

# SOZIALDIENST UND PFLEGE IM KRANKENHAUS

**Erika Feldhaus-Plumin**

- Flusser Studies 05. S.1-13 In: [www.flusserstudies.net/pag/05/Gustav-Flusser.pdf](http://www.flusserstudies.net/pag/05/Gustav-Flusser.pdf) (Abruf am 28.11.2011)
- Malleier**, Elisabeth: Das Ottakringer Settlement. Zur Geschichte eines frühen internationalen Sozialprojekts. Wien 2005a
- Malleier**, Elisabeth: Gegen den fremden Kontinent der Armut. Die Anfangsjahre der „Jüdischen Toynbee-Halle“ in der Brigittenau. In: Jüdisches Echo. Europäisches Forum für Kultur und Politik Band 54. 2005b, S. 112-117
- Müller**, C. Wolfgang: Wie Helfen zum Beruf wurde Band 1. Eine Methodengeschichte der Sozialarbeit 1883-1945. Weinheim/Basel 1988
- Oelschlägel**, Dieter: 100 Jahre Toynbee Hall. In: Oelschlägel, Dieter (Hrsg.): Jahrbuch 1 Gemeinwesenarbeit – Beiträge zu einer Bestandsaufnahme. München 1984, S. 171-178
- Pappenheim**, Bertha; Rabinowitsch, Sara: Zur Lage der jüdischen Bevölkerung in Galizien. Reise-Eindrücke und Vorschläge zur Verbesserung der Verhältnisse. Frankfurt am Main 1904
- Philippson**, Martin: Neueste Geschichte des jüdischen Volkes Band II. Leipzig 1910
- Picht**, Werner: Toynbee Hall und die englische Settlement-Bewegung. Ein Beitrag zur Geschichte der sozialen Bewegung in England. Tübingen 1913
- Pils**, Ramon: Leon Kellner zwischen Czernowitz und Wien. In: Brandstätter, Thomas; Rupnov, Dirk; Wessely, Christina (Hrsg.): Sachunterricht. Fundstücke aus der Wissenschaftsgeschichte. Wien 2008, S. 25-30
- Rafael**, Leo: Die Wiener Toynbee-Halle im dritten Jahre. In: Die Welt 8/1903, S. 4-5
- SachBe**, Christoph: Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871-1929. Frankfurt am Main 1986
- Wendt**, Wolf Rainer: Geschichte der Sozialen Arbeit 1. Die Gesellschaft vor der sozialen Frage. Stuttgart 2008
- Zionistische Vereinigung für Deutschland** (Hrsg.): Was will der Zionismus? Berlin 1906 ([http://www.archive.org/stream/waswillderzioni00unknoog/waswillderzioni00unknoog\\_djva.txt](http://www.archive.org/stream/waswillderzioni00unknoog/waswillderzioni00unknoog_djva.txt))

**Zusammenfassung** | Im letzten Jahrzehnt wurden durch gesundheitspolitische und gesetzgeberische Entscheidungen gesundheitsökonomische Veränderungen im Gesundheitswesen umgesetzt, die zu veränderten Bedingungen im Arbeitsfeld der stationären Pflege sowie der Kliniksozialarbeit geführt haben. Die Parallelität der Strukturen beider Berufsfelder an der Schnittstelle interdisziplinärer Kooperation wird beispielhaft an den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung, Case Management und Beratung aufgezeigt.

**Abstract** | During the last decade conventions of health policies and legislative acts entailed changes in health economics within the health care system leading to changed circumstances within the field of work regarding inpatient care and clinical social work. The parallelism within the structure of both occupational areas along the interface of interdisciplinary cooperation are exemplified by the action fields health promotion, case management and guidance.

**Schlüsselwörter** ► Sozialdienst im Krankenhaus  
 ► Pflege ► Berufsbild ► Kooperation  
 ► Gesundheitsförderung ► Case Management

**Einführung** | Die Soziale Arbeit sowie die Pflege erlebten seit der Entstehung der beiden Berufsbilder einen mehrfachen Wandel durch gesellschaftliche Veränderungen. Historisch betrachtet entwickelten sich beide Berufsfelder ausschließlich als Frauenberufe. Heute hat sich das Bild dahingehend verändert, dass sowohl in der Pflege als auch in der Sozialen Arbeit zirka 20 Prozent Männer arbeiten (vgl. *Statistisches Bundesamt* 2010b). Die Pflege gilt aber nach wie vor als Frauenberuf, obwohl einige pflegerische Handlungsfelder wie die Intensivpflege und die psychiatrische Pflege bevorzugt von Männern gewählt zu werden scheinen, wenngleich sich dies nicht signifikant in der Vergleichsstatistik abzeichnet. Dagegen finden sich bei den Rettungsassistentinnen und -assistenten entgegengesetzte Zahlen: Zirka 80 Prozent der Angehörigen dieses Berufs sind männlich (vgl.

