstellung eines Hilfeplans an. Hierbei sollte u. a. erfasst werden, welche Probleme gegenwärtig bestehen und welche konkreten Unterstützungsmaßnahmen mit dem Patienten festgelegt wurden.

Wie in Kapitel 3.3. deutlich wurde, verändern sich die Bedürfnisse in der letzten Lebensphase eines Menschen dahingehend, dass die Sehnsucht nach einer emotionalen Zuwendung dominiert. In diesem Zusammenhang wäre es relevant zu erfahren, welche Bezugspersonen der Betroffene hat oder ob er isoliert von seinem Umfeld lebt (Kapitel 3.2.3). Dies könnte durch das Gespräch mit dem Patienten selbst oder auch durch die Nachfrage beim pflegerischen oder ärztlichen Personal durch die Sozialarbeiter in Erfahrung gebracht werden.

Lebt der Patient weitestgehend isoliert von seinem sozialen Umfeld, ist diese Information entsprechend von den Sozialarbeitern in die Entlassungsvorbereitung zu integrieren. In diesem Fall würde sich die nachstationäre Versorgungsmöglichkeit des stationären Hospizes (Kapitel 3.4.2) anbieten. Um den Patienten authentische Informationen über diese Einrichtung geben zu können, wäre es denkbar, dass sich die Sozialarbeiter selbst ein stationäres Hospiz ansehen und sich einen persönlichen Eindruck verschaffen. Zudem könnten die Informationen über das stationäre Hospiz aus Kapitel 3.4.2 in einer Broschüre zusammengefasst und dem Patienten ausgehändigt werden. Da sich die meisten Menschen in der letzten Phase ihres Lebens jedoch eine vertraute Umgebung wünschen und Zuhause sterben möchten (Kapitel 3.3), sollten Sozialarbeiter, den Patienten mit diesem Wunsch, die Spezialisierte ambulante Versorgungsleistung aus Kapitel 3.4. anbieten.

## 4.2 Grenzen

Aus den praktischen Handlungsempfehlungen der Krankenhaussozialarbeit in Bezug auf das Entlassmanagement palliativer Krebspatienten, geht hervor, dass die Soziale Arbeit im Krankenhaus vielfältige Möglichkeiten besitzt, das Entlassmanagement im Sinne der palliativen Krebspatienten durchzuführen. Jedoch existieren auch Grenzen, die die Umsetzung der sozialarbeiterischen Fähigkeiten im Krankenhaus erschweren. Um welche Grenzen es sich genau handelt, wird nachfolgend thematisiert.

Wie sich im Verlauf der vorliegenden Arbeit herausgestellt hat, sind Sozialarbeiter im Krankenhaus auf eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen angewiesen. Neben den Pflegekräften nehmen auch die Ärzte eine zentrale Rolle ein. Die Sozialarbeiter müssen beispielsweise entsprechende Informationen über den genauen Entlassungstag des Patienten von ihnen erhalten, um rechtzeitig nachstationäre Versorgungsleistungen in die Wege leiten zu können. Zudem sind sie in Bezug auf die Sicherstellung der nachstationären Patientenversorgung, auf die Unterschrift eines Facharztes auf den patientenbezogenen Rezepten und Verordnungen angewiesen (Kapitel 1.3). In Kapitel 2.3 konnte jedoch festgestellt werden, dass das Verhältnis zwischen dem ärztlichem Personal und den Sozialarbeitern im Krankenhaus grundlegend ein gestörtes ist und sich die gemeinsame Zusammenarbeit als schwierig erweist. Insbesondere die in Kapitel 2.2 thematisierte widerspruchslose Unterwerfung der Sozialarbeiter gegenüber dem ärztlichen Personal während des Zweiten Weltkriegs, ist als ursächlich für diesen Zustand anzusehen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Sozialarbeiter im Krankenhaus unsicher im eigenen Kompetenzbereich auftreten und an einem ausgeprägten Identitäts- und Anerkennungsproblem leiden. Dadurch, dass sie das ärztliche Personal beneiden und diesem wichtige Entscheidungsbefugnisse und Machtkompetenzen überlassen, findet die Interaktion der beiden Professionen auf unterschiedlichem Niveau statt (Kapitel 2.2). Dies stellt eine schlechte Grundlage für eine gemeinsame und gelingende Zusammenarbeit dar und könnte sich störend auf den Prozess des Entlassmanagements auswirken.

