Soziale Arbeit im Krankenhaus

- zwischen pejorativer Konnotation und Innovation -

Johannes Steinle, Perpetua Schmid und Axel Olaf Kern

© COPYRIGHT 2016 STEINLE, J.; SCHMID, P.; KERN, A.O.

CENTER FOR HEALTH AND SOCIAL POLICY (CHSP)

At Weingarten University

Hochschule Ravensburg-Weingarten
Technik | Wirtschaft | Sozialwesen

Hochschule Ravensburg-Weingarten
Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege

CHSP WORKING PAPER NO. 3 ISSN 2509-6540

Soziale Arbeit im Krankenhaus

- zwischen pejorativer Konnotation und Innovation -

Axel Olaf Kern, Hochschule Ravensburg-Weingarten, axel.kern@hs-weingarten.de

Johannes Steinle, Sozialarbeiter (B.A.), Gesundheitsförderung (M.A.), Johannes.steinle@t-online.de

Perpetua Schmid (MBA), Dipl. Sozialarbeiterin, Prozessbegleitung, Teamentwicklung, Unternehmensführung und Coaching, info@perpetua-schmid.com

Zusammenfassung

Soziale Arbeit im Krankenhaus hat sich in den vergangenen Jahrzehnten auskristallisiert. Von der anfänglich häufig fachfremden und unspezifisch durchgeführten Krankenhausfürsorge lassen sich heute bereits drei Pfeiler der Sozialen Arbeit im Krankenhaus erkennen: der traditionelle Sozialdienst mit Fokus auf Verwaltungsfunktionen, die Klinische Sozialarbeit mit psychosozialer Fallarbeit und das Case Management als steuernder und koordinierender Akteur. Hemmend auf die innovative Entwicklung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus wirken derzeit u.a. fehlende gesetzliche Rahmenbedingungen, ein mangelnder Professionshabitus vieler Sozialarbeiter und die noch häufig anzutreffende Beschränkung auf fremdbestimmte ‚Zuarbeit'.
In einer kleinen Feldstudie wurde exemplarisch die räumliche Verortung von fünf Krankenhaussozialdiensten mit Hilfe eines Beobachtungsleitfadens untersucht. Ausgangsfrage war, ob die Kommunikationsinstrumente des Krankenhauses den Krankenhaussozialdienst berücksichtigen und ob das Erscheinungsbild und die Lage der Büros des Sozialdienstes der gewachsenen Bedeutung für die Krankenhausbetriebswirtschaft sowie den Bedürfnissen der Patienten und dem Fachpersonal gerecht werden.
In der Regel sind die Wege zu den Büroräumlichkeiten gut ausgeschildert und meist von einem freundlichen Erscheinungsbild. Starke Unterschiede zeigen sich in der Selbstpräsentation der Sozialdienste an den Türschildern und unterschiedlich ausgeprägter Internetpräsenz. Die Form der Selbstpräsentation scheint eng mit dem persönlichen Engagement und Professionshabitus der Sozialarbeiter vor Ort zusammenhängen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit waren mit ergänzenden Photos aus weiteren Krankenhäusern als Photogalerie und im Rahmen der Posterausstellung mit Referat auf der Jahrestagung der DVSG in Münster im Jahr 2015 präsentiert worden. Eine Sammlung der Bürobereiche und Türen von Sozialdiensten aller Krankenhäuser in Deutschland und auch in anderen Ländern ist angestrebt, um auch auf die Bedeutung der Sozialen Arbeit für den Erfolg der Versorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen hinzuweisen.

Schlüsselwörter: Krankenhaussozialarbeit, Professionshabitus, Kommunikationsinstrumente, Gesundheitswesen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 0

2. Soziale Arbeit im Setting Krankenhaus 1

2.1 Klinische Sozialarbeit 1

2.1.1 Krankenhaussozialarbeit zwischen Selbstanspruch und Wirklichkeit. Eine Bestandsaufnahme. 3

2.1.2 Krankenhaussozialdienst in der Retrospektion 5

2.1.3 Aufgabenprofil Sozialer Arbeit im Krankenhaus 6

2.2 Spezifika des Settings Krankenhaus 9

2.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit 9

3. Räumliche Verortung der Krankenhaussozialdienste 12

3.1 Krankenhausinfrastruktur 12

3.2 Methodik der Untersuchung 13

3.3 Beobachtungskriterien 13

3.3.1 Räumliche Verortung 13

3.3.2 Außenpräsentation des Krankenhaussozialdienstes 13

4. Ergebnisse 14

4.1 Kreiskrankenhaus A 14

4.1.1 Räumliche Lage 14

4.1.2 Außenpräsentation 14

4.2 Kreiskrankenhaus B 15

4.2.1 Räumliche Verortung 15

4.2.2 Außenpräsentation 15

4.3 Universitätsklinikum 15

4.3.1 Räumliche Verortung 15

4.3.2 Außenpräsentation 16

4.4 Rehabilitationsklinik 16

4.4.1 Räumliche Verortung 16

4.4.2 Außenpräsentation 16

4.5 Bundeswehrkrankenhaus 17

4.5.1 Räumliche Verortung 17

4.5.2 Außenpräsentation 17

4.6 Tabellarische Übersicht 18
5. Diskussion 21
5.1 Notwendigkeit von Begleitforschung 22
5.2 Entwicklungen auf dem Krankenhausmarkt 23
6. Fazit 24
7. Literaturverzeichnis 26
8. Anlage 29
9. Posterpräsentation 37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über die Krankenhäuser im Untersuchungsgebiet 12
Abbildung 2: Türschild Sozialdienst (Kreiskrankenhaus A) 29
Abbildung 3: Deckenwegweiser im dritten Obergeschoss (Kreiskrankenhaus A) 29
Abbildung 4: Tür zum Sozialdienst (Kreiskrankenhaus A) 30
Abbildung 5: Wartebereich (Kreiskrankenhaus A) 30
Abbildung 6: Tür zum Sozialdienst (Kreiskrankenhaus B) 31
Abbildung 7: Wegweiser (Uniklinik) 31
Abbildung 8: Wartebereich (Uniklinik) 32
Abbildung 9: Türschild (Uniklinik) 32
Abbildung 10: Wartebereich (Rehaklinik) 33
Abbildung 11: Türschild Sozialdienst (Rehaklinik) 33
Abbildung 12: Tür zum Sozialdienst (Rehaklinik) 34
Abbildung 13: Wartebereich vor dem Sozialdienst (BWK) 35
Abbildung 14: „Statusanzeige“ der Sozialarbeiterin 35
Abbildung 15: Türschild (BWK) 36
Abbildung 16: Posterpräsentation zur DVSG Jahrestagung 2015 37

1. Einleitung

Das Gesundheitswesen hat in den vergangenen Jahrzehnten grundlegende Veränderungen erfahren. Neben dem medizinisch-technischen Fortschritt und gesundheitspolitischen Entscheidungen scheint sich langsam auch ein Paradigmenwechsel im Krankheits- und Gesundheitsverständnis zu vollziehen. Als Markstein gilt dabei die Ottawa-Charta der World Health Organization (WHO 1986), welche die Rolle der Gesundheitsförderung und Prävention mehr in den Vordergrund der Gesundheitsversorgung stellt. Diese Priorisierung der WHO „könnte auch aus der Feder der Sozialen Arbeit stammen“[1], da sich die Programmatik der Charta stark an sozialarbeitswissenschaftliche Methoden und Theorien anknüpfen lässt. Weiterhin ist die Profession der Sozialen Arbeit seit jeher eng mit der Bearbeitung von gesundheitsrelevanten Problemkonstellationen in ambulanten und (teil-)stationären Settings vertraut und blickt auf eine breite Ausdifferenzierung der Arbeitsfelder im Gesundheitswesen zurück. Gleichzeitig gilt zu konstatieren, dass es der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen auch 27 Jahre nach Veröffentlichung der Ottawa-Charta nur unzureichend gelungen ist, einen selbstbewussten Professionshabitus im Gesundheitswesen zu entwickeln und diesen auch in der Interdisziplinarität des Gesundheitswesens zu vertreten.[2] Es scheint, als ob eine Ambivalenz zwischen innovativen Elementen und bestehenden eher negativ konnotierten Vorstellungen über Soziale Arbeit im Krankenhaus herrscht.

Grundlage dieser Arbeit ist die Überlegung, welche Rolle der Profession Sozialer Arbeit im Setting Krankenhaus zugemessen wird angesichts der betriebswirtschaftlichen Herausforderungen und einem optimalen Patientenmanagement vor dem Hintergrund der Fallpauschalenvergütung. Leitgebend ist dabei das Interesse, die räumliche Verortung von Krankenhaussozialdiensten und die damit bewusst oder unbewusst vermittelte Bedeutung des Dienstes im Organisationsgeflecht Krankenhaus zu betrachten. Zunächst werden jedoch die theoretischen Zugänge zur Krankenhaussozialarbeit skizziert. Im zweiten Teil der Arbeit wird explorativ die räumliche Verortung unterschiedlicher Krankenhaussozialdienste in einem Land- und Stadtkreis exemplarisch untersucht.

[1] Homfeldt (2012), S. 495
[2] Vgl. Hey (2000), S. 163

2. Soziale Arbeit im Setting Krankenhaus

Wenngleich das Statistische Bundesamt für 2014 die Zahl der Sozialarbeiter in Krankenhäusern[3] mit 8000 Personen bzw. 6000 Vollzeitkräften beziffert, wird diese Berufsgruppe mithin auch auf Grund der geringen Zahl an Köpfen kaum wahrgenommen. Dies kann auch als Grund für die diskutierte marginalisierte Rolle des Krankenhaussozialdienstes betrachtet werden. Die Soziale Arbeit im Setting Krankenhaus wird oftmals in ihrer Bedeutung für betriebswirtschaftliche Optimierung als auch qualitätsverbessernde Patientenversorgung kaum wahrgenommen. So scheint es auch sowohl unter Studierenden der Sozialen Arbeit als auch bei praktisch tätigen Sozialarbeitern Usus zu sein, Soziale Arbeit im Krankenhaus als Klinische Sozialarbeit zu bezeichnen. Entsprechend der einschlägigen Literatur zeigen sich jedoch die Feinheiten der Termini.

2.1 Klinische Sozialarbeit

Die Tradition einer deutschen, klinisch-orientierten Sozialen Arbeit reicht bis in die Gründungsgeschichte der professionellen Sozialen Arbeit. Alice-Salomon hat mit ihrer Methode der Sozialen Diagnose den ersten Transfer einer in den USA lange bestehenden Klinischen Tradition gewagt.[4] Durch den Nationalsozialismus und die Nachkriegszeit wurde die weitere Entwicklung jedoch nachhaltig verzögert. Auch Fachdiskussionen über eine etwaige Psychologisierung der Sozialen Arbeit und das langjährige Ringen um eine akademische Ausbildung haben dafür gesorgt, dass die deutsche Klinische Sozialarbeit im internationalen Vergleich auch heute noch eher als Schlusslicht fungiert, obwohl die Entwicklung insbesondere in den letzten Jahren deutlich voranschreitet. Erst seit etwa zwei Jahrzehnten kristallisiert sich auch in Deutschland ein Bemühen um eine fundierte Klinische Sozialarbeit aus. Als Vorreiter und Vorbild dient auch heute noch die amerikanische Clinical Social Work, die im amerikanischen Gesundheitswesen ein wichtiges Fundament in der (psycho)therapeutischen Behandlung darstellt.[5]

Die Begrifflichkeit des ‚klinischen' ist als „direkt-behandelnde Tätigkeit in der Fallarbeit"[6] synonym zum Verständnis der Klinischen Psychologie zu fassen und nicht an eine bestimmte Örtlichkeit, beispielsweise des Krankenhauses, gebunden. Die Methodik ist dabei „in einem umfassenden Sinne psycho-sozialer Interventionsmöglichkeiten gemeint und .. nicht auf psychotherapeutische Methoden zu reduzieren"[7]. Theoretisches Fundament einer jeglichen sozialarbeiterischen Versorgung bleibt dabei das bio-psycho-soziale Modell und dem damit einhergehenden Anspruch einer holistische Perspektive auf den Patienten. Die Orientierung an einem bio-psycho-sozialen Modell kann nur in einer multiprofessionellen Arbeitsweise unterschiedlicher Professionen in die Praxis umgesetzt werden. So wird diskutiert, ob das Drei-Komponentenmodell um die Dimension des Kulturellen ergänzt werden muss, um Aspekte wie soziale Teilhabe, soziale Integration und subjektives Sicherheitsgefühl innerhalb der Lebensbereiche, erfassen zu können.[8] Der eigentliche Gewinn der Profilierung einer Klinischen

[3] „Berufe in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik" - Fachserie 12, Reihe 7.3.1
[4] Vgl. Geißler-Piltz (2004)
[5] vgl. zu einer ausführlichen geschichtlichen Einordnung Pauls (2011a), S. 11ff. und Geißler-Piltz (2004)
[6] Pauls (2011a), S. 16
[7] Pauls (2011a), S. 17
[8] Vgl. Staub-Bernasconi (2012), S. 165