*Statistisches Bundesamt 2002).* Die Soziale Arbeit ist ebenfalls ein von Frauen dominiertes Berufsfeld, in dem Männer insbesondere in bestimmten Handlungsfeldern arbeiten, unter anderem in der Straßensozialarbeit und in der Bewährungshilfe (vgl. Ganß 2011).

Pflege und Soziale Arbeit befinden sich in einem Prozess tiefgreifender Veränderungen, in dem sich – auch bedingt durch die gesellschaftlichen Veränderungen – für beide Berufsbilder neue Herausforderungen ergeben. Der Weg ist durch die Alterung der Gesellschaft und damit einhergehende altersassoziierte Erkrankungen geprägt. Eine der größten Herausforderungen stellt derzeit insbesondere für die Pflege die Demenz dar. Auch die Multimorbidität hat starke Auswirkungen auf beide Berufsfelder. Neben dem Anstieg von Pflegebedürftigkeit und der Notwendigkeit des Ausbaus von Versorgungsstrukturen im Kontext von Pflege bedeutet dies für die Soziale Arbeit insbesondere, den Fokus auf die Niedrigschwelligkeit der (Beratungs-)Angebote zu richten.

Eine weitere Herausforderung in der sozialarbeiterischen und pflegerischen Versorgung ist die Migration, die nicht zuletzt durch die Pluralisierung der Gesellschaft verschiedene Dimensionen beeinflusst. Zum einen ist in der aktuellen Situation des beginnenden Mangels an Pflegefachkräften die Arbeitsmigration zu nennen. In zunehmendem Maße kommen Pflegende mit unterschiedlichem Qualifikationshintergrund aus der Europäischen Union (insbesondere aus den östlichen Mitgliedsstaaten) und dem Nicht-EU-Ausland nach Deutschland, um in der Pflege zu arbeiten. Zum anderen ist in Bezug auf Klientinnen beziehungsweise Klienten und Patientinnen beziehungsweise Patienten mit Migrationshintergrund hervorzuheben, dass die interkulturelle Soziale Arbeit bereits auf eine lange Tradition zurückblickt, wohingegen die transkulturelle Pflege in deutschen Zusammenhängen jüngeren Ursprungs ist.

Die Basis für das professionelle Handeln als Sozialarbeiterin beziehungsweise Sozialarbeiter und als Pflegekraft ist interkulturelle (vgl. Thomas u.a. 2003) beziehungsweise transkulturelle Kompetenz (vgl. Zieke-Nadkarni 1997). Ausgehend von der These, dass die Kulturen und Religionen nicht separat nebeneinander stehen, sondern sich durch das Zusammenleben und -wirken miteinander vermischt haben, wird heute von Transkulturalität gesprochen (vgl. Domenig

2001). Im Vergleich der beiden Berufsfelder Soziale Arbeit und Pflege eignet sich beispielhaft die Schnittstelle zwischen der Kliniksozialarbeit einerseits und der Pflege im stationären Kontext andererseits. Das Setting Krankenhaus bietet für beide Berufsfelder vergleichbare Strukturen und Ähnlichkeiten in den Handlungsfeldern im Sinne der interdisziplinären Kooperation. Dies beinhaltet dieselben institutionellen Rahmenbedingungen sowie das Schnittstellenmanagement im professionellen Handeln, beispielsweise im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention, Beratung sowie Case Management.

