

Soziale Beratung von kranken Menschen

Der Beitrag der Sozialen Arbeit zur Versorgung im Krankenhaus

Kathrin Hahn

Zusammenfassung

Was leistet Soziale Arbeit im Krankenhaus? Worin besteht ihr Beitrag bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten? Die Ergebnisse einer repräsentativen Studie in Hamburger Krankenhäusern zeigen, dass der Sozialdienst durch sein Aufgabenspektrum und seine inhaltliche Bandbreite an Beratungsthemen eine hohe Kompetenz im Umgang mit den kranken Menschen besitzt. Es fehlt ihm jedoch an konzeptioneller Sicherheit, vor allem hinsichtlich seiner Ziele und Leitbilder.

Abstract

What is the role of social work in hospital settings? What is its contribution to the care of patients? The results of a representative study in Hamburg hospitals show that social service, due to its broad range of tasks and its diversity of topics for consultation, is highly competent in dealing with ill people. However, it lacks in conceptual determination, particularly with regard to goals and guidelines.

Schlüsselwörter

Sozialdienst im Krankenhaus – Beratung – Patient – Funktion – Handlungskompetenz – Konzeption

1. Einleitung

Die Soziale Beratung des Krankenhaussozialdienstes gehört zu den zentralen Elementen eines erfolgreichen Behandlungsprozesses im Krankenhaus, insbesondere bei älteren Menschen. Deren medizinische, pflegerische, psychosoziale und finanzielle Versorgung insbesondere nach ihrer Entlassung könnte ohne die Leistungen des Sozialdienstes nicht umfassend und in ihrer Komplexität sichergestellt werden. Doch der Blick auf die Bedingungen, unter denen der Sozialdienst aktuell tätig wird, führt zu einer recht pessimistischen Einschätzung der Lage. Arbeiten unter Zeitdruck bei immer kürzeren Verweildauern, Dominanz des Entlassungsmanagements, Konkurrenz mit anderen Berufsgruppen, die Notwendigkeit, die eigene Tätigkeit zu rechtfertigen, sowie reale Existenzsorgen prägen derzeit dieses sozialpädagogische Arbeitsfeld. Die Soziale Arbeit im Krankenhaus befindet sich in einer geschwächten Position. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse einer repräsentativen empirischen Studie zur sozialen Beratungsarbeit in den Hamburger Krankenhaussozialdiensten

sollen im Folgenden trotz dieser prekären Entwicklung einige optimistische Schlüsse gezogen werden. Die Frage, die dabei zugrunde liegt, lautet: Welche ungenutzten Möglichkeiten und Ansatzpunkte bieten sich, um einen Perspektivwechsel, vor allem hinsichtlich des Stellenwertes des Sozialdienstes, zu realisieren und den professionellen Standort zu festigen?

2. Zum methodischen Vorgehen der Studie

Die Erhebung in den Krankenhaussozialdiensten wurde im Rahmen des Forschungsprojektes „Beratung im Altenhilfesystem“ an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Soziale Arbeit und Pflege, unter der Leitung von Professor *Mary Schmoecker* durchgeführt (Laufzeit: März 2002 bis Februar 2006). Forschungsanliegen war die Erstellung einer empirisch fundierten Synopse der Beratungsangebote im Hamburger Altenhilfesystem als Basis für deren Weiterentwicklung. Ein Schwerpunkt des Interesses lag auf der sozialen Beratung als Handlungsmethode (*Ansen* 2006), um der Frage nach Standards zur Qualitätssicherung in diesem Arbeitsfeld nachzugehen. Alle Institutionen, in denen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ältere Menschen und ihre Angehörigen beraten, wurden berücksichtigt. Dies sind in Hamburg neben dem Krankenhaussozialdienst die drei behördlichen Beratungs- und Unterstützungsstellen Seniorenberatung, Beratungsstelle für Körperbehinderte und Sozialpsychiatrischer Dienst, die in den sieben Hamburger Bezirken zwischen einem und acht Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter beschäftigen, sowie die Sozialdienste in den stationären Einrichtungen von „pflegen und wohnen“ und offene Beratungsangebote. Insgesamt wurden im Rahmen der Erhebung 114 in der Beratung Tätige zu ihrer Arbeit befragt. Der Krankenhaussozialdienst stand dabei im Mittelpunkt, da er eine Schlüsselfunktion innerhalb des Versorgungssystems für ältere Menschen besitzt. Nicht selten beginnt mit einem Krankenhausaufenthalt eine grundlegende Veränderung des gewohnten Lebens, der sich ältere Patientinnen und Patienten stellen müssen und die den Einstieg in institutionelle Versorgungssysteme bedeuten kann.