Ein weiteres Problem ergab sich in Bezug auf die Anwendungsmethode des Case Managements (Kapitel 2.5.1). Hierbei wurde deutlich, dass diese Methode nur bis

zur dritten Phase durchführbar ist. Da sich die Tätigkeit des Sozialarbeiters im Krankenhaus auf den stationären Aufenthalt der Patienten beschränkt (Kapitel 2.1), sind sie nicht in der Lage, die Patienten auch außerhalb des Krankenhauses bei letzten drei Phasen zu begleiten. Somit haben Sozialarbeiter keinen Einfluss darauf, was außerhalb des Krankenhauses geschieht. Sie können zudem nicht überprüfen, inwiefern der Hilfeplan realisiert werden konnte und an welcher Stelle sich neue Probleme ergaben.

In Anbetracht der steigenden Anzahl von Krebsneuerkrankungen (Kapitel 3) ist davon auszugehen, dass die Sozialarbeiter im Krankenhaus zunehmend gebraucht werden. Da sie jedoch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen personell schwach aufgestellt sind (Kapitel 2.3), werden sie vermutlich Schwierigkeiten dabei bekommen, den erhöhten Bedarf zu decken. Insbesondere die palliativen Krebspatienten sind durch ihre komplexe Belastungssituation (Kapitel 3.2), auf sozialarbeiterische Kompetenzen angewiesen. Diese können jedoch nur entfaltet werden, wenn die Anzahl der Mitarbeiter der Krankenhaussozialarbeit entsprechend angepasst und verstärkt wird.

Ein weiteres Problem stellt die zunehmende Ökonomisierung der Krankenhäuser dar. Aus diesem Grund unterliegen die Sozialarbeiter dem Druck, möglichst schnelle und reibungslose Entlassungen für die Patienten zu planen und die Aufenthaltsdauern zu verkürzen (Kapitel 2.4). Dies kann dazu führen, dass sich die Sozialarbeiter nur oberflächlich mit den Motivationen und Bedürfnissen von palliativen Krebspatienten auseinandersetzen und die nachstationären Versorgungsleistungen nicht dem Bedarf entsprechend planen. Es könnten unzureichende nachstationäre Versorgungsmöglichkeiten dadurch getroffen und der in Kapitel 1.1 beschriebene Drehtür-Effekt begünstigt werden.

Zuletzt soll erwähnt werden, dass eine Reduzierung der Sozialen Arbeit auf das Entlassmanagement, die Gefahr in sich birgt, dass weitere Kompetenzbereiche der Profession in den Hintergrund rücken. Da in einigen Krankenhäusern mittlerweile Case Manager mit dem Prozess des Entlassmanagements beauftragt sind, wären die sozialarbeiterischen Tätigkeiten somit ersetzbar. Es ist daher wichtig, die Qualitäten der Sozialen Arbeit gegenüber anderen Berufsgruppen hervorzuheben und entsprechend ins Tätigkeitsfeld des Krankenhauses einzubringen.

## 4.3 Chancen

Wie sich herausgestellt hat, werden neben den Ärzten und Pflegekräften, auch die Sozialarbeiter in die Fallbesprechungen zum Entlassmanagement integriert. Dadurch ergibt sich für sie die Möglichkeit, eigene Verbesserungsvorschläge und bestehende Schwierigkeiten hinsichtlich dieses Tätigkeitsfeldes anzusprechen. Zudem können sie in diesem Rahmen, den Blickwinkel der anderen beiden Berufsgruppen auf die sozialen und räumlichen Umgebungsfaktoren des Patienten lenken (Kapitel 2.5).

Eine weitere Chance der Krankenhaussozialarbeit ist es, Informationsbroschüren über ihr Tätigkeitsfeld zu erstellen und sie auf den Stationen zu verteilen (Kapitel 4.1). Somit können sich die Mitarbeiter eines Krankenhauses einen Einblick in das genaue Tätigkeitsfeld der Sozialarbeiter verschaffen. Es wäre zudem denkbar, dass dadurch ein selbstbewusstes Auftreten und gesteigertes Anerkennungsgefühl bei den Sozialarbeitern ausgelöst werden könnte.