Das Ineinandergreifen an dieser interdisziplinären Schnittstelle im beruflichen Handeln wird durch gesundheitspolitische und gesetzgeberische Veränderungen auf den Prüfstand gestellt und zieht zwangsläufig Diskussionen über die Zuständigkeiten von Sozialer Arbeit und von Pflege nach sich. Die sich daraus ergebenden ökonomischen Veränderungen führen in der Konsequenz zu strukturellen Anpassungen, die sich konkret auf die sozialarbeiterische und pflegerische Arbeitsgestaltung und -organisation im täglichen beruflichen Handeln auswirken. Beispiele hierfür sind die Zuständigkeit für das Entlassungsmanagement sowie die Begleitung und Beratung der Familien von Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig steigt die Komplexität des Versorgungsbedarfs. Dies hängt zusammen mit der Vielschichtigkeit der Situationen, der bereits erwähnten Multimorbidität im Alter, der Herausforderung Demenz, dem Migrationshintergrund sowie dem weiteren psychosozialen Bedarf, der heute aufgrund des Wandels in Richtung einer flexibilisierenden, individualisierenden Gesellschaft meist nicht mehr so umfassend von der Familie<sup>1</sup> aufgefangen wird.

Die Paradigmenwechsel in beiden Feldern beeinflussten die Professionalisierungs- und Akademisierungsprozesse stark. In der vergleichenden Betrachtung ist für die Einschätzung der zwei Disziplinen von hoher Relevanz, dass die Professionalisierungs- und Akademisierungsbestrebungen in der Sozialen Arbeit Jahrzehnte früher begannen. Dies hängt mit dem Stellenwert der jeweiligen Berufe im hierarchischen Geflecht zusammen, wurde aber auch in starkem Maße durch gesellschaftliche, politische und ökonomische Hintergründe beeinflusst. So gibt es

<sup>1</sup> Der Begriff der Familie wird von der Autorin in umfassendem Sinne verstanden und beinhaltet die jeweilige Wahlfamilie eines Menschen. Das können Angehörige, Freundinnen und Freunde, Nachbarinnen und Nachbarn etc. sein.

seit den 1970er-Jahren die Hochschulqualifikation zur Sozialarbeiterin und -pädagogin<sup>2</sup> beziehungsweise zum Sozialarbeiter und -pädagogen, jedoch erst seit 2004 den ersten grundständigen berufsqualifizierenden Pflegestudiengang.<sup>3</sup> Dass sich weiterhin besonders Frauen für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege entscheiden, scheint sich auch durch die Akademisierung der Pflegeausbildung nicht zu ändern.

Die Sozialarbeitswissenschaft hat sich aus den Sozialwissenschaften herausgebildet und konnte sich im Gegensatz zur vergleichsweise recht jungen Pflegewissenschaft sehr viel früher etablieren. Dies hat ebenfalls gravierende Auswirkungen auf die Praxis, denn die Soziale Arbeit kann auf einen enormen Fundus an theoretischen Erkenntnissen zurückgreifen, während die Pflege einerseits lediglich begrenzte pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zur Verfügung hat, aber andererseits gleichzeitig auch in hohem Maße von den Bezugswissenschaften profitiert.

Für Sozialarbeiterinnen und -arbeiter und Pflegefachkräfte ist die Beziehungsgestaltung im professionellen Handeln von immenser Bedeutung. Die Orientierung an den Klientinnen und Klienten beziehungsweise Patientinnen und Patienten hat sich als Anspruch etabliert und die theoretischen Ansätze für die Beziehungsarbeit sind vielfältig. Ein Beispiel ist der systemische Ansatz. Sowohl die Soziale Arbeit als auch die Pflege setzen sich zum Ziel, die Klientinnen und Klienten beziehungsweise Patientinnen und Patienten nicht ausschließlich als Individuen zu sehen, sondern die Kontextbedingungen zu betrachten und das psychosoziale Umfeld wie beispielsweise die Familie mit einzubeziehen. Der biopsychosoziale Ansatz der Kliniksozialarbeit fokussiert den Mensch in seiner Umwelt (person-in-environment, vgl. *Pauls 2004; Cooper; Granucci Lesser 2002*). Soziale Arbeit versteht sich als multidimensionales Konstrukt und integriert die Komponente der sozialen Dimension (vgl. *Spreng 2007*).

In der Pflege wird der Mensch ebenfalls in seiner Vielfältigkeit sowie unter den Aspekten seiner Umwelt gesehen und auch der biopsychosoziale Ansatz wird berücksichtigt (vgl. *Badura 1996*). An dieser

**2** Zum Beispiel wurde 1971 die staatliche Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (FHSS), heute Alice Salomon Hochschule Berlin (vgl. [www.ash-berlin.eu](http://www.ash-berlin.eu)), gegründet.