Im Zeitraum von Juli 2003 bis Januar 2004 wurden 49 Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen aus den Sozialdiensten in 29 Krankenhäusern auf der Grundlage leitfadengestützter Experteninterviews befragt (*Meuser; Nagel* 2003, *Liebold; Trinczek* 2002). Um möglichst viele Sozialdienstmitarbeitende zu erreichen, wurden mithilfe einer entsprechend adaptierten Methode telefonische Interviews durchgeführt (*Schnell* u. a. 2005, S. 363 ff.). Dieses Vorgehen ermöglichte die Gewinnung repräsentativen Daten-

materials bei gleichzeitiger Nutzung der Vorteile offener Erhebungsverfahren, vor allem die Berücksichtigung eigener Sichtweisen und Schwerpunktssetzungen der Befragten (Flick 1999, S. 143 ff.). Der Leitfaden, der als Erhebungsinstrument konzipiert wurde, enthielt 19 offene und acht geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortalternativen. Er strukturierte das Interview thematisch in Angaben zur Angebotsstruktur, zu den konzeptionellen Grundlagen, zum Profil der Beratenden, zum Kreis der Klientel, zu Beratungsanlässen, Zugangswegen und Kontaktformen, zu den Unterstützungsformen, zu Spannungsfeldern der Beratungsarbeit, zur Kooperation und Vernetzung sowie zu den Perspektiven des Sozialdienstes aus Sicht der Mitarbeitenden. Alle zum Zeitpunkt der Befragung öffentlichen und fast alle freigemeinnützigen Krankenhäuser Hamburgs konnten in die Untersuchung einbezogen werden, wobei in Sozialdiensten mit mehr als einem Mitarbeiter eine repräsentative Stichprobe gezogen wurde. Berücksichtigung fanden sowohl somatische als auch psychiatrische Stationen, auf denen ältere Menschen betreut werden. Lediglich zwei Sozialdienste lehnten eine Beteiligung ab. Drei freigemeinnützige Krankenhäuser beschäftigten keinen eigenen Sozialdienst. Aufgrund der hohen Beteiligungsquote liegen repräsentative Befunde vor. Die Datenqualität ist dank der Auskunftsbereitschaft der Befragten ausgesprochen hoch. Im Durchschnitt betrug die Interviewdauer 34,7 Minuten. Nach Abschluss der Datenauswertung wurden die Ergebnisse im Rahmen eines Expertengesprächs mit 14 der Befragten abgestimmt und ergänzend diskutiert.

3. Ergebnisse

Die gewonnenen Einblicke in das professionelle Selbstverständnis der Sozialdienstmitarbeitenden liefern aufschlussreiches Material für die Identifizierung von Ansatzpunkten der Profilschärfung. Anhand der Darstellung der Untersuchungsergebnisse hinsichtlich konzeptioneller Elemente der sozialen Beratung im Krankenhaus, der Aspekte der Beratungsmethodik und ihrer Charakteristika sowie der Vorgehensweisen in der Praxis werden im Folgenden Schwachstellen und Potenziale herausgearbeitet. Dabei zeigt sich neben den besonderen Kompetenzen und Leistungen, den strukturellen Schwierigkeiten und den fachlichen Mängeln auch, wie die Befragten selbst die Wirkung ihrer Arbeit im Krankenhaus einschätzen.

3.1 Konzeptionelle Elemente und zentrale Aufgaben

Zu den zentralen Säulen professioneller Sozialer Arbeit gehören die Definition des Aufgabenbereichs

Bundespräsident Köhler: DZI stärkt Transparenz und Spendenbereitschaft



Der Bundespräsident