Da Sozialarbeiter in der Lage sind, professionell mit den etablierten Anwendungsmethoden, Case Managements und Empowerment-Ansatz, umzugehen, kann sich dies für die Patienten mit einem komplexen Hilfebedarf zum Vorteil auswirken. Beispielsweise werden sie durch den Empowerment-Ansatz trotz ihrer erheblichen Einschränkungen dazu motiviert, eigene Ressourcen nach dem stationären Krankenhausaufenthalt zu mobilisieren und im Alltag umzusetzen. Die Anwendung des Case Managements bietet zudem die Chance, den Patienten eine Orientierung im komplexen Hilfesystem zu geben und bedarfsentpsrechende Versorgungsleistungen für den nachstationären Aufenthalt zu planen.

Da sich die Soziale Arbeit dadurch auszeichnet, den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit zu erfassen, können dadurch die bestehenden Wünsche der palliativen Krebspatienten beachtet und bei der Entlassungsvorbereitung entsprechend berücksichtigt werden. In der ganzheitlichen Betrachtungsweise ist die Chance enthalten, unkonventionelle Wege einzuschlagen und den Fokus auch auf die Ressourcen des Patienten zu lenken.

# 5 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde sich mit der Frage auseinandergesetzt, inwieweit sich Krankenhaussozialarbeit in Bezug auf das Entlassmanagement von palliativen Krebspatienten integrieren lässt.

Nachdem in einem ersten Schritt geklärt wurde, was unter dem Begriff des Entlassmanagements zu verstehen ist und welche gesetzlichen Rahmenbedingungen in dem Bereich vorliegen, wurde anschließend die praktische Umsetzung des Rahmenvertrags thematisiert. Dabei wurde auf verschiedene praktische Erfahrungsberichte von deutschen Krankenhäusern zurückgegriffen. Es hat sich gezeigt, dass die Implementierung der gesetzlichen Vorgaben stark variiert. Während in einigen Einrichtungen, spezielle Projektteams für das Entlassmanagement existieren, sind in anderen Institutionen ausschließlich die Krankenhaussozialarbeiter für dieses Aufgabenfeld zuständig.

Im zweiten Schritt wurde die Krankenhaussozialarbeit selbst betrachtet. Es wurde eine Abgrenzung zum Begriff der Klinischen Sozialarbeit vorgenommen und sich dann auf einzelne historische Ereignisse konzentriert. Dabei stellte sich heraus, dass sich die Sozialarbeiter im Zweiten Weltkrieg bedingungslos den Ärzten unterwarfen. Es kam zum Vorschein, dass die Sozialarbeit in Deutschland, die Chancen zur weiteren Professionalisierung und die etablierte sozialarbeiterische Anwendungsmethode der Einzelfallhilfe, in der Vergangenheit ungenutzt ließ. Anschließend ergab die nähere Betrachtung des beruflichen Stellenwerts, dass die Krankenhaussozialarbeit an einem ausgeprägten Identitäts- und Anerkennungsproblem leidet. Es wurde anhand eines Kreisdiagramms und einer tabellarischen Gegenüberstellung einzelner Berufsgruppen festgestellt, dass die Krankenhaussozialarbeiter eine schlechte Personalsituation vorzuweisen haben. Weiterhin brachte die nähere Betrachtung des beruflichen Aufgabenfeldes hervor, dass das Entlassmanagement als ein zentrales, aber nicht alleiniges Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit anzusehen ist. Abschließend wurde in Bezug auf die Soziale Arbeit mit dem Case Management und Empowerment-Ansatz zwei sozialarbeiterische Anwendungsmethoden theoretisch erläutert. Dabei wurde das Ziel verfolgt, ein Grundwissen für die praktische Realisierung zu legen.