**3** Bachelor of Nursing an der Evangelischen Hochschule Berlin (vgl. [www.eh-berlin.de](http://www.eh-berlin.de)).

Stelle sei auf einen pflegetheoretischen Hintergrund verwiesen, dessen Wurzeln lange zurückreichen, der jedoch nach wie vor in Deutschland wenig Verbreitung findet: die Theorie des systemischen Gleichgewichts nach *Friedemann* (vgl. *Friedemann; Köhlen 2010*). Sie beschreibt die familien- und umweltbezogene Pflege. Insbesondere im Kontext ambulanter Pflege und explizit der Kinderkrankenpflege gibt es in Deutschland einzelne an ihr angelehnte Projekte.<sup>4</sup>

Parallel zu den Bestrebungen, die Familie und Umwelt in die sozialarbeiterische und pflegerische Arbeit mit einzubeziehen und beispielsweise in der Kliniksozialarbeit gemeinsame Familiengespräche bezüglich einer Anschlussheilbehandlung zu führen oder in der stationären Pflege die Familie in den Pflegeprozess einzubinden, geraten die beiden Berufszweige aufgrund der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens deutlich unter Druck. Kürzere Krankenhausverweildauern, höhere Fallzahlen und dadurch bedingt eine stärkere Arbeitsdichte bei den Kliniksozialarbeiterinnen und -arbeitern und Pflegefachkräften auf den Stationen sind lediglich einige der Auswirkungen. In kürzerer Zeit ist eine höhere Anzahl pflegebedürftiger Menschen und ihrer Familien zu versorgen, zu pflegen, zu beraten, zu begleiten (vgl. *Statistisches Bundesamt 2010a*).

Nachfolgend werden die drei ausgewählten Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention, Case Management sowie Beratung aus beiden Perspektiven näher beleuchtet.

**Gesundheitsförderung und Prävention in beiden Berufsfeldern** | Im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention bildet das Gesundheitssystem für die beiden Berufsfelder Pflege und Soziale Arbeit den Bezugspunkt. Aus unterschiedlichen Perspektiven sowie mit verschiedenen Schwerpunktsetzungen werden die Bereiche von Gesundheitsförderung und Prävention in der heutigen Zeit als Querschnittsaufgabe gesehen. Betrachten wir die speziellen Handlungsfelder der Kliniksozialarbeit sowie der Pflege im stationären Kontext, bleiben den Sozialarbeiterinnen und -arbeitern sowie den Pflege-

**4** Die Theorie des systemischen Gleichgewichts nach *Friedemann; Köhlen* wird vom Studiengang Bachelor of Nursing an der Evangelischen Hochschule Berlin als erstem grundständigen berufsqualifizierenden Studiengang in der Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland als theoretische Fundierung für das Curriculum genutzt.

fachkräften nicht mehr so viele Möglichkeiten wie früher, gesundheitsförderliche und präventive Interventionen einzuleiten beziehungsweise durchzuführen. Die Begründungszusammenhänge zwischen der Ökonomisierung und der verkürzten direkten Kontaktzeit mit den Klientinnen und Klienten sowie den Patientinnen und Patienten werden an dieser Stelle erneut als gegeben vorausgesetzt.

Dennoch haben jede Sozialarbeiterin, jeder Sozialarbeiter und jede Pflegekraft die Chance, ihr professionelles Handeln gesundheitsförderlich und präventiv auszurichten. So bietet beispielsweise der salutogenetische Ansatz viele Möglichkeiten, auch in der Kürze der Zeit die Perspektive auf die Ressourcen der Klientinnen und Klienten zu richten (vgl. Antonovsky 1997). Seien es traditionelle Handlungsfelder wie die Ernährungsberatung im Kontext der Patientenversorgung, die Aufklärung über körperliche Bewegung im abschließenden sozialarbeiterischen Beratungsgespräch oder der systemische Ansatz, der gemeinsam mit der Klientin und dem Klienten neben den personellen auch deren soziale Ressourcen herausarbeitet.