Sozialarbeit beschreibt PAULS in Hinblick auf die zusätzliche Miteinbeziehung der sozialen Perspektive folgendermaßen: „Sie wirkt einer Verengung der Gesundheitsarbeit auf ausschließlich somatische (Medizin) und psychische Aspekte (Psychotherapie) ebenso entgegen wie einer Verengung bzw. Reduzierung der Sozialarbeit bei klinischen Aufgabenstellungen auf organisatorische, rechtliche, disziplinarische und/oder rein erzieherische Maßnahmen“.[9]

Die Multidimensionalität erweitert das potentielle Behandlungsspektrum, erschwert gleichzeitig jedoch einheitliche Standards zu etablieren. Anschaulich wird die Multidimensionalität einer sozialarbeiterischen ‚behandelnden‘ Fallarbeit, sobald die LEWIN’sche Feldtheorie auf die Gegebenheiten der Klinischen Sozialarbeit übertragen wird.[10] LEWINS Forschungsinteresse konzentriert sich darauf, das Verhalten von Menschen in unterschiedlichen Situationen erklärbar zu machen. LEWIN beschreibt, dass sich das Verhalten einer Person x in einer Situation y durch eine Funktion ‚Person‘ (endogene Faktoren, wie Bedürfnisse, Erfolgserwartungen, Wissensstand, Fähigkeiten, u.a.m.) und eine Funktion ‚Umwelt‘ (exogene Faktoren, wie Ressourcen, vorhandene Mittel und zugeschriebene Kompetenzen, u.a.m.) darstellen lässt. Die beiden voneinander abhängigen Größen ‚Person‘ und ‚Umwelt‘ bilden addiert den, konstruktivistisch zu verstehenden, subjektiv-psychologischen Lebensraum einer Person, in der es dieser möglich ist, ihre individuellen Bedürfnisse und deren Gewichtung wahrzunehmen und entsprechend zu artikulieren. Die Wahrnehmung einer Person beschränkt sich auf den subjektiv-psychologischen Lebensraum. Der physische Lebensraum entzieht sich der Erfahrbarkeit des subjektiven Lebensraums, wobei die beiden Lebensräume permeable Grenzen zueinander aufweisen. Formal lässt sich dies ausdrücken durch:

$$V=f(P, U)$$

Diese ursprüngliche Beschreibung von LEWIN reicht für die Klinische Sozialarbeit nicht aus. Insbesondere PRILLER (1996) versuchte bereits die Formel auf die Multidimensionalität aufbauend auf die sozialarbeiterische Theorie der Person-in-Situation zu erweitern, wonach das Verhalten V beschrieben werden kann durch:

$$V= f(U;O;K;E;M;S)$$

Hierbei steht U für sämtliche Umgebungsbedingungen (Wohnumgebung, Beschaffung der Wohnung, Beschäftigungszustand, soziales Netzwerk), O umfasst die organischen Bedingungen (Körpergewicht, Fitness, körperliche Einschränkungen/Behinderungen). K die kognitiven Fähigkeiten (Intelligenzschwäche, Hochbegabung), E emotionale Faktoren (Gefühlsleben, emotionale Belastbarkeit, emotionale Verarbeitung diverser Situationen). M wiederum motivationale Aspekte (Sinnvorstellungen des Lebens, Werte, Wünsche, Erwartungen, Zukunftsvorstellungen). S schließt soziale Faktoren (Rollenbilder, Rollenerwartungen, geltende Normen/Erwartungen) ein. Das Verhalten einer Person x in einer Situation y kann sich nicht allein aus exogenen und endogenen Faktoren erklären, sondern muss in einem breiteren Kontext betrachtet werden. Auch die Begrifflichkeit der ‚Situation‘ bedarf einer genauen Definition.

[9] Pauls (2011b), o. S.
[10] Vgl. Pauls (2011a), S. 66ff.

Neben Forschungs- und Publikationsarbeit hat die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit in Zusammenarbeit mit der Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit auch ein mehrstufiges Zertifizierungssystem für klinische Praktiker eingeführt, das drei unterschiedliche Qualifikationsniveaus beinhaltet.[11] Den Praktiker-Level können Sozialarbeiter mit Diplom oder Bachelor-Abschluss beantragen, die durch das Studium und/oder Fortbildungen grundlegende Kenntnisse in der Klinischen Sozialarbeit erworben haben. Praktizieren sollen die Praktiker-Level unter Anleitung eines Fachsozialarbeiters. Produktqualität soll über die Einbettung in eine Supervisionsgruppe sichergestellt werden. Als zweites Qualifikationsniveau ist der Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit vorgesehen. Dies erfordert bereits den Abschluss eines Masterstudiums sowie Fortbildungen und mindestens fünf Jahre praktizierende Tätigkeit. Fachsozialarbeiter sind in der Lage „volle Verantwortung zu übernehmen für Abklärung, Diagnose und Beratung und Behandlung ihrer Klienten“. Die höchste Qualifizierung nimmt der Ausbilder-/Supervisor-Status ein. Neben mindestens acht Jahren Berufserfahrung werden Fertigkeiten im Bereich der Anleitung, Aus- und Fortbildung erwartet. Mithilfe der kollegialen Anleitung ist es der Klinischen Sozialarbeit langfristig möglich, aus der eigenen Profession heraus Ausbilder zu gewinnen und die Verantwortung der Praxisanleitung nicht anderen Berufsgruppen (Psychologen, Ärzte) zu überlassen. Zugleich erhalten Träger geltende Standards und Richtlinien für die Einstellung klinischen Personals. Eingebunden ist die deutsche Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) in ein europäisches Netzwerk, so dass inzwischen europaweite Kooperationen auf Forschungs- und Praxisebene zwischen den vorwiegend deutschsprachigen Ländern erfolgen. Auch in der akademischen Ausbildung führen Bachelorprogramme zunehmend in ihren Curricula die Möglichkeit eines klinischen Profils. Primär werden die klinischen Kompetenzen jedoch in zahlreichen konsekutiven und weiterbildenden Masterstudienprogrammen vermittelt. Durch die Gleichstellung der Zugänge zu Promotionsprogrammen für alle Masterabsolventen, gleich welcher Hochschulart, kann in den kommenden Jahren durch Masterarbeiten und Dissertationen mit einem weiteren Professionalisierungsschub gerechnet werden.

2.1.1 Krankenhaussozialarbeit zwischen Selbstanspruch und Wirklichkeit. Eine Bestandsaufnahme.

Im Jahr 2001 wurde erstmals eine quantitative Studie von der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Krankenhaus e.V. in Auftrag gegeben, in der die Arbeit des Krankenhaussozialdienstes aus Sicht der Patienten evaluiert wurde. Hierzu wurden Daten einer standardisierten Patientenbefragung mit 127 Teilnehmern in 27 Krankenhäusern ausgewertet. In der Studie konnte eine multifaktorielle Problemlage vieler Klienten und eine daraus resultierende hohe Nachfrage an psychosozialer Beratung aufzeigt werden.[12] Deutlich wurde der Bedarf an sozio-emotionaler Unterstützung fernab von instrumentalisierten Assessmentverfahren, die im Krankenhaus oftmals auf Grund knapper Zeitbudgets nicht geleistet werden können. Insbesondere die Soziale Arbeit muss jedoch aus der Verpflichtung und der Rückbindung an den Code of Ethics, die Persönlichkeit des Patienten in der Akutsituation der Erkrankung auch auf sozio-emotionaler Dimension wertschätzen und unterstützen. Wenngleich die Frage aufgeworfen werden kann, ob die Soziale Arbeit nicht nur versucht, Symptome auszugleichen, deren Kausalität eher in der Minutentaktung der Pflege liegt, welche Unzufriedenheit als auch Unpersönlichkeit zur Folge hat und von Pflegepersonal

[11] Vgl. Gahleitner und Pauls (2008), S. 7
[12] Vgl. Layer und Mühlum (2003)

und Patienten beidseitig bemängelt wird. Thematisch wird von Seiten der Patienten die Versorgung nach der Entlassung, Rehabilitationsleistungen und sozialrechtliche Fragestellungen[13] als zentraler Beratungsbedarf geäußert. Rund 80% der Patienten erleben durch die Beratung des Sozialdienstes eine spürbare Entlastung[14]. Insgesamt weist die Studie von LAYINGER und MÜHLUM „… die hohe Zufriedenheit mit dem Sozialdienst – und zwar sowohl in Detailbereichen als auch in der Gesamtbewertung“ aus.

In einer Untersuchung der Alice Salomon Hochschule Berlin in Kooperation mit der Universität Helsinki und der Fachhochschule Nordwestschweiz in den Jahren 2005 – 2009 wurde erstmals Datenmaterial über den Transfer von theoretischen Studieninhalten in die Praxis des klinischen Berufsalltags erfasst. Für den deutschen Studienteil wurde zusätzlich die Rolle der Sozialen Arbeit in interdisziplinären Krankenhausteams untersucht. Die Studie zeigt auf, dass die Sozialarbeitsprofession im interdisziplinären Team als solche unterschätzt wird. Gleichsam scheinen Masterstudienprogramme als professionsidentitätsstiftende Merkmale fungieren zu können. Unisono sprechen sich die Autorinnen der Studie dafür aus, eine offensivere Diskussion über Soziale Arbeit im Gesundheitswesen zu fördern.[15]

Aus organisationshierarchischer Sicht scheint die Rolle der Krankenhaussozialarbeit zunächst diametral zur empirischen Wirklichkeit der Wertschätzung von Seiten der Patienten zu stehen. In ersten Untersuchungen konnte zwar der Bedarf an sozialarbeiterischer Expertise im Setting Krankenhaus aufgezeigt werden, das Selbstbewusstsein vieler Krankenhaussozialarbeiter scheint dies jedoch nicht widerzuspiegeln. STAUB-BERNASCONI sieht die Ursachen insbesondere in strukturellen Hürden und argumentiert mit drei Thesen[16], wonach es

1. an einem ausgeprägten und nicht nur punktuell verbreiteten Professionshabitus,
2. dem Bewusstsein um das damit einhergehende wissenschaftliche Mandat und
3. der Vertretung des eigenen professionellen Standpunktes gegenüber anderen Professionen fehle.

Bemerkbar sei dies unter anderem auch in Stellenausschreibungen, die oftmals „völlig unspezifisch“[17] weder auf akademische Abschlüsse noch auf Zusatzqualifikationen eingehen. Arbeitgeber scheinen sich demnach entweder nicht über die eigentliche Arbeit der psychosozialen Fachkräfte bewusst zu sein, oder messen der Sozialen Arbeit einen untergeordneten Stellenwert zu, der per se prinzipiell ‚von jedem‘ geleistet werden kann. Ob die Formulierung der hohen fachlichen Standards der klinischen und gesundheitsortientierten Fachgesellschaften der Sozialen Arbeit auch Stellenausschreibungen beeinflussen wird, ist nicht absehbar. Weniger optimistisch sieht STAUB-BERNASCONI zudem die momentane Bewertung der Masterabschlüsse auch innerhalb des eigenen Fachbereichsausschuss, da diese in Hinblick auf den Zugewinn an Professionalität kaum von den Bachelorabschlüssen unterschieden werden.

[13] einschlägig die Regelungen SGB V, SGB VI und SGB IX
[14] Vgl. Layer und Mühlum (2003), S. 33 f.
[15] Vgl. Geißler-Pilz und Gerull (2009)
[16] Vgl. Staub-Bernasconi (2012), S. 166
[17] Staub-Bernasconi (2012), S. 166

Selbstredend, dass die von STAUB-BERNASCONI vorgebrachte Argumentationslinie noch kaum in der Praxis umsetzbar ist, solange selbst im grundsätzlichen Qualifikationsrahmen nur schemenhaft und äußerst vorsichtig über den möglichen Zugewinn der Profession Sozialer Arbeit durch die Einführung von Masterabschlüssen diskutiert wird.[18] Der Fachbereichstag Soziale Arbeit erzeugt mit dieser Haltung auf der einen Seite eine Ambivalenz zwischen potentiellen Profilierungschancen durch die Bologna-Reform, die der Sozialarbeitswissenschaft erhebliche Chancen einräumt, und auf der anderen Seite mit der Skepsis, Masterabschlüsse als Mehrwert in der Ausbildung von Fachkräften anzuerkennen. Wenn sich die wissenschaftlichen Vertreter der Profession nicht einigen können, drängt sich die Frage auf, wie dies von Praktikern in den jeweiligen Arbeitsfeldern erwartet werden kann.