In dritten Schritt wurden die palliativen Krebspatienten thematisiert. Dabei wurde zunächst geklärt, was unter den Begriffen palliativ und Krebs zu verstehen ist. Es konnte anhand einer repräsentativen Befragung festgestellt werden, dass ein Großteil der Bevölkerung den Palliativbegriff und die genaue Bedeutung nicht kennt. Bei der darauffolgenden Darstellung der einzelnen Belastungen, die durch eine Krebserkrankung auftreten können, stellte sich in Bezug auf die körperlichen Probleme heraus, dass die meisten Krebspatienten unter den Symptomen Schmerz, Schwäche und Appetitlosigkeit leiden. Diese wurden mit weiteren körperlichen Belastungen in Tabellenform entsprechend ihrer Häufigkeit aufgelistet. Bei den anschließenden psychischen Problemen, wurde sich auf die Depressionen und Ängste konzentriert. In diesem Zusammenhang konnte geklärt werden, was ein Psychoonkologe ist und inwiefern er hilfreich für palliative Krebspatienten sein kann. Es folgte die nähere Darstellung von sozialen Belastungen, wobei eine nähere Erläuterung über die Bedeutung des sozialen Todes und dem Verlust der sozialen Sicherheit vorgenommen wurde. Darauffolgend wurden die Bedürfnisse in der letzten Lebensphase eines palliativen Krebspatienten mit denen der Maslowschen Bedürfnispyramide verglichen. Es konnte deutlich gemacht werden, dass sich sterbende Menschen hauptsächlich eine vertraute Umgebung, emotionale Zuwendung durch nahestehende Personen und einen schmerzfreien Tod wünschen. Inwiefern diese Bedürfnisse Sterbender in der nachstationären Versorgung umgesetzt werden können, wurde anschließend durch die Thematisierung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und dem stationären Hospiz erläutert. Es wurde auf darauf eingegangen, was diese Versorgungsleistungen auszeichnet und welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um sie in Anspruch nehmen zu können.

Im vierten Schritt der vorliegenden Arbeit, die sich damit beschäftigt hat, inwiefern sich die Krankenhaussozialarbeit ins Entlassmanagement palliativer Krebspatienten integrieren lässt, wurden praktische Handlungsempfehlungen diesbezüglich thematisiert. Es konnten vielfältige Möglichkeiten aufgezeigt und im Anschluss die Grenzen und die Chancen, die die Krankenhaussozialarbeit besitzt, erläutert werden.

Perspektivisch bleibt zu überlegen, inwiefern sich die Sozialarbeiter im Krankenhaus weiterhin auf das Entlassmanagement reduzieren lassen.

# 6 Quellenverzeichnis

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

Appelrath, Meike/Messerle, Robert: Entlassmanagement aus Sicht des SVR–Ein Ansatz zur Überwindung der Sektorengrenzen?. In: Eble, Susanne/Miedke, Jens/Khan, Naseer (Hrsg.): Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Berlin 2018, S. 3-12.

Bienz, Barbara/Reinmann, Arlette: Sozialarbeit im Krankenhaus. Aufgaben, Methoden, Ziele. Bern, Stuttgart, Wien 2004.

Bock, Mike: Praxisbericht: Entlassmanagement der Paracelsus-Klinik Bad Ems. In: Eble, Susanne/Miedke, Jens/Khan, Naseer (Hrsg.): Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Berlin 2018, S. 181-194.

Erben, Christina: Sterbekultur im Krankenhaus und Krebs. Handlungsmöglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit. Oldenburg 2001.

Fahle, Doris: Praxisbericht: Entlassmanagement aus Sicht der Schön Klinik Harthausen. In: Eble, Susanne/Miedke, Jens/Khan, Naseer (Hrsg.): Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Berlin 2018, S. 195-207.

Fegg, Martin: Depression. In: Schnell, Martin (Hrsg.)/Schulz, Christian (Hrsg.): Basiswissen Palliativmedizin. Heidelberg 2012, S. 100-102.

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

Hochstadt, Sabine: Standpunkt und Erwartungshaltung der Krankenkassen. In: Eble, Susanne/Miedke, Jens/Khan, Naseer (Hrsg.): Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Berlin 2018, S. 37-42.

Jost, Annemarie. Gesundheit und Soziale Arbeit. Stuttgart 2013.

Khan, Naseer: Entlassmanagement-Strategien. Konzepte, Umsetzung. In: Eble, Susanne/Miedke, Jens/Khan, Naseer (Hrsg.): Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Berlin 2018, S. 123-156.