14

In beiden Berufsfeldern ist im Setting Krankenhaus die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten so stark reduziert, dass längere Beratungsprozesse die Ausnahme bilden. Dies erschwert einen intensiveren Prozess, führt zu einer höheren Anzahl an Versorgungsschnittstellen und schränkt die Möglichkeiten gesundheitsförderlichen und präventiven Handelns der Kliniksozialarbeit sowie der stationären Pflege deutlich ein.

### Case Management in beiden Berufsfeldern |

Die Implementierung von Case Management in den unterschiedlichen Handlungsfeldern nimmt zwar zu, dennoch hat sie in die Strukturen des Gesundheitssystems noch relativ wenig Einzug gehalten. In der Sozialen Arbeit ist das Case Management etabliert und aus vielen Prozessen kaum noch wegzudenken, in der Pflege dagegen setzt sich das Konzept nur zögerlich durch. Bezogen auf die Kliniksozialarbeit und die Pflege im stationären Kontext dient das Case Management in Krankenhäusern und Kliniken vorzugsweise der Fallsteuerung, um Prozesse ökonomisch zu optimieren. Dies hängt mit dem derzeitigen Abrechnungsverfahren des DRG-Systems (diagnosis-related group) zusammen, nach dem Krankenhäuser und Kliniken von den Kostenträgern anhand von

Fallpauschalen für Diagnosen vergütet werden. Der tatsächlich erfolgte medizinisch-pflegerische Aufwand ist für die Abrechnung irrelevant. In der Konsequenz bedeutet das für Krankenhäuser, dass sie für etwaige Mehrkosten selbst aufkommen müssen.

Die Klientenorientierung ist die oberste Prämisse des Case Managements, doch lässt sie sich in den momentanen Krankenhausstrukturen aufgrund der geringen Zeitressourcen nur unzureichend umsetzen. „Der durch das DRG-System initiierte Effizienzdruck wird die durchschnittliche Verweildauer noch weiter verringern. [...] Weniger Betten in einem Krankenhaus werden in der Umsetzung zu einer weit zunehmenden Intensität des gesamten Leistungsgeschehens führen und erhebliche Folgewirkungen für [...] Organisation und Zusammenarbeit haben“ (Kölking 2007, S. 43 ff.). Eine Umstrukturierung von Arbeitsprozessen ist notwendig, um die angestrebte Optimierung der Organisation zu erreichen. Somit richtet sich die Krankenhausstruktur an den Klientinnen und Klienten sowie den Patientinnen und Patienten und auch am Versorgungsprozess selbst aus.

Das Case Management dient der Optimierung der Versorgungsqualität durch die Koordinierung und Steuerung des Versorgungsprozesses. Mit diesem Ziel wird der erkrankte Mensch in den Mittelpunkt gestellt. Doch sowohl Kliniksozialarbeiterinnen und -arbeiter als auch Pflegende haben als Case Managerinnen und Manager bestimmte Fallzahlen zu erfüllen. Waren bisher in diesen Prozessen fast ausschließlich Sozialarbeiterinnen und -arbeiter als Case Managerinnen und Manager für diese Arbeit zuständig, beginnt die Pflege das Feld des Case Managements – wenn auch sehr zögerlich – für sich zu entdecken. Ob nun die Kliniksozialarbeiterinnen und -arbeiter oder die Pflegefachkräfte das Case Management übernehmen sollten, lässt sich nicht abschließend beurteilen, da beide – wenn sie die entsprechende Qualifikation erworben haben – aus ihrer Perspektive mit ihrem professionellen Hintergrund grundsätzlich geeignet sind. Die Kliniksozialarbeiterin und der Kliniksozialarbeiter haben durch ihren Blick auf das stationäre Setting die Möglichkeit, die stationären Versorgungsstrukturen zu analysieren und die Kontinuität in der Versorgung zu gewährleisten, indem Versorgungsbrüche vermieden werden. Erfolgt das Case Management hingegen beispielsweise im Rahmen der Bezugspflege, kann aufgrund

der gewachsenen Pflegebeziehung der Bedarf der Patientin beziehungsweise des Patienten nach der Entlassung zu Hause sehr gut eingeschätzt werden. In beiden Fällen ist die interdisziplinäre Kooperation von hoher Relevanz – nicht nur mit der jeweils anderen Profession, sondern auch mit den anderen beteiligten Berufsgruppen wie Ärzten, Ärztinnen sowie Therapeutinnen und Therapeuten. Bei der Implementierung und Durchführung des Case Managements steht die Frage im Zentrum, ob sich das Konzept in den bestehenden Strukturen etablieren lässt oder eine Umstrukturierung nötig ist. Dies erfordert ein optimales Prozessmanagement. Bereits 2005 beschrieben Ewers und Schaeffer diese Aufgabe als große Herausforderung (vgl. Ewers; Schaeffer 2005).