2.1.2 Krankenhaussozialdienst in der Retrospektion

Um die Entwicklung der verhältnismäßig jungen Geschichte professioneller Sozialer Arbeit im Krankenhaus besser einordnen zu können, lohnt sich die Retrospektion in die Anfänge der Krankenhaussozialarbeit. Anfang bis Ende der 1990er Jahre zeichnete sich die personelle Besetzung der Krankenhaussozialdienste noch durch eine deutliche Mehrheit von Pflege- und Verwaltungskräften aus. Erst nach und nach wurden diese durch graduierte Sozialarbeiter ersetzt.[19] Es mangelte durch diese Besetzung an entsprechendem Fachwissen, so dass Ärzte mit ihrer Stellung und Machthoheit Verwaltungstätigkeiten an den Krankenhaussozialdienst delegierten. Die ärztlichen Anweisungen wurden, nicht zuletzt bedingt durch die auch heute noch im Gesundheitswesen geltende Arztzentrierung, befolgt und der Sozialdienst in seiner Funktion gleichsam instrumentalisiert. Problematisch war, dass der Sozialdienst „zwischen zwei fachfremde[n], seine Autonomie restringierende[n] Instanzen“[20] operiert. Einerseits war der Sozialdienst an die Verwaltungsebene angegliedert, andererseits war das ärztliche Personal weisungsbefugt. Aus Verwaltungsperspektive produzierte der Sozialdienst primär Kosten, der Nutzen des entstandenen Produkts konnte nicht gemessen und die Wirkungen nicht nachvollzogen werden. Aus dem Problem der Nichtmessbarkeit der Interventionen reagierte die Verwaltung in ihrer genuinen Logik mit der Implementierung von deutlich höheren bürokratischen Hürden. Die Dokumentationspflicht wurde als erstes Messinstrument etabliert. Die zusätzliche Belastung durch Dokumentationsarbeit war von dem unspezifischen Ausbildungsstand der Mitarbeiter noch verstärkt. Dieser Effekt als auch die Fremdbestimmung durch medizinisches Personal sorgten summarisch für eine denkbar ungünstige Konstellation, welche die Entwicklung professionellen Handelns weitgehend verhinderte. Die Aktivisten der damaligen Sozialdienste sahen die Problematik jedoch nicht in ihren unzureichenden fachfremden Ausbildungen sondern in der mangelhaften persönlichen Kompetenz der scheinbaren Obrigkeit der Ärzteschaft. Als mit der Zeit zunehmend graduierte Sozialarbeiter ihre Arbeit in den Sozialdiensten aufnahmen, entwickelten sich auch innerhalb der Sozialdienste Spannungen. Graduierte Sozialarbeiter stellten sich gegen die Einschränkungen der eigenen Autonomie, indem sie die Beratung als genuin sozialarbeiterische Handlungsperspektive im Krankenhaus verstanden. Neue verwaltungstechnische Aufgaben, wie das Entlassmanagement, sollten nachrangig bearbeitet werden oder wurden den übrigen nicht-graduierten Sozialdienstmitarbeitern überlassen.[21] Gleichzeitig war sich die große Zahl an

[18] Vgl. Staub-Bernasconi (2012), S. 167
[19] Vgl. Garms-Homolová und Schaeffer (1990), S. 114
[20] Garms-Homolová und Schaeffer (1990), S. 113
[21] Vgl. Garms-Homolová und Schaeffer (1990), S. 114

Sozialdienstmitarbeitern auch ihrer „lebenswichtige[n] Funktion für das Krankenhaus“[22] bewusst. Das unliebsame Entlassmanagement wurde oftmals dazu benutzt, die Verwaltung und das ärztliche Personal auf die Machtstellung des Sozialdienstes aufmerksam zu machen. Eine fehlende Anschlussversorgung von entlassungswürdigen Patienten kostet die Kliniken Geld. Fachfremde Beschäftigte im Sozialdienst wurde ein Mangel an Qualifikation vorgehalten und infolge dessen grundsätzlich als Zweite-Klasse-Mitarbeitende herabgestuft. Die Ärzteschaft reagierte mit einem Artikel im Deutschen Ärzteblatt auf den Versuch von Sozialarbeitern, eigene Autonomie für sich zu beanspruchen, dass einerseits die Soziale Arbeit zwar „in vieler Hinsicht die ärztliche Tätigkeit unterstützen und ergänzen“[23] könne, andererseits „dürften derartige Dienste nur unter ärztlicher Gesamt- und Endverantwortung tätig werden“[24]. Bereits im Titel des Kurzberichts „Soziale Arbeit: Ärzteschaft umreißt Tätigkeitsfeld“ beansprucht die Ärzteschaft für sich, Aufgabenfelder der Sozialen Arbeit im Krankenhaus zu definieren. Sozialarbeitern werden zwar durchaus Kompetenzen im psychosozialen Bereich zugeschrieben (Sozialrechtliche Beratung, Unterstützung der Differenzialdiagnostik des Arztes durch Sozialanamnese und -diagnose, Sozialtherapie, u.a.m.) allerdings nur auf Anordnung durch den Arzt. Eine Kooperation müsse kostendämpfend wirken und die Steuerungsfunktion im gesamten Behandlungsprozess des Arztes dürfe „nicht tangiert“[25] werden. Bereits die Titulierung des Sozialdienstes als ‚derartiger Dienst‘ entspricht einer leicht akzentuierten pejorativen Konnotation und vermittelt subtil die Abwertung anderer Professionen zu Handlangerdiensten.

2.1.3 Aufgabenprofil Sozialer Arbeit im Krankenhaus

Der Krankenhaussozialdienst wird in vielen Kliniken noch der Verwaltung zugeordnet und kann demnach nicht ad hoc als Klinische Sozialarbeit definiert werden. Nach PAULS dürfen sich Krankenhaussozialdienste jedoch nicht auf reine Verwaltungsaufgaben beschränken.[26] So besteht in der Einbeziehung klinisch-sozialarbeitswissenschaftlicher Methoden ein „noch gar nicht abzuschätzendes Potential an positiven Effekten … sowohl für die Patienten und ihre Angehörigen als auch in gesundheitsökonomischer Hinsicht“[27]. Der stark mit der Person von Klaus DÖRNER verbundene, mittlerweile auch in der Gesetzgebung verankerte, Grundsatz der ambulanten vor stationären Hilfen stärke die Notwendigkeit einer Krankenhaussozialarbeit.[28] Ein bedeutsamer Moment stellt dabei die Einführung der Fallpauschalen (Diagnose Related Groups - DRG) im deutschen Gesundheitswesen dar. Bereits im Jahr 2000 kritisierten die Vorsitzenden der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus im deutschen Ärzteblatt den Wandel der Sozialarbeit hin „zum verlängerten Arm einer vor allem nach wirtschaftlichen Aspekten orientierten Verwaltung“[29]. Die durch die (zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Artikels noch in Planung befindliche) Einführung der Fallpauschalen ‚provozierte‘ Verkürzung der Verweildauer und damit nicht zuletzt des potentiellen Risikos eines blutigen Entlasses, erhöhe den Beratungsbedarf zu nachstationären

[22] Garms-Homolová und Schaeffer (1990), S. 115
[23] Clade (1982), S. 76
[24] Clade (1982), S. 76
[25] Clade (1982), S. 78
[26] Vgl. Pauls (2011a), S. 347
[27] Pauls (2011a), S. 347
[28] Vgl. Pauls (2011a), S. 347
[29] Gödecker-Geenen und Nau (2000), S. A2674

Versorgungsmöglichkeiten.[30] Weitere Gründe für die steigende Zunahme der Fallzahlen seien die Hochaltrigkeit, mit einhergehender chronischer (Multi-) Morbidität, die einer intensiven Sozialbehandlung für einen gelingenden Transfer von Therapieerfolgen in die Lebenswelt bedürfe.

Neben den Sozialdiensten finden sich zunehmend auch Sozialarbeiter im Arbeitsfeld des Case Managements wieder, deren Aufgaben ähnlich wie die der Klinischen Sozialarbeit, von der klassischen Herangehensweise abweichen. Dabei lassen sich zwei Schwerpunkte charakterisieren.[31] Wird Case Management als internes Steuerungsinstrument (‚Clinical Pathways') eingesetzt, begleitet der Case Manager bereits prästationär den anstehenden Klinikaufenthalt des Patienten. Dabei stehen die Organisation eines effizienten Aufenthalts und die Überwachung während der stationären Aufnahme im Vordergrund. Der zweite Schwerpunkt liegt auf dem Überleitungsmanagement und folgt eher den traditionellen Aufgabenfeldern der Krankenhaussozialdienste, wenngleich das Case Management als methodisch strukturiertes und wissenschaftlich evaluiertes Vorgehen für eine professionalisierte Arbeitsweise sorgt. Die Case Manager im Überleitungsmanagement sind für die poststationäre Versorgung der Patienten verantwortlich. „Der Sozialarbeiter konzentriert seine Tätigkeit nicht mehr auf die Verhaltensänderung des Klienten mittels psychosozialer Interventionstechniken, sondern er findet den Kern seiner Aufgabe in Ermittlung, Konstruktion und Überwachung eines problemadäquaten Unterstützungsnetzwerkes, zu dem sowohl die informellen sozialräumlichen Ressourcen gehören … , wie auch die formellen Angebote des (sozialen) Dienstleistungssektors."[32]

Während die interne Steuerung des Case Managements neben den betriebswirtschaftlichen Ergebnissen (Geräteauslastung, Senkung der Verweildauer) auch die Patientenzufriedenheit deutlich steigert, ist das Überleitungsmanagement für die Soziale Arbeit von größerem Interesse. „Das Gestalten von Netzwerken kann .. eine wichtige Ergänzung zu bisherigen therapeutischen Lösungsversuchen und Angeboten sein"[33], sofern sie frühzeitig in einen Gesamtplan der klinisch-sozialarbeitswissenschaftlichen Behandlung eingebettet ist. So kann es im Rahmen einer psychosozialen Intervention von zentraler Bedeutung sein, neue Netzwerke zu knüpfen, in denen der Klient möglichst eigenständig und selbstbestimmt leben kann. Der von GALUSKE (2011) formulierte Antagonismus zwischen der deutlichen Akzentuierung auf primär netzwerkschaffender Arbeit und einer auch formalen Trennung von direkter psychosozialer Intervention muss sich, folgt man PAULS, folglich nicht auftun, gleichwohl der zunehmende Zeitdruck bis zur Entlassung des Patienten keine zeitintensiven, jedoch langfristig protektiv wirkenden, Interventionen zulässt. Insbesondere Methoden der Sozialen Gruppenarbeit, beispielsweise der edukativen Krankheitsbewältigung, die seit langem erfolgreich in der psychiatrischen Sozialen Arbeit angewendet wird oder lebensweltspezifischer Kompetenzvermittlung scheinen oftmals nicht möglich zu sein.[34]

[30] Vgl. Gödecker-Geenen und Nau (2000), S. A2674
[31] Vgl. Bröcher et al. (2013)
[32] Galuske (2011), S. 201
[33] Pauls (2011a), S. 317
[34] Vgl. Ansen (2010), S. 142

In Hinblick auf das zunehmende Klientel hochaltriger, multimorbider Patienten postuliert ANSEN, neben dem Case Management, folgende initiale Aufgabenbereiche für die Krankenhaussozialarbeit:

a) Ausbau von Social Support

(1) Integration in Selbsthilfegruppen

In Deutschland existieren auch in ländlichen Gegenden bereits zahlreiche Selbsthilfegruppen, auch für seltene Erkrankungen. Für ‚alte Alte' scheint sich noch kein flächendeckendes Selbsthilfegruppennetzwerk aufgebaut zu haben. ANSEN bemängelt insbesondere in der Versorgung von Demenzerkrankten ein entsprechendes Angebot. Demenz-WGs und ähnliche kleinere Pflegeformen werden momentan, wie im Pflegestärkungsgesetz – PSG II verankert, stark gefördert, so dass auch in den kommenden Jahren mit Fortschritten gerechnet werden kann. Im Rahmen einer ‚Komm'-Struktur könnten Krankenhäuser auch Räumlichkeiten für Selbsthilfegruppen bereitstellen, bei denen die Soziale Arbeit des Krankenhauses solche Gruppen fachlich begleiten kann.

(2) Angehörigenarbeit

Chronische Krankheiten stellen auch informelle Netzwerke vor neue Herausforderungen in Bezug auf die Alltagsbewältigung. Die Soziale Arbeit weiß um die Bedeutung sozialer Unterstützung im Familienkreis und geht so auf Angehörige in der Beratungsarbeit ein. Auch hier müssten, folgt die Soziale Arbeit ihrer genuinen Methodik, edukative Angebote (z. B. Informationen über die Progredienz von Demenz, Empowerment für pflegende Angehörige) zur Stabilisierung des informellen Kreises angeboten werden. Ob die Sozialarbeiter bei den hohen Fallzahlen in der Praxis dem nachkommen können, scheint jedoch fraglich. Oft bieten Krankenhäuser entsprechende Informationen in ihren Bildungsprogrammen an, die auch von Fachkräften der Sozialen Arbeit durchgeführt und organisiert werden können.

b) Psychosoziale Intervention

(1) Krankheitsbewältigung

Krankheiten haben maßgebliche Auswirkungen auf die Persönlichkeit eines Menschen. Der Krankenhausaufenthalt ist meist gekennzeichnet von „einer emotionalen Krise, einer Destabilisierung der entwickelten Identität und des Selbstwertgefühls, Schwierigkeiten, die Krankheit zu akzeptieren und überfordernden Anpassungsleistungen an veränderte Rollen"[35]. Unter diese Kategorie fallen zahlreiche Beratungsformen und -methoden der Klinischen Sozialarbeit, die darauf hinwirken, stabilisierend zu wirken.