Klakow-Franck, Regina/Kunze, Philipp: Entlassmanagement-Beiträge des Gemeinsamen Bundesausschusses. In: Eble, Susanne/Miedke, Jens/Khan, Naseer (Hrsg.): Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Berlin 2018, S. 21-28.

Matschke, Gabriele: Die Entlassung aus Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen. Expertenstandard Entlassungsmanagement – Anspruch und Wirklichkeit. Hamburg 2018.

Menche, Nicole (Hrsg): Pflege Heute. München, Jena 2007.
Nauroth, Daniel: Praxisbericht: Entlassmanagement aus Sicht des Katholischen Klinikums Koblenz-Montabaur. In: Eble, Susanne/Miedke, Jens/Khan, Naseer (Hrsg.): Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung. Berlin 2018, S. 167-179.

Neuenschwander, Hans/Cina, Christoph: Handbuch Palliativmedizin. Bern 2015.

Neuffer, Manfred: Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim, München 2009.

Ningel, Rainer: Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Bern, Stuttgart, Wien 2011.

Pschyrembel, Willibald (Hrsg): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 261. Aufl. Berlin 2007.

Reinicke, Peter: Sozialarbeit mit Krebskranken. Frankfurt am Main 2019.

Schnell, Martin/Schulz, Christian: Basiswissen Palliativmedizin. Heidelberg 2012.

Student, Johann-Christoph/Mühlum, Albert/Student, Ute. Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. München, Basel 2004.

URL1: https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/entlassmanagement_im_krankenhaus.pdf
[abgerufen am: 23.05.2019]

URL2: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile&v=4
[abgerufen am: 23.05.2019]

URL3: https://dvsg.org/fileadmin/dateien/02Fachgruppen/01Akutbehandlung/2013DVSG-PositionspapierEntlassungsmanagement.pdf
[abgerufen am: 23.05.2019]

URL4: https://www.dgcc.de/case-management/
[abgerufen am: 23.05.2019]

URL5: https://dvsg.org/fileadmin/dateien/02Fachgruppen/01Akutbehandlung/PositionspapierCaseManagementVPU-DVSG2010.pdf
[abgerufen am: 23.05.2019]

URL6: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebsgeschehen/Krebsgeschehen_download.pdf?__blob=publicationFile
[abgerufen am: 23.05.2019]

URL7: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/todesfaelle-2016.html
[abgerufen am: 23.05.2019]
URL8: https://www.dhpv.de/themen_hospiz-palliativ_palliativmedizin.html
[abgerufen am: 23.05.2019]

URL9: https://www.dhpv.de/tl_files/public/Aktuelles/presseerklaerungen/3_ZentraleErgebnisse_DHPVBevoelkerungsbefragung_06102017.pdf
[abgerufen am: 23.05.2019]

URL10: https://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/statistik/20160411_Bericht_StatHospizePalliativ.pdf
[abgerufen am: 25.05.2019]

URL11: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/SAPV_Glossar_DGP_DHPV_15_01_2009.pdf
[abgerufen am: 25.05.2019]

URL12: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativ-versorgung/stat_hospizleistung/stat_hospiz/stat_hospizversorgung.jsp
[abgerufen am: 02.06.2019]

Viefhues, Herbert/Nülens, Hans-Gerhard/Kersken-Nülens, Ursula: Soziale Dienste im Krankenhaus. Stuttgart u.a. 1986.

Wissert, Michael. Sind Sterbende Fälle? Case Management und Palliative Care 2009. URL: https://www.ahpv.de/fileadmin/user_upload/files/091128_Wissert_CM-Sind-Sterbende-F_E4lle.pdf [abgerufen am: 23.05.2019]

Wüller, Johannes et al.: Palliativpflege. München 2014.
Zehnder-Kiworr, Cordula: Appetitlosigkeit. In: Schnell, Martin/Schulz, Christian (Hrsg): Basiswissen Palliativmedizin. Heidelberg 2012, S. 70-73.

Zehnder-Kiworr, Cordula: Appetitlosigkeit. In: Schnell, Martin/Schulz, Christian (Hrsg): Basiswissen Palliativmedizin. Heidelberg 2012, S. 70-73.

# 7 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorstehende Bachelorarbeit selbständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und sowohl wörtliche, als auch sinngemäß entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

_____

Jette Liefländer Greifswald, 06.06.2019