### Stellenwert der Beratung in den beiden

**Berufsfeldern** | Bereits seit Mitte der 1970er-Jahre bezieht sich die sozialpädagogische und sozialarbeiterische Beratung auf die Lebenswelt der Klientinnen und Klienten. Insbesondere systemische beziehungsweise lebensweltorientierte Konzepte (vgl. Thiersch 2005) finden in diesem Zusammenhang Anwendung und die Kliniksozialarbeit bildet hierin keine Ausnahme. Doch das Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit hat sich seit der Jahrtausendwende verändert, beispielsweise durch die bereits erwähnte Einführung der DRGs. Die Kliniksozialarbeit entwickelt sich in Richtung einer administrativen, verwaltungsnahen Tätigkeit, in der für die Klientinnen, Klienten, Patientinnen und Patienten Anträge gestellt und bearbeitet werden müssen oder beispielsweise die Nachsorge reguliert werden muss. Durch die verkürzte Liegedauer erhöht sich die Fallzahl für die Kliniksozialarbeiterinnen und -arbeiter.

Für die Pflegefachkräfte haben die Einführung der DRGs und die verstärkte Ökonomisierung der Pflege ebenfalls gravierende Veränderungen mit sich gebracht. Ebenso wie in der Kliniksozialarbeit steigt die Notwendigkeit der pflegerischen Dokumentation. Konträr zur Ökonomisierung ist die Entwicklung durch die Novellierung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 2004 zu beobachten, die zu den Schwerpunkten des professionellen Handlungsfeldes ausdrücklich die Beratung und Prävention zählt. Dies muss in der Ausbildung bereits aufgegriffen und fundiert vermittelt werden. Pflegerisches Handeln impliziert schon seit jeher Beratung. Jetzt wurde diese Aufgabe durch die gesetzliche Grundlage expliziert. Neben der tätigkeits-

bezogenen Beratung ist die Beratung im systemischen Sinne als Begleitung und Unterstützung des Menschen in seiner Krankheits- und Krisensituation Teil des professionellen pflegerischen Handelns. Dagegen ist die Beratung für die Soziale Arbeit seit jeher ein originäres Handlungsfeld, das zwar im Studium einen großen Raum einnimmt, sich allerdings in der Umsetzung in der Kliniksozialarbeit ebenfalls in die straffen Strukturen einfügen muss.

Beide Berufsfelder sind für die Beratung verantwortlich. Allerdings werden hierbei differierende Schwerpunkte aus den unterschiedlichen Perspektiven heraus gesetzt, aber durchaus mit sich überschneidenden Themen wie beispielsweise die psychosoziale Situation der Patientinnen und Patienten, die Beziehungsgestaltung innerhalb der Familie, die Ängste aufgrund einer Diagnosemitteilung, die Konsequenzen einer Erkrankung, der individuelle Umgang mit Schmerzen und nicht zuletzt die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens. Und beiden Berufsgruppen ist gemeinsam: Kliniksozialarbeiterinnen und -arbeiter sowie Pflegefachkräften fehlt im Krankenhausalltag häufig die Zeit für Beratungsprozesse.

**Schlussbemerkungen** | Die Entwicklungen und strukturellen Veränderungen im Gesundheitssystem bleiben für beide Berufsfelder nicht ohne Folgen: Gesundheitliche, also sozialarbeiterische und pflegerische Versorgungsstrukturen in Kliniken und Krankenhäusern verändern sich. Die Pflege dringt in Bereiche der Kliniksozialarbeit vor, neue Arbeitsfelder wie das Case Management im Krankenhaus entstanden und entstehen auch zukünftig. Die gesetzlichen Grundlagen werden überarbeitet und verändert, die Gesundheitsreformen bringen nachhaltige Veränderungen mit sich. Das jeweils eigene berufliche Feld muss an den Grenzen der Interdisziplinarität zum Teil neu ausgehandelt werden. Dennoch scheint dadurch bisher wenig Kompetenzgerangel an der Schnittstelle zu entstehen.