(2) Motivationsförderung

Die Krankheitsbewältigung und motivierende Beziehungsarbeit lassen sich theoretisch in die gesundheitswissenschaftliche Theorie der Salutogenese von ANTONOVSKY einordnen. ANTONOVSKY gelang es, mit der Entwicklung des Kohärenzgefühls erstmals die drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit messbar zu machen und

[35] Ansen (2010), S. 146

einen Zusammenhang zwischen dem Drei-Komponenten-Modell und Gesundheit nachzuweisen. In seinem Vorwort verdeutlicht ANTONOVSKY den interdisziplinären Ansatz seiner Theorie und sieht sie insbesondere auch bedeutsam für „Sozialarbeiter, die als Forscher, Lehrende und Therapeuten direkt mit menschlichen Kämpfen in einer streßhaften [sic!] Welt konfrontiert sind“[36] an. Die Salutogenese und das Kohärenzgefühl sind in den vergangenen Jahrzehnten häufiger Forschungsgegenstand der Gesundheitswissenschaften geworden und das Model wurde entsprechend weiterentwickelt und spezifiziert.[37]

2.2 Spezifika des Settings Krankenhaus

Damit Krankenhaussozialarbeit im Setting Krankenhaus für die konkreten Hilfeleistungen näher bestimmt werden kann, wird der Rahmen dargestellt, in dem Krankenhaussozialarbeit mit anderen Professionen zusammenwirkt.

Gemäß §39 SGB V ist das Entlassmanagement eines Krankenhauses bei freiwilliger Zustimmung des Patienten den Leistungen der Krankenhausbehandlung zuzurechnen. §11 Absatz 4 SGB V stellt den Anspruch auf Versorgungsmanagement zur Verhinderung und/oder Lösung von möglichen Problemen der Anschlussversorgung dar. Faktisch können beide Aufgaben von Sozialarbeitern in Kooperation mit Pflegenden durchgeführt werden. In SGB V wird jedoch nicht konkret die Soziale Arbeit als die Profession für diese Aufgaben genannt. Allerdings ist nach §112 Abs. 2 SGB V geregelt, dass auch die „soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus“ vertraglich geregelt sein muss. In Baden-Württemberg sind gemäß §31 LKHG die Krankenhäuser verpflichtet, einen Krankenhaussozialdienst bereit zu stellen. Zu den Aufgabengebieten zählen die soziale Betreuung und Beratung insbesondere im Hinblick auf die Versorgung nach der Entlassung (§31 Abs. 2 LKHG). Gleichzeitig werden die Krankenhaussozialdienste verpflichtet mit anderen Sozialen Diensten zusammen zu arbeiten (§31 Absatz 3 LKHG BaWü).

Festzuhalten ist, dass Soziale Arbeit keinen eigenen Leistungsanspruch darstellt. Auch die Unterscheidung in Klinische Sozialarbeit oder zumindest eine fachspezifische Gesundheitssozialarbeit bleibt aus. So wird die Soziale Arbeit im Krankenhaus lediglich in Teilgesetzen und/oder Leistungsbeschreibungen genannt. Für die Profession und die Klienten einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, gleich ob gesundheits- oder klinisch orientiert, wäre es ein Zugewinn auch in Gesetzesregelungen deutlich definiert zu werden und eigene Leistungsansprüche zu erhalten.

2.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Jeder Patient trifft während eines Krankenhausaufenthalts auf eine Vielzahl unterschiedlicher Professionen, die sich im besten Falle gemeinsam, interdisziplinär an einem gemeinsamen Behandlungsziel orientieren. Neben den ‚klassischen‘, behandelnden Professionen der Medizin und der Pflege, die unmittelbar mit dem Krankenhaus assoziiert werden, sind - je nach Krankenhausform und Krankheitsbild - auch Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Diätassistenten, Seelsorger, Psychologen, Sozialarbeiter und diverse andere Berufsgruppen involviert. Ausgenommen sind hiervon die Professionen, die nur mittelbar in die

[36] Antonovsky (1997)
[37] Vgl. Abel et al. (2010)

Patientenversorgung einbezogen sind (Labor, Verwaltung). Im Unterschied zu den genannten Professionen könnte sich in der interdisziplinären Zusammenarbeit die Soziale Arbeit als generalistisch-orientierte Profession im besten Sinne als verbindendes, netzwerkförderndes Element verstehen und darüber hinaus die leitende Rolle im Schnittstellenmanagement einnehmen. Anschlussfähig ist dieser Gedanke an die bereits erwähnte Methodik des Case Managements, die nicht nur im direkten Klientenkontakt, sondern auch auf struktureller Ebene angewendet werden kann.

Als „State of the Art" soll exemplarisch das Case Management (hier als Instrument des ‚Clinical Pathways' verwendet) der Universitätsklinik Münster skizziert werden. Die Case Manager der Universitätsklinik Münster haben, neben der Ausbildung im Case Management, einen Bachelorabschluss in Sozialer Arbeit oder Pflege- bzw. Gesundheitsmanagement vorzuweisen. Case Management-Beauftragte besitzen einen Ausbildungsabschluss und arbeiten den Case Managern zu. Die Case Manager nehmen bereits präklinisch zu den Patienten Kontakt auf und bereiten diese auf den Behandlungsablauf vor.[38] Im präklinischen Assessment werden standardmäßig Informationen erfasst, die für den Sozialdienst im Hinblick auf die Entlassvorbereitung von Bedeutung sein können (z.B. Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld), woraus ein Zeitgewinn für eine strukturierte Entlassung resultiert. Durch die standardisierten Kriterien wird verhindert, dass die Entscheidung, den Sozialdienst hinzuzuziehen, alleine der Intuition der Pflege oder den Ärzten überlassen wird. Kommt es zur stationären Aufnahme wird den Case Managern die "organisatorische Hoheit"[39] im Sinne einer Steuerungs- und Koordinierungsfunktion übertragen, um die unterschiedlichen Diagnostik- und Therapieverfahren und insbesondere deren zeitliche Terminierung effizient zu gestalten. Die behandelnden Ärzte werden durch diese Steuerung entlastet und können sich auf die Behandlung konzentrieren. Das organisatorische Case Management in der Universitätsklinik Münster ersetzt nicht den klassischen Krankenhaussozialdienst, vielmehr stellt dies eine zweite Säule Sozialer Arbeit im Krankenhaus dar.

Neben der Pflegewissenschaft entstehen Studienprogramme, welche die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger mit einem ausbildungsintegrierten Bachelorstudium verbinden. Die Pflege reagiert damit auf die steigenden Anforderungen und der Komplexität der pflegerischen Versorgung von Patienten. Wie im oben erwähnten Beispiel aus der Universitätsklinik Münster zu erkennen, kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Pflege in naher Zukunft auch bisher typisch sozialarbeiterische Tätigkeiten für sich beanspruchen wird. Umso bedeutsamer werden die Bestrebungen nach einem klaren Profil und Habitus der (Klinischen) Sozialen Arbeit im Krankenhaus, um die psychosoziale Zuständigkeit nicht aus der Hand zu geben und sich weiterhin auf eine marginalisierte Rolle im Zuständigkeitsfeld der Krankenhausverwaltung einzustellen. Gleichzeitig stehen sich die Pflege-, Gesundheits- und Sozialarbeitswissenschaften inhaltlich nahe und teilen unter anderem die Gegenstands- und Handlungsbereiche „Gesundheit, Glück und Wohlbefinden, …, soziale Gerechtigkeit, Autonomie und Menschenwürde, die es mit Hilfe sozialprofessioneller Dienstleistungen zu gewährleisten beziehungsweise unterstützen gilt, …"[40]. Wenn es allen Professionen gelingt, die jeweils genuinen Schwerpunkte zu vertreten, so ist zu erwarten, dass

[38] Vgl. Kurlemann und Rausch (2008), S. 1
[39] Kurlemann und Rausch (2008), S. 2
[40] Bartholomeyczik et al. (2004), S. 205

insbesondere Patienten Vorteile aus den Synergieeffekten erlangen. Aus Sicht der Sozialarbeitswissenschaften soll die Interdisziplinarität der genannten Professionen in einer „multiprofessionellen Ausbildung und gemeinsamen Metaperspektive jenseits berufsständischer Konkurrenz“[41] liegen.

In einem hochschulübergreifenden Forschungsprojekt über die interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen (Medizin, Soziale Arbeit, Pflege, kurz: MESOP) unter Federführung der Hochschule Esslingen und der Universität Freiburg wurde untersucht, inwieweit die Studiencurricula die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern und welche Kompetenzen die jeweiligen Professionen für eine gelingende Zusammenarbeit benötigen.[42] Teil der Untersuchung waren die baden-württembergischen Hochschulen mit Studiengängen der Sozialen Arbeit als auch die medizinischen Fakultäten. Fazit des Projektes war, dass weder in der Medizin noch der Sozialen Arbeit systematisch auf interdisziplinäre Kompetenzen ausgebildet wird, in Studiengängen der Sozialen Arbeit jedoch eine „etwas stärkere Berücksichtigung“[43] aufgrund der ohnehin recht transdisziplinären Ausbildung vorzufinden ist. Untersucht wurden die Curricula in den Jahren 1997 bis 1999. Die Ergebnisse der Untersuchung können durch die Umstellung von Diplom zu Bachelor-/Masterabschlüssen nicht ohne weiteres übertragen werden, so dass eine Replikation der Untersuchung angebracht wäre. Es sind allerdings die Studierenden von damals, die sich momentan in der Praxis befinden und mit dem damaligen Ausbildungsstand arbeiten.

[41] Bartholomeyczik et al. (2004), S. 207
[42] Vgl. Kaba-Schönstein und Kälble (2000), S. 197 ff.
[43] Kaba-Schönstein und Kälble (2000), S. 219

3. Räumliche Verortung der Krankenhaussozialdienste

Aus den Disputen zur Bedeutung, Rolle und Funktion der Sozialen Arbeit im Krankenhaus entstand der Gedanke, wie dieses Phänomen beobachtbar gemacht werden kann. So wurde die räumliche Ansiedlung und Auftreten der Krankenhaussozialarbeit als Indikator gewählt für die Wertschätzung der Sozialen Arbeit infolge der erkannten Bedeutung für den Unternehmenserfolg eines Krankenhauses durch das Krankenhausmanagement. Ziel dieser Arbeit war es, einen ersten explorativen Zugang zur räumlichen Verortung der Krankenhaussozialdienste zu finden. Untersuchungszeitraum war das Wintersemester 2013/2014.[44]

3.1 Krankenhausinfrastruktur

Der exemplarisch gewählte Landkreis Ulm ist insofern für die Untersuchung geeignet, da sowohl Kliniken der Maximalversorgung und Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung vorzufinden sind. Insgesamt waren im Untersuchungsgebiet 1917 Patientenbetten vorgehalten, lediglich in den Häusern der Grund- und Regelversorgung, die im Landkreis angesiedelt sind, ist eine geringe Abnahme der Bettenanzahl bemerkbar. Der bundesweite Trend zur Bettenreduzierung war in den städtischen Häusern der Maximalversorgung noch nicht zu bemerken.

Die untersuchten Kliniken werden im Ergebnisteil näher charakterisiert. An dieser Stelle soll eine tabellarische Übersicht über die Kliniken genügen.

Abbildung 1: Übersicht über die Krankenhäuser im Untersuchungsgebiet

Krankenhäuser der Maximalversorgung	Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung
Bundeswehrkrankenhaus	Kreiskrankenhaus A
Geriatrische Rehabilitationsklinik	Kreiskrankenhaus B
Universitätskrankenhaus	Kreiskrankenhaus C
Rehabilitationsklinik	
Fachklinik für Psychiatrie	

Die Kreiskrankenhäuser unterliegen demselben Träger und sind sich in ihren Organisationsstrukturen sehr ähnlich, so dass in der Untersuchung ausschließlich die beiden größten Häuser einbezogen werden. Das Universitätsklinikum besitzt diverse Fachabteilungen, die innerhalb der Stadt verteilt sind. In einer ersten Annäherung werden das Stammhaus des Universitätskrankenhauses, die Rehabilitationsklinik und das Bundeswehrkrankenhaus betrachtet werden.

[44] Die Kliniken werden weitgehend anonymisiert dargestellt. Die Photos, welche im Anhang die Beobachtungen illustrieren, wurden mit mündlicher Genehmigung der Sozialdienstmitarbeiter aufgenommen.

3.2 Methodik der Untersuchung

Um einer zu großen Verzerrung durch ausschließlich subjektive Wahrnehmungen entgegen zu wirken, erfolgt die Beobachtung systematisch und standardisiert anhand eines Beobachtungsleitfadens.[45] Die Beobachtung konzentriert sich ausschließlich auf die Gegebenheiten vor Ort und schließt das Handeln von anwesenden Personen (Patienten, Angehörigen, Sozialarbeitern, anderes klinisches Personal) während des Beobachtungszeitpunktes aus. Die Uhrzeit der Erhebung ist für das Untersuchungsergebnis somit nicht relevant und kann von Klinik zu Klinik variieren. Die Untersuchung erhebt in keiner Weise einen Anspruch auf vollständig ausgearbeitete Beobachtungsinstrumente. Sie dient dazu, ein erstes Bild über herzustellen und soll im Sinne einer feasabilty-Studie den Impuls geben, in allen Krankenhäusern die Funktion, Rolle, Aufgabe und Bedeutung der Sozialen Arbeit vor dem Hintergrund der jeweiligen Organisationsstrukturen zu überprüfen.