Veränderte Aufgabenbereiche oder die Übernahme bestimmter Tätigkeiten bedingen den Erwerb neuer Kompetenzen. Demnach ist im Kontext der Professionalisierungs- und Akademisierungsbestrebungen in beiden Bereichen zu prüfen, ob die bisherige Qualifizierung ausreichend auf die aktuellen und zukünftigen professionellen Handlungsfelder ausgerichtet ist.

Dennoch werden wesentliche Aufgaben des professionellen Handelns nicht in ausreichendem Maße und mit Zufriedenheit ausgeführt werden können, solange die Strömungen gegenläufig sind: Nämlich einerseits (Pflege-)Personal im Krankenhaus abgebaut wird, andererseits aber die Zahl der zu versorgenden Menschen zunimmt. Dies betrifft gesundheitsförderliche und präventive Interventionen ebenso wie Beratungsangebote und den Einsatz des Case Managements. Individuelle sozialarbeiterische und pflegerische Versorgung unter Einbezug des Systems der Familie wird durch die Ökonomisierung konterkariert. Diese Entwicklungen haben erhebliche, noch nicht im Ansatz erkannte Auswirkungen auf den beruflichen Alltag beider Disziplinen.

Über die Frage, ob der Anspruch einer an den Klientinnen, Klienten, Patienten und Patientinnen orientierten Versorgung sowohl in der Kliniksozialarbeit als auch in der Pflege im stationären Kontext nicht mehr eingelöst wird, kann an dieser Stelle nur gemutmaßt werden. Doch die Auswirkungen der Arbeitsbelastung und der aus den strukturellen Veränderungen sich ergebenden Umstrukturierung in der Arbeitsorganisation sind nicht von der Hand zu weisen. Kurzfristig gedachte Reformen, die ökonomisch nur kurzfristig wertvoll sind, beheben nicht die aufgezeigten Schwierigkeiten, sondern erzeugen neue Problemfelder, die für die Sozialarbeiterinnen und -arbeiter sowie die Pflegefachkräfte bereits deutlich spürbar sind. Dies wird die Versorgungslandschaft nachhaltig beeinflussen und die Qualität der Versorgung verändern.

**Professor Dr. Erika Feldhaus-Plumin** ist Kinderkrankenschwester und Sozialarbeiterin. Sie lehrt im Studiengang Bachelor of Nursing an der Evangelischen Hochschule Berlin, Teltower Damm 118-120, 14167 Berlin, E-Mail: feldhaus-plumin@eh-berlin.de

## Literatur

- Antonovsky, A.:** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (erweiterte deutsche Ausgabe von A. Franke). Tübingen 1997
- Badura, B.:** Arbeit im Krankenhaus. In: Badura, B.; Feuerstein, G.: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim/München 1996
- Cooper, M.G.; Granucci Lesser, J.:** Clinical Socialwork Practice. An Integrated Approach. Boston 2002
- Domenig, D.:** Professionelle transkulturelle Pflege. Bern 2001

**Ewers, M.; Schaeffer, D.:** Casemanagement als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: dies. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern 2005

**Friedemann, M.-L.; Köhlen, C.:** Die familien- und umweltbezogene Pflege. Bern 2010

**Ganß, P.:** Männer auf dem Weg in die Soziale Arbeit. Leverkusen/Opladen 2011

**Kölling, H.:** Strukturelle Auswirkungen des DRG-Systems im Krankenhaus. In: Kölling, H. (Hrsg.): DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft. Stuttgart 2007

**Pauls, H.:** Kliniksozialarbeit, Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim/München 2004

**Spreng, G.:** Kliniksozialarbeit bei chronischer Erkrankung. In: Sozialmagazin 4/2007

**Statistisches Bundesamt:** Statistisches Jahrbuch 2002. Wiesbaden 2002

**Statistisches Bundesamt:** Pflegestatistik 2009. Wiesbaden 2010a

**Statistisches Bundesamt:** Statistisches Jahrbuch 2010. Wiesbaden 2010b

**Thiersch, H.:** Lebensweltorientierte soziale Arbeit. Weinheim 2005

**Thomas, A. u.a.:** Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Göttingen 2003

**Zielke-Nadkarni, A.:** Theoretische Grundlagen der interkulturellen Pflege. Curare Sonderband 10/1997