3.3 Beobachtungskriterien

Der Beobachtungsleitfaden konzentriert sich auf zwei Kategorien, die sich wiederum in Einzelaspekte untergliedern.

3.3.1 Räumliche Verortung

Maßgeblich ist die Frage, ob in den Krankenhäusern die Büroräume des Sozialdienstes entsprechend der Aufgabe der Sozialdienstes zugewiesen werden. So soll die räumliche Verortung gerade auch aus der Sichtweise eines hilfesuchenden Patienten betrachtet werden. Ein Großteil der Klienten des Krankenhaussozialdiensts ist auf Gehhilfen angewiesen, so dass barrierefreie Zugänge zu den Büroräumen notwendig sind. Gleichzeitig soll eine grobe Einschätzung der Distanz der Büroräume zu den Stationen erfolgen. Welche Stationen sind räumlich benachbart? Sind die Büroräume im Bereich der Krankenhausmanagements angesiedelt? In welcher Etage befindet sich der Dienst und wie ist der Weg zu den Büroräumen beschildert? Nicht unüblich sind Wartezeiten trotz eines vereinbarten Termins. Gibt es ausreichend Sitzmöglichkeiten vor den Büroräumen? Wie ansprechend ist der Wartebereich gestaltet? Sind typische Krankenhausduftnoten (beispielsweise Desinfektionsgerüche) bemerkbar?

3.3.2 Außenpräsentation des Krankenhaussozialdienstes

In der zweiten Kategorie wird betrachtet, ob und wie sich der Krankenhaussozialdienst selbst medial nach außen darstellt. In einem ersten Schritt wurden dabei die Medien untersucht, welche von Patienten und Angehörigen genützt werden können. Wie ist der Webauftritt des Sozialdienstes auf der Krankenhaushomepage gestaltet? Sind die Kontaktdaten und Bürozeiten ausgewiesen? Liegen im Eingangsbereich des Krankenhauses Flyer und Informationsmaterialien des Sozialdienstes aus? Gibt es eine Krankenhauszeitschrift und wird in der aktuellen Zeitschrift über den Krankenhaussozialdienst berichtet?

Noch vor dem Betreten des Büros nehmen viele Menschen das Türschild wahr. Das Türschild mag als Abbild der Selbstdefinition des Dienstes dienen. Hier stellt sich die Frage, ob neben dem Namen der Person auch akademische Titel und möglicherweise Zusatzqualifikationen genannt werden. Das Türschild wird als Indikator für den entwickelten Professionshabitus gewertet.

[45] Vgl. Diekmann (2012), S. 569

4. Ergebnisse

Zunächst werden für jedes Krankenhaus die Erkenntnisse dargestellt. Am Ende des Kapitels findet sich eine tabellarische Übersicht über die berücksichtigten Krankenhäuser.

4.1 Kreiskrankenhaus A

Das Kreiskrankenhaus A ist ein Haus der Grundversorgung mit chirurgischer, internistischer, gynäkologischer und Hals-Nasen-Ohren Fachabteilung. An das Kreiskrankenhaus ist ein Gesundheitszentrum mit einem breiten Spektrum an ambulanten Praxen (Hausärzte, Logotherapie, Kinderärzte, psychiatrische Praxis, u.a.m.) als auch ein medizinisches Fitnessstudio angeschlossen. Der Krankenhaussozialdienst besteht aus einer Planstelle, die Bürozeiten sind auf den Vormittag beschränkt, nach telefonischer Absprache sind auch nachmittags Termine möglich.

4.1.1 Räumliche Lage

Der Krankenhaussozialdienst ist im dritten Obergeschoss barrierefrei über den Aufzug erreichbar. Der Krankenhausempfang ist in der Lage, den Namen der Sozialarbeiterin und eine detaillierte Wegbeschreibung zu geben. Auf allen Wegweisern ist der Sozialdienst vermerkt. Sobald das dritte Obergeschoss erreicht ist, weisen große Schilder den Weg zum Büro des Sozialdienstes (Abb. 3). Zufällig vorbeigehende Krankenschwestern, die nach dem Weg gefragt wurden, konnten ohne zu zögern den Weg weisen und den Namen der Sozialarbeiterin nennen. Auffallend ist, dass der Krankenhaussozialdienst mit einer Tür vom eigentlichen Krankenhausneubau getrennt ist, so dass vom Klinikbetrieb und der üblichen Betriebsamkeit nichts zu bemerken ist. Innerhalb dieses Bereiches befinden sich vorwiegend die Büroräume der Chef- und Oberärzte der Abteilungen. Der Boden besteht aus krankenhausuntypischem Teppichboden. Insgesamt gleicht der Flur mehr einer normalen Büroetage, so dass weder olfaktorische Eindrücke noch die Gestaltung des Bereiches an ein Krankenhaus erinnern. Die Wände sind mit Bildern geschmückt, vereinzelt finden sich Blumen. Vor den Büroräumen befinden sich zahlreiche Sitzmöglichkeiten für Wartende. Eine Auswahl an Zeitschriften oder Informationsmaterial finden sich nicht (Abb. 4).

4.1.2 Außenpräsentation

Während die Hinweisschilder zu den Büros noch großzügig gestaltet sind, gibt das Türschild keinerlei Hinweise über den Ausbildungsgrad der Sozialpädagogin. Neben dem Namen der Sozialpädagogin ist lediglich die Funktion des Sozialdienstes vermerkt (Abb. 5). An den Infoständen im Eingangsbereich des Krankenhauses sind keine Flyer des Sozialdienstes zu finden, an Aushängetafeln sind jedoch einige soziale Angebote (beispielsweise der ambulante Hospizdienst) ausgewiesen. Auf der Homepage des Kreiskrankenhauses ist der Sozialdienst unmittelbar unter den Fachabteilungen und dem Pflegedienst als eigenständiges Angebot des Hauses aufgeführt. Neben den Kontaktdaten und Bürozeiten sind auch die Zuständigkeiten des Sozialdienstes vermerkt. Der Krankenhaussozialdienst empfiehlt sich neben dem Entlassmanagement und der sozialrechtlichen Beratung auch als Ansprechpartner für psychosoziale Probleme. Die Fachkraft wird auf der Homepage als Sozialpädagogin bezeichnet, ohne über die Art des Abschlusses zu informieren.

Die Suchmaske der Kreiskrankenhaus Homepage zeigt für den Begriff ‚Sozialdienst' insgesamt sieben Ergebnisse an, diese beziehen sich aber auf alle Kreiskrankenhäuser des Landkreises.

4.2 Kreiskrankenhaus B

Das Kreiskrankenhaus B ist das größte Haus im untersuchten Landkreis. Im Krankenhausbedarfsplan wird es als Haus der Regelversorgung geführt.

4.2.1 Räumliche Verortung

Das Büro des Sozialdienstes ist an die Erweiterung einer internistischen Station angegliedert, neben den Räumlichkeiten der Pflegedirektion und einer Anästhesie Ambulanz. Die Rezeption konnte nicht nur die Namen der Sozialarbeiterinnen, sondern auch die Arbeitszeiten der Mitarbeiterinnen nennen. Die Wände des Bereiches sind, ähnlich wie im Kreiskrankenhaus A, mit Bildern versehen. Wartemöglichkeiten sind ausreichend verfügbar. Durch den Aufzug und die Größe eines üblichen Stationsflurs ist das Büro barrierefrei erreichbar.

4.2.2 Außenpräsentation

Das Türschild und das Informationsmaterial sind nahezu identisch im Vergleich zu Kreiskrankenhaus A (Abb. 6). Die Präsentation des Sozialdienstes auf der Homepage ist im Vergleich zum Schwesterhaus ausführlicher. Neben den Namen und vollen akademischen Titeln, wird auch ein Photo der Sozialdienstleiterin angezeigt. Während sich die Leiterin als Sozialpädagogin bezeichnet, definiert sich ihre Kollegin als Sozialarbeiterin. Die Suchmaske zeigt, wie oben erwähnt, sieben Ergebnisse für den Begriff ‚Sozialdienst' an.

4.3 Universitätsklinikum

Neben der Ausbildung von Gesundheitspersonal und Forschungstätigkeit ist das Universitätsklinikum auch eine tragende Säule der Behandlungskapazität. Die Universitätsklinik zählt zu den Krankenhäusern der Maximalversorgung und ist mit unterschiedlichen Fachabteilungen im ganzen Stadtgebiet verteilt. Im Rahmen dieser Arbeit wird der Kernstandort mit den Fachabteilungen Innere, Chirurgie, Nuklearmedizin, Orthopädie, Onkologie, Psychosomatische Medizin, Neurologie, Dermatologie und Anästhesiologie untersucht.

4.3.1 Räumliche Verortung

Beim Betreten der Klinik konnte der Pförtner den Weg zu den Büroräumen beschreiben, die Namen und die Anzahl der Sozialarbeiter hingegen waren nicht bekannt. In den Fluren der Klinik sind regelmäßig große, bunt gestaltete Schilder aufgestellt, die jedoch keinen Bezug zum Sozialdienst erkennen lassen. Diese scheinen mehr einen Überblick über die Verteilung der unterschiedlichen Fachabteilungen zu geben, da auch andere Funktionsdienste und Stationen nicht erwähnt sind. Nach wenigen Metern fallen jedoch wesentlich ältere, dafür umso detailliertere Wegweiser auf. Auf diesen ist der Sozialdienst gut ausgeschrieben (Abb. 7).
Die Büroräume befinden sich direkt im Erdgeschoss und nur wenige hundert Meter vom Haupteingang entfernt, sie sind demnach barrierefrei und ohne Türen gut erreichbar. In der unmittelbaren Nachbarschaft befinden sich linkerhand Toiletten, die Krankenhauskapelle und ein Vorlesungssaal. Rechterhand bestehen viele Sitz- und Arbeitsmöglichkeiten, was eher den Anschein eines studentischen Aufenthaltsraums erzeugt. Der Geruch ist neutral. Der Flur vor den Büroräumen ist, im Gegensatz zu den Hauptfluren, mit Teppichboden ausgestattet. Der Teppichboden ist in die Jahre gekommen und weist einen hohen Abnutzungsgrad auf (Abb. 8). Die Wände sind schlicht Weiß gehalten. Da die Sitzmöglichkeiten mit unterschiedlich farbigen Polstern versehen sind, fällt dies nicht weiter negativ auf. Die Wartezeit kann mit dem üblichen Sortiment an Zeitschriften überbrückt werden, auf dem Hauptflur befindet sich ein großes

Sortiment an Infoständen. Um auch außerhalb der Geschäftszeiten Kontakt mit dem Sozialdienst aufzunehmen, ist ein Briefkasten angebracht, auf den Türen sind die jeweiligen Geschäftszeiten aufgeklebt. Die Sozialarbeiter am Kernstandort verfügen über Einzelbüros.

4.3.2 Außenpräsentation

Die Türschilder sind mit einem farbigen Logo versehen, das sich teilweise auch auf Flyern der psychosozialen Angebote wiederfinden lässt. Das Logo erinnert an das Universitätslogo der Stadt und ist lediglich farblich anders gestaltet (Abb. 9). Neben dem Namen sind der volle akademische Titel und teilweise auch Zusatzausbildungen vermerkt. Die Türschilder sprechen nicht von Sozialdienst, sondern bezeichnen sich selbst als „Sozialer Beratungsdienst".
Der Internetauftritt der Klinik besitzt eine zentrale Rubrik „Hilfe und Beratung", worunter der Sozialdienst aufgeführt ist. Der Auftritt erläutert die einzelnen Angebote und Aufgaben des Dienstes. Auf einer weiteren Unterseite sind Name, Kontaktdaten und akademische Abschlüsse jedes Mitarbeiters, untergliedert nach Zuständigkeit der Fachabteilung, aufgeführt. Ein psychosozialer Wegweiser mit Beratungsangeboten für onkologische Patienten ist auf der Homepage verfügbar. Neben der Präsentation des Sozialdienstes wird auch auf einigen Seiten der jeweiligen Fachabteilungen auf das Vorhandensein des Dienstes hingewiesen. Wird in der Suchmaske des gesamten Klinikauftritts nach „Sozialdienst" gesucht, fanden sich 81 Ergebnisse.

4.4 Rehabilitationsklinik

Die Rehabilitationsklinik wird im Landeskrankenhausplan als Klinik der ‚Maximalversorgung mit Sonderfunktion' aufgeführt. Angegliedert ist die Klinik seit einigen Jahren an das Universitätsklinikum. Ursprünglich war die Klinik jedoch eigenständig als gGmbH gegründet worden. Die Rehabilitationsklinik ist durch die enge Kooperation in Forschung und Ausbildung von Gesundheitspersonal und Ärzten mit der Universitätsklinik eng verzahnt.

4.4.1 Räumliche Verortung

Auch hier konnte die Rezeption eine Wegbeschreibung zu den Büroräumen geben. Bereits die ersten Wegweiser führen den Sozialdienst auf. Der Sozialdienst befindet sich im dritten Obergeschoss und ist vom Aufzug durch eine große, schwere, insgesamt wenig einladende Stahltür getrennt. Auf demselben Stockwerk befinden sich die Stroke Unit, Stationen und das Zentrum für Integrierte Rehabilitation. Die Büroräume sind in einem kleinen Zwischenraum untergebracht, der Wartezimmerbereich wirkt bei geschlossenen Türen etwas düster. Durch einige Zimmerpflanzen, Wartemöglichkeiten, Bilder und einige Zeitschriften wird die Stimmung etwas freundlicher (Abb. 10). Insgesamt sind zwei Büroräume vorzufinden, wobei die Büros mit zwei beziehungsweise drei Sozialarbeitern besetzt sind.

4.4.2 Außenpräsentation

Das Türschild ist funktional gestaltet. Neben der Aufschrift ‚Sozialdienst' sind die jeweiligen Namen der Angestellten mit Papier eingeschoben. Insgesamt wirkt das Türschild eher improvisiert (Abb. 11). In einer Patientenbroschüre, welche die Patienten als Wegweiser für den gesamten Klinikaufenthalt erhalten, nimmt der Krankenhaussozialdienst eine ganze Seite ein. Neben dem Schwerpunkt in sozialrechtlicher Beratung und dem Entlassmanagement sieht sich der Sozialdienst auch als Ansprechpartner für soziale und persönliche Probleme. In der Broschüre sind die Telephonnummern und Öffnungszeiten formuliert, jedoch ohne

Namensangaben. In der Broschüre wird darauf Wert gelegt, dass auch das Pflegepersonal den Kontakt zum Sozialdienst vermitteln kann.
Der Internetauftritt umfasst neben den Namen, Kontaktdaten auch die akademischen Abschlüsse und Zusatzqualifikationen und gibt einen Überblick über die Zuständigkeiten. In der Suchmaske des Klinikauftritts „Sozialdienst“ fanden sich 13 Ergebnisse. Meist wird der Sozialdienst in Broschüren erwähnt, die auch online als pdf-Datei abrufbar sind.

4.5 Bundeswehrkrankenhaus

Das Bundeswehrkrankenhaus wird von der Bundesrepublik Deutschland finanziert. Neben der Behandlung von Soldaten dient das Klinikum der Maximalversorgung auch der Behandlung der Zivilbevölkerung. Neben den typischen Fachabteilungen legt die Klinik diverse Schwerpunkte, wie beispielsweise in der traumatologischen Notfallversorgung von Unfallopfern. Als traumatologisches Notfallzentrum ist das Bundeswehrkrankenhaus auch an der Notfallversorgung sowohl mit bodengebundenen Rettungsmitteln als auch mit einem Rettungshubschrauber beteiligt. Grundgedanke des präklinischen Engagements ist das Training der Bundeswehrärzte und –sanitäter, um die medizinische Versorgung der Bundeswehrangehörigen im Einsatz sicher zu stellen.
Der Sozialdienst im Bundeswehrkrankenhaus übernimmt nicht nur Aufgaben des Krankenhaussozialdienstes. Vielmehr sind die Mitarbeiter zugleich auch Sozialarbeiter für die im Bundeswehrkrankenhaus tätigen Soldaten mit entsprechend erweiterten Aufgabenfeldern, wie Suizidprävention, Abhängigkeitserkrankungen, Familienbegleitung bei Bundeswehreinsätzen, Anträgen zur Versetzung oder bundeswehrinternen Kommandierungen.

4.5.1 Räumliche Verortung

Der diensthabende Soldat der Rezeption konnte den Weg zu den Büroräumen ohne Probleme nennen. Die Büroräume befinden sich im Erdgeschoss, nur unweit vom Haupteingang entfernt. Der Bereich um die Büroräume des Sozialdienstes wirkt neuwertig und ist mit gehobener Ausstattung eingerichtet (Abb. 12). Vor den Büroräumen befinden sich Sitzgelegenheiten. In unmittelbarer Nähe sind Patientenaufnahme und Ambulanzen. Vor jedem Büroraum befindet sich eine ‚Statusanzeige‘, ob der Sozialarbeiter im Gespräch, auf Station oder außer Dienst ist (Abb. 13). Außerhalb der Geschäftszeiten kann der Briefverkehr in einen Briefkasten eingeworfen werden. Ein großes Plakat an der Wand macht auf die jeweiligen Aufgaben des Sozialdienstes und der Sozialberatung aufmerksam. Im Wartebereich stehen vereinzelt Zeitschriften zur Verfügung, an den Wänden hängen teilweise Bilder. Durch die nahe Eingangshalle sind zwar oft Gespräche zu vernehmen, die Gerüche sind neutral.

4.5.2 Außenpräsentation

Die Türschilder zeigen neben den akademischen Abschlüssen auch Zusatzqualifikationen und teilweise die Besoldungsgruppe des Sozialarbeiters (Abb. 14). Die Flure und Türen sind hell und modern gestaltet. Durch die bereits erwähnte ‚Statusanzeige‘ wirken die Türen einladend. Bemerkenswert ist, dass der Sozialdienst über ein eigenes Logo verfügt. Dieses ist an den Türschildern, dem Briefkasten und teilweise im Internet wiederzufinden und scheint prinzipiell in Sozialdiensten der Bundeswehr verwendet zu werden.
Der Webauftritt des Sozialdienstes ist informativ gestaltet. Neben den Kontaktdaten, Namen, Abschlüssen und Zusatzqualifikationen werden auch die Bürozeiten ausgewiesen. Unter dem Stichwort „Sozialdienst“ fanden sich 331 Einträge, die sich allerdings nicht ausschließlich auf

das Bundeswehrkrankenhaus alleine beziehen, sondern auch auf andere Bundeswehreinrichtungen im gesamten Bundesgebiet verweisen.

4.6 Tabellarische Übersicht

Auf den folgenden zwei Seiten sind die in Prosaform beschriebenen Ergebnisse zur besseren Übersichtlichkeit tabellarisch zusammengefasst.

Abbildung 2: Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Kriterium	KKH A	KKH B	Uniklinikum	Rehaklinik	BWK
In welcher **Etage** befinden sich die Büroräume? Sind diese **barrierefrei** erreichbar?	Drittes Obergeschoss Ja	Zweites Obergeschoss Ja	Erdgeschoss Ja	Drittes Obergeschoss Ja	Erdgeschoss Ja
Befinden sich die Büroräume im Verwaltungsflügel, oder in unmittelbarer Nähe zu den Stationen?	Séparée, neben Büros der Ober- und Chefärzte	Angegliedert an internistische Station, neben Pflegedirektion	Eingangsbereich, neben Kapelle, Vorlesungssaal und studentischen Arbeitsplätzen	In Nachbarschaft zu Stroke Unit, Station	Separiert im Eingangs-bereich
Sind auffällige olfaktorische **Wahrnehmungen** machbar?	Nein	Leichter Stationsgeruch	Nein	Nein	Nein
Sind **Wartemöglichkeiten** vor den Büroräumen vorhanden?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ist die **Rezeption** in der Lage den Weg zu den Büroräumlichkeiten zu weisen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Homepage (Sind auf der Klinikhomepage mind. Kontaktdaten und Bürozeiten verfügbar? Wie viele Einträge findet die Suchmaske zum Stichwort „Sozialdienst“?)	Ja (Suchmaske: 7 Einträge)	Ja, mit Photo (Suchmaske: 7 Einträge)	Ja (Suchmaske: 81 Einträge)	Ja (Suchmaske: 31 Einträge)	Ja (Suchmaske: 331 Einträge)

Beschilderung (Sind die Wege zum Sozialdienst gut beschildert?)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Türschild („Selbstdefinition“ an der Türe: Soz.Arb. o. Soz.Päd? Akademische Titel (Dipl., B.A., M.A.)? Zusatzbezeichnungen „Klinische/r SozialarbeiterIn“/“Psychoonkologe“)?	Ausschließlich „Sozialdienst“ und Name	Ausschließlich „Sozialdienst“ und Name	„Sozialer Beratungsdienst“, Name, akademischer Titel, Zusatzqualifikation Logo der Uniklinik, leicht farblich abgeändert	Ausschließlich „Sozialdienst“ und Name	Akademischer Titel, Zusatzqualifikationen, teilweise Beamtenstatus. Sozialdienst besitzt eigenes Logo
Infostände (Liegt Infomaterial des Krankenhaussozialdienstes in den Infoständen aus?)	Nein	Nein	Ja, auch online als pdf-Dateien	Ja, auch online als pdf-Dateien	Ja, auch online als pdf-Dateien

5. Diskussion

Die Ergebnisse der Untersuchung stellen selbstverständlich keinen Anspruch auf Repräsentativität und können kein detailliertes Bild über die Bedeutung von Krankenhaussozialdiensten anhand der räumlichen Verortung liefern. Diese Arbeit soll exemplarisch aufzeigen, wie in einer ersten Näherung eine systematische Analyse der realisierten Bedeutung Sozialer Arbeit in Krankenhäusern erfolgen kann. Darüber hinaus gelang es bereits durch die Photodokumentation die Aufmerksamkeit auf das Thema der Bedeutung der Krankenhaussozialarbeit für den betriebswirtschaftlichen als auch den Behandlungs-Erfolg eines Krankenhauses hinzuweisen.[46]

Stereotype über Sozialarbeiter in Krankenhäusern, die in dunklen Kellern ihr Dasein fristen, haben sich in keinem der hier betrachteten Krankenhäuser auch nur annähernd bewahrheitet. Bei der Hälfte der Häuser sind die Büroräumlichkeiten unmittelbar in der Nähe zum Haupteingang, so dass auch Angehörige keine Umwege in Kauf nehmen müssen, um mit dem Sozialdienst ins Gespräch zu kommen. In den anderen Häusern sind die etwas längeren Wege gut ausgeschildert. Auch ist davon auszugehen, dass die Sozialarbeiter viele Gespräche in den Patientenzimmern führen. In fünf der sechs Häuser besaß jeder Sozialarbeiter zum Untersuchungszeitpunkt ein eigenes Büro. Beratungsgespräche, die in den Büroräumen stattfinden, bedürfen nicht nur einer ruhigen Atmosphäre, sondern sind auch aus Gründen der Vertraulichkeit und Wahrung der Intimsphäre nur unter vier Augen möglich. Die Büroräumlichkeiten sind alle barrierefrei erreichbar, wenngleich die Ausstattung mit Teppichböden (KKH A und Uniklinikum) Rollstuhlfahrer unter Umständen etwas behindern könnten. Die Flure sind, mit einer Ausnahme (KKH A) so geräumig, dass sich begegnenden Rollstuhlfahrern genügend Platz zum Rangieren bietet. Im Kreiskrankenhaus A zeigte der Vergleich mit den benachbarten Büroräumen der Chef- und Oberärzte keine erkennbaren Unterschiede. So hatten die Türschilder der in der tradierten Krankenhaushierarchie höher angesiedelten Ärzte denselben provisorischen Charakter.

Von den untersuchten Krankenhäusern ist nur im Bundeswehrkrankenhaus ein eigens entwickeltes Logo für den Sozialdienst erkennbar. Neben dem Wiedererkennungswert zeugt das Logo auch von Professionalität. Informationsmaterial, Anschreiben und Türschilder, die mit dem Logo versehen sind, haben bereits rein optisch ein anderes Erscheinungsbild als normale Eingangstüren oder Briefköpfe. Während im Universitätsklinikum noch das Logo der Universitätsklinik auf dem Türschild des Sozialdienstes angebracht war, verzichteten die Kreiskrankenhäuser vollkommen auf eine graphische Verbindung.

Die Webauftritte sind in allen Krankenhäusern ansprechend gestaltet. Als ein Indikator konnte in den größeren Häusern mit Hilfe einer Suchmaske und dem Stichwort ‚Sozialdienst' überprüft werden, ob auf die Dienstleistungen auch an anderer Stelle hingewiesen wird. In allen untersuchten Krankenhäusern wurde der Sozialdienst als besondere Qualität für die Versorgung ausgewiesen und scheint demnach für die zuständigen Leitungspersonen bedeutsam zu sein. Die Sozialdienste nutzen das Internet als Medium. Neben der Eigendarstellung finden sich oft auch Flyer, Broschüren und oftmals selbst erstellte Verzeichnisse von relevanten Angeboten zum Download. Da die Gewinnung von Patienten bei planbaren und finanziell lohnenswerten Eingriffen für die Krankenhäuser immer interessanter wird, ist die Außendarstellung eines Krankenhauses im Internet von großer Bedeutung.

[46] So war die um zusätzliche Photos von Türen der Sozialdienste andere Krankenhäuser erweiterte Photodokumentation dieser Arbeit als Photogalerie und im Rahmen der Posterausstellung mit Referat auf der Jahrestagung der DVSG in Münster im Jahr 2015 präsentiert.

Es scheint, dass auch die psychosozialen Angebote des Sozialdienstes als ein Attraktivitätsmerkmal betrachtet werden. Insgesamt lässt sich folgern: Je größer ein Krankenhaus, desto aktiver wird der Sozialdienst im Außenauftritt dargestellt.

5.1 Notwendigkeit von Begleitforschung

Das vorhandene Studienmaterial zur Wirksamkeit der Aktivitäten des Krankenhaussozialdienstes ist als mangelhaft zu bewerten. Zwar gibt es durchaus auch in Deutschland einige randomisierte Kontrollstudien, die positive Effekte in Hinblick auf den Outcome des Patienten nach Interventionen des Sozialdienstes ausweisen,[47] zumeist beziehen sich diese aber auf die berufliche Rehabilitation. Die Universitätsklinik Münster, die bereits in Kapitel zwei mit dem Case Management erwähnt wurde, setzt auch im Bereich der Evaluation und Publikation Maßstäbe. Bereits im Jahr 2004 wurde vom Sozialdienst eine Mitarbeiterbefragung in der Universitätsklinik veröffentlicht. Diese erste grobe Einschätzung scheint anschlussfähig an die Studie von GEIßLER-PILZ UND GERULL (2009), die zeigt, dass oftmals die Personen des Sozialdienstes von anderen Professionen geschätzt werden, jedoch nicht die Profession der Sozialen Arbeit selbst. Laut den Umfrageergebnissen des Universitätsklinikums Münster sind 98 Prozent der Befragten von der Bedeutung der Sozialarbeiter im Rahmen der stationären Versorgung überzeugt. Scheinbar spiegelt sich die intermediäre Funktion der Krankenhaussozialarbeit zwischen den Professionen auch in der Wahrnehmung wieder. Rund 63 Prozent der Befragten nehmen den Sozialdienst als vermittelnde Kraft zwischen Arzt, Patient und Pflege wahr. Auch in Sachen Kompetenz scheint sich der Sozialdienst gut zu behaupten. So schätzen 53 Prozent die Sozialarbeiter als ‚sehr kompetent' und 42 Prozent als ‚kompetent' ein. Die Sozialarbeiter im Universitätsklinik Münster scheinen einen Professionshabitus entwickelt zu haben, den sie auch im interdisziplinären Team auszustrahlen vermögen. Zu erwähnen ist an dieser Stelle auch, dass sich die Sozialarbeiter in Münster als „Klinische Sozialarbeiter" definieren. Die Etablierung des Sozialdienstes in der Krankenhaushierarchie über die reine Verwaltungsebene hinaus, ist demnach wohl eher am Engagement der einzelnen Sozialarbeiter vor Ort fest zu machen und scheint nicht generalisierbar zu sein.

Der Vergleich mit der klinischen und Krankenhaussozialarbeit in den USA ist ebenfalls interessant, stößt in deutschen Publikationen aber nur selten auf Widerhall. Wird von sozialrechtlichen und strukturellen Unterschieden zwischen den USA und Deutschland abgesehen, würden die Rezeption und die Auseinandersetzung mit den US-amerikanischen Forschungsergebnissen zumindest für Diskussionspotential auch hierzulande sorgen. Als Beispiel sei auf eine achtjährige Longitudinalstudie der beiden Sozialarbeitsprofessoren BERGER UND MIZRAHI aus dem Jahre 2005 hingewiesen, die mit drei Erhebungen den Einfluss von leitenden Sozialarbeitern in Krankenhäusern auf die Veränderungen im amerikanischen Gesundheitswesen hin überprüft haben. Ein Teilziel der Erhebung war es, Hemmnisse und Chancen der Krankenhaussozialdienste innerhalb der Veränderungen im Gesundheitswesen zu untersuchen. „By 2000, social work leaders in hospitals appeared to have a realistic and balanced view of opportunities and challenges. Given the social, economic, and political circumstances surrounding the health care system, it is understandable that a growing sense of vulnerability and pessimism about the future exists."[48]

[47] exemplarisch dazu Karoff und Kittel (2008)
[48] Berger und Mizarahi (2005), S. 164

Gleichzeitig stellen die Autoren ähnliche Tendenzen auch in den Professionen der Medizin und Pflege fest, so dass die zunehmende Verletzbarkeit nicht nur ein klassisches - aber eben auch - ein Thema der Krankenhaussozialarbeit ist. Die Studie verharrt allerdings nicht auf dem recht ernüchternden Standpunkt, sondern formuliert weitergehende Fragestellungen für quantitative als auch qualitative Forschungsansätze. Ins Zentrum der Forschungsbemühungen rückt dort der Umgang der Leitungskräfte mit der zunehmenden Anzahl Stressoren im Privat- als auch im Berufsleben und wie Führungsstrategien aus dem zunehmenden Stress auch Chancen entstehen lassen könnten: „this disequilibrium may actually promote creativity, innovation, and renewal“ [49]. Thematisch scheinen sich, trotz aller Unterschiede in den länderspezifischen Ausgestaltungen der Gesundheitswesen, identische Fragestellungen der Sozialen Arbeit im internationalen Vergleich herauszukristallisieren. Internationale Forschungskooperationen könnten hier die Soziale Arbeit als Profession wesentlich weiterentwickeln helfen.

Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen in Deutschland orientiert sich zunehmend am messbaren Nutzen der erbrachten Leistungen. Während die Soziale Arbeit traditionell die Berechtigung ihrer Dienstleistungen aus philosophischen, theologischen und humanistischen Argumentationen bezog, sind diese in der heutigen Tendenz kaum mehr vertretbar, sondern müssen zwingend um fundierte Evaluationsstudien ergänzt werden, damit in Verhandlungen mit Kostenträgern entsprechendes Datenmaterial vorgewiesen werden kann. Auch müssen einheitliche Standards für Statistiken erarbeitet werden, um die Arbeit unterschiedlicher Krankenhaussozialdienste vergleichbar zu machen. Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) hat bereits vor einigen Jahren, parallel zur DRG-Finanzierung im Krankenhauswesen, spezifische Fallgruppen für die Soziale Arbeit ausgearbeitet. Durch dieses Instrument sollten Krankenhaussozialdienste nicht nur in der Lage sein, exakte Fallzahlen im Rahmen von Jahresstatistiken zu liefern, sondern auch Transparenz gegenüber dem Krankenhaus und den Krankenkassen für die eingesetzte Ressource ‚Arbeitszeit‘ herzustellen. Wohlwissend um das Problem der Verallgemeinerung von multidimensionalen Sozialarbeitsfällen stellen die Fallgruppen mit entsprechenden Untergruppierungen je nach ‚Schwere‘ der Intervention ein fundiertes Instrument dar, so die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen im Jahr 2006.

5.2 Entwicklungen auf dem Krankenhausmarkt

Das Selbstverständnis eines Krankenhauses vollzieht langsam einen Paradigmenwechsel von rein kurativen Aufgaben hin zu einem umfassenden, der Sozialen Arbeit nahestehenden Gesundheitsverständnis. In der Ottawa-Charta der World Health Organization wurde das Krankenhaus als ein zentrales Setting der Gesundheitsförderung festgelegt (WHO 1986). In den untersuchten Kliniken waren es die Kreiskrankenhäuser, bei denen erste strukturelle Anzeichen für eine Neuorientierung bemerkbar waren. An das Kreiskrankenhaus sind nicht nur ambulante Arztpraxen angegliedert, sondern beispielsweise auch (medizinische) Fitnesscenter. Durch die Ausweitung der Dienstleistungen entwickelt das Krankenhaus eine völlig neue ‚Komm-Struktur‘. Ferner sind nicht mehr ausschließlich Menschen mit akuten Erkrankungen Klientel eines Krankenhauses, sondern prinzipiell auch gesunde Menschen, die in ihre Gesundheit investieren möchten. Die Einführung der DRG-Pauschalen setzt jedoch auch gegenläufige Tendenzen in Gang, die

[49] Berger und Mizarahi (2005), S. 165

von Vertretern der Krankenhaussozialdienste kritisch beobachtet werden müssen. Der Wettbewerb der Krankenhäuser um gewinnbringende Patienten und insbesondere auch gut ausgebildetes Personal wird in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Gleichzeitig müssen sich Krankenhäuser strategisch mit besonderen Leistungen auf dem Markt positionieren.[50] Das Credo von Krankenhausmanagern wird lauten: mehr Patienten in kürzeren Zeiträumen mit weniger Betten zu behandeln, was automatisch einen höheren Personalbedarf bedeutet. Inwiefern dann Zeit für theoretisch mögliche klinisch-sozialarbeiterische Interventionen bleibt, ist fraglich. Die Klinische Sozialarbeit sollte, um ihr Potential in der Krankenhaussozialarbeit entwickeln zu können, mit entsprechender Honorierung in den DRG-Fallpauschalen berücksichtigt werden.

6. Fazit

Noch ist die zukünftige Ausrichtung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus nicht klar erkennbar. Die Profession der Sozialen Arbeit verfügt über diverse Methoden und Konzepte, um auch weiterhin innovativer Bestandteil im Setting Krankenhaus zu sein. Die neuen Eckpfeiler und die daraus erwachsenden Aufgabenfelder sind Antworten auf sich wandelnde Versorgungserfordernisse und Versorgungsstrukturen. Durch das Case Management stehen in der interdisziplinären Zusammenarbeit völlig neue Arbeitsperspektiven offen, die mittlerweile auch hohe betriebswirtschaftliche Bedeutung haben und der Sozialen Arbeit mittelfristig auch in den Krankenhausdirektionen eine neue Relevanz beimessen werden. Die ebenfalls junge Disziplin der Gesundheitssozialarbeit mit entsprechenden gesundheitsfördernden Profilen könnte eine bedeutende Rolle in der Ausrichtung des Krankenhauses aus WHO-Sicht als ‚gesundheitsförderndes Krankenhaus' einnehmen. Eine stärkere Profilierung der Klinischen Sozialarbeit könnte, bei Sicherstellung einer Finanzierung, ein holistisches Behandlungskonzept weiterentwickeln. Dem stehen mangelnde gesetzliche Rahmenbedingungen und ein noch häufig anzutreffendes fehlendes Selbstbewusstsein der agierenden Sozialarbeiter vor Ort entgegen.

Ein Zusammenhang zwischen der räumlichen Verortung von Krankenhäusern und dem Ansehen des Sozialdienstes hat sich in den untersuchten Häusern nicht erkennen lassen. In weiterführenden Arbeiten wäre es von Bedeutung, die Einbindung der Sozialen Arbeit in die Versorgungsprozesse zu analysieren. Wie werden die Kommunikationswege zwischen Sozialarbeitern, Ärzten sowie Pflegekräften gestaltet? Arbeiten die Sozialarbeiter mit spezieller Software für den Sozialdienst? Würden sich die Sozialarbeiter als klinisch Arbeitende verstehen? Spielt die Unterscheidung in der täglichen Praxis überhaupt eine Rolle?

Der Vergleich zwischen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung mit Häusern der Maximalversorgung zeigt insbesondere in der Außendarstellung große Unterschiede. Über die Qualität der dort geleisteten Arbeit kann mit den erhobenen Daten keine Aussage getroffen werden. Im Rahmen dieser Arbeit wurde die Bandbreite an potentiellen Aufgabenfeldern der Sozialen Arbeit im Krankenhaus mit ihren jeweiligen Chancen und momentanen Hürden aufgezeigt. Die Profession Soziale Arbeit sollte sich mehr denn je in den gesundheitspolitischen Diskurs einbringen und die Qualität ihrer Arbeit für den betriebswirtschaftlichen Erfolg als auch den Nutzen für die Patienten darstellen und offensiv vertreten. Es gilt zudem, die eigenen Profile der klinischen und gesundheitsfördernden Fachrichtungen Sozialer Arbeit deutlich zu definieren, um im Hinblick auf die

[50] Vgl. Möller und Schmidt (2007), S. 10

zunehmende Akademisierung der Pflege keine Konkurrenzsituation sondern potentielle Synergieeffekte zu erzeugen.

Die vorliegende Arbeit trägt den Titel „Soziale Arbeit im Krankenhaus - zwischen pejorativer Konnotation und Innovation“. Die Dichotomie scheint die momentane Realität der Sozialen Arbeit am ehesten widerzuspiegeln. Während in einigen Studien und strukturellen Voraussetzungen das Label ‚Krankenhaussozialdienst‘ beinahe abwertend verwendet wird, scheint es mittlerweile auch Krankenhäuser zu geben, in denen die Soziale Arbeit über den Sozialdienst hinaus als ein innovatives Element in der Organisationsentwicklung der Krankenhäuser begriffen wird. Nur Mut, Soziale Arbeit!

7. Literaturverzeichnis

Abel, Thomas; Kolip, Petra; Wydler, Hans (2010): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes, Weinheim & München: Juventa.

Ansen, Harald (2010): Soziale (Alten-)Arbeit im Krankenhaus, in: Kirsten Aner; Ute Karl (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS, 139-149.

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen: DGVT-Verlag.

Bartholomeyczik, Sabine; Göpel, Eberhard; Mühlum, Albert (2004): Auf dem Weg zu „Humanwissenschaften zweiter Ordnung“: Sozialarbeitswissenschaft – Pflegewissenschaft – Gesundheitswissenschaft. in: Albert Mühlum (Hrsg.): Sozialarbeitswissenschaft. Wissenschaft der Sozialen Arbeit, Freiburg: Lambertus, 204-218.

Bartosch, Ulrich; Maile, Anita; Speth, Christine (Hrsg.) (2008): Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (Qr SArb). Version 5.1. Online verfügbar unter: http://www.fbts.de/fileadmin/fbts/Aktuelles/QRSArb_Version_5.1.pdf

Berger, Candyce S.; Mizrahi, Terry (2005): A longitudinal look at social work leadership in hospitals: the impact of a changing health care system, in: Health & Social Work. A Journal of the National Association of Social Workers 30 (2), 155 -165.

Bröcher, Christoph; Fischer, Anne; Grammatico, Daniela; Kapelle, Sylvia; Khan, Naseer; Pape, Rudolf; Peer, Sabine; Reiners, Simona; Roccor, Bettina; Schilder, Anika; Thiry, Ludwig; Zeitler, Anette (2013): Positionspapier der FG Gesundheit und Pflege zum Case Management im Krankenhaus. Online verfügbar unter http://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/06/130812_Positionspapier_CM_Krankenhaus_FG_Gesundheit-und-Pflege.pdf

Clade, Harald (1982): Sozialarbeit: Ärzteschaft umreißt Tätigkeitsfeld in: Deutsches Ärzteblatt 79 (16), 76-78.

Diekmann, Andreas (2012): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen, 7. Auflage. Hamburg: Rowohlts Enzyklopädie.

Gahleitner, Silke Brigitta; Pauls, Helmut (2008): Progressive Levels der professionellen Kompetenz in Klinischer Sozialarbeit, in: Klinische Sozialarbeit 4 (1), 6-12.

Galuske, Michael (2011): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung, 9. Auflage. Weinheim & München: Juventa.

Garms-Homolová, Vjenka; Schaeffer, Doris (1990): Kiepenarbeit versus Beratung: Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus, in: Neue Praxis, 20 (2), 111-124.

Geißler-Piltz, Brigitte (2004): Die Entwicklung der Klinischen Sozialen Arbeit – eine Historie mit vielen Brüchen. Online verfügbar unter:
http://www.hs-coburg.de/uploads/media/Entwicklung_Klinische_SA_GPiltz_04.pdf

Geißler-Piltz, Brigitte; Gerull, Susanne (Hrsg.) (2009): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings, Opladen und Farmington Hills: Budrich UniPress Ltd.

Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans (2000): Sozialarbeit unverzichtbar. Der Bedarf wächst trotz aller Sparaktionen, in: Deutsches Ärzteblatt 97 (41), A2674-A2676.

Hey, Georg (2000): Klinische Sozialarbeit. Zu den Aufgaben Sozialer Arbeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in: Stephen Sting; Günther Zuhorst (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit, Weinheim & München: Juventa, 163-176.

Homfeldt, Hans Günther (2012): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung, in: Werner Thole (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch, 4. Auflage. Wiesbaden: VS, 489-505.

Kaba-Schönstein, Lotte; Kälble, Karl (2000): Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Analyse von Curricula des Studiums der Sozialen Arbeit und Medizin, in: Stephen Sting; Günther Zuhorst (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit, Weinheim & München: Juventa, 197-220.

Karoff, Marthin; Kittel, Jörg (2008): Lässt sich die Teilhabe am Arbeitsleben durch eine berufsorientierte kardiologische Rehabilitation verbessern? Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie, in: Die Rehabilitation. Zeitschrift für Forschung und Praxis der Rehabilitation 47 (1), 14-22.

Kurlemann, Ulrich; Rausch, Ansgar (2008): Entlassungsmanagement am UKM. Case Management und Sozialdienst arbeiten eng zusammen, in: Die Schwester. Der Pfleger 47 (10), 1-3.

Layer, Hans; Mühlum, Albert (2003). Krankenhaussozialarbeit aus Sicht der Patienten. Evaluationsstudie im Auftrag der DVSK, in: Nobert Gödecker-Geenen; Hans Nau (Hrsg.): Der Patient im Krankenhaus und sein Bedarf an psychosozialer Beratung. Eine empirische Bestandsaufnahme, Münster: LIT, 33- 70.

Lewin, Kurt (1969): Grundzüge der typologischen Psychologie. Hubert: Bern.

Möller, Johannes; Schmidt, Christian (2007): Katalysatoren des Wandels, in: Jürgen Klauber; Bernd-Peter Robra; Henner Schellschmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch, Stuttgart: Schattauer, 3-19.

Pauls, Helmut (2011a): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung, 2. Auflage. Weinheim & München: Juventa.

Pauls, Helmut (2011b): Grundlegendes zur klinischen Sozialarbeit, Online verfügbar unter http://klinische-sozialarbeit.de/zks/Grundlegendes.html (Letzter Aufruf 27.10.13).

Priller, Johannes (1996): Anamnese, Exploration, psychosoziale Diagnose, Sankt Augustin: Asgard Verlag.

Staub-Bernasconi, Silvia (2012): Der „transformative Dreischritt“ als Vorschlag zur Überwindung der Dichotomie von wissenschaftlicher Disziplin und praktischer Profession, in: Roland Becker-Lenz; Stefan Busse; Gudrun Ehlert; Silke Müller-Hermann (Hrsg.): Professionalität Sozialer Arbeit und Hochschule. Wissen, Kompetenz, Habitus und Identität im Studium Sozialer Arbeit, Wiesbaden: Springer VS, 163-187.

Universitätsklinikum Münster (2004): Mitarbeiterbefragung zum Leistungsangebot Klinischer Sozialarbeit am Universitätsklinikum Münster. Online verfügbar unter: http://klinikum.uni-muenster.de/fileadmin/ukminternet/daten/zentralauftritt/patienten-besucher/sozialdienst/Aktuelles__Infomationen__Publikationen/mitarbeiterbefragung.pdf

8. Anlage

Um eine bessere Nachvollziehbarkeit der erhobenen Ergebnisse des Beobachtungsleitfaden zu ermöglichen, werden in der Anlage Photos aus den Kliniken dargestellt. Die Bilder wurden mit mündlicher Genehmigung der SozialarbeiterInnen photografiert und nachträglich anonymisiert.

Kreiskrankenhaus A

Abbildung 2: Türschild Sozialdienst (Kreiskrankenhaus A)

Abbildung 3: Deckenwegweiser im dritten Obergeschoss (Kreiskrankenhaus A)

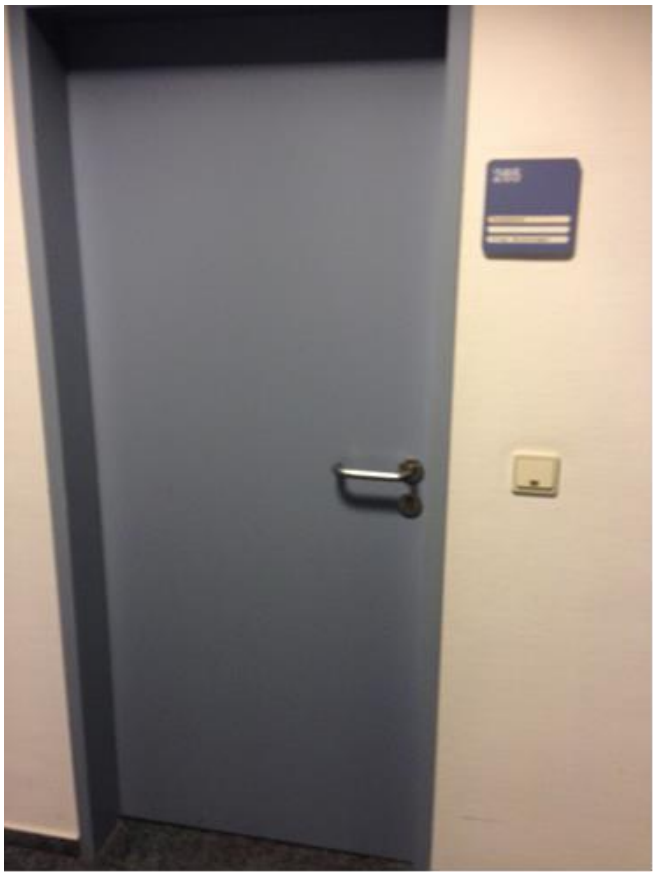

Abbildung 4: Tür zum Sozialdienst (Kreiskrankenhaus A)

Abbildung 5: Wartebereich (Kreiskrankenhaus A)

Kreiskrankenhaus B

Abbildung 6: Tür zum Sozialdienst (Kreiskrankenhaus B)

Universitätsklinikum

Abbildung 7: Wegweiser (Uniklinik)

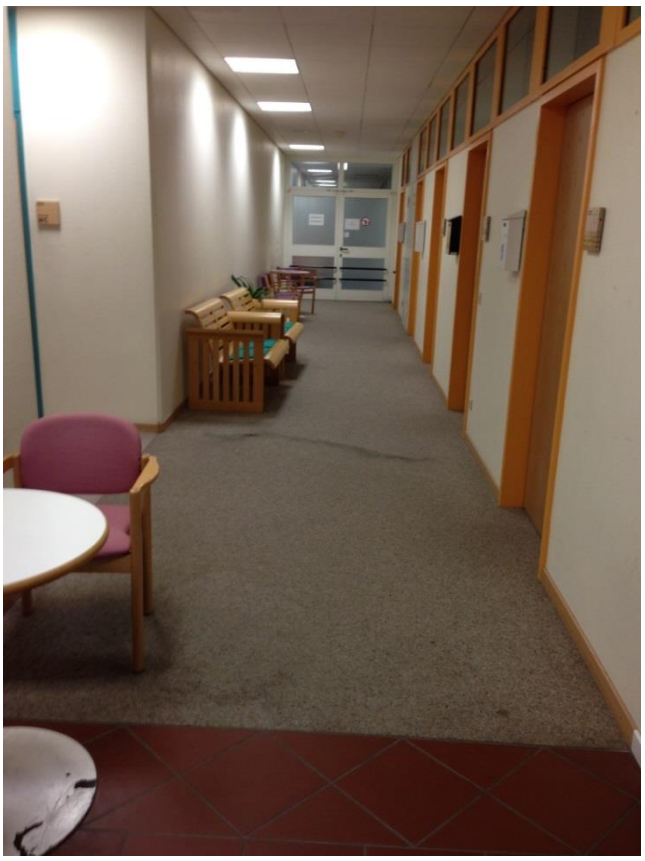

Abbildung 8: Wartebereich (Uniklinik)

Abbildung 9: Türschild (Uniklinik)

Rehabilitationsklinik

Abbildung 10: Wartebereich (Rehaklinik)

Abbildung 11: Türschild Sozialdienst (Rehaklinik)

Abbildung 12: Tür zum Sozialdienst (Rehaklinik)

Bundeswehrklinikum

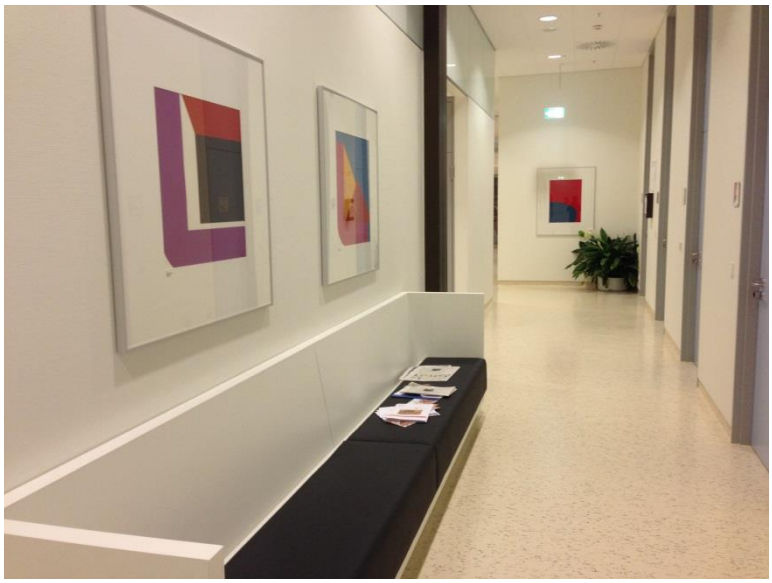

Abbildung 13: Wartebereich vor dem Sozialdienst (BWK)

Abbildung 14: „Statusanzeige“ der Sozialarbeiterin

Abbildung 15: Türschild (BWK)

9. Posterpräsentation

Die Forschung wurde um weitere elf Krankenhäuser im Bundesgebiet ausgeweitet und beim Kongress der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) im November 2015 vorgestellt.

Abbildung 16: Posterpräsentation zur DVSG Jahrestagung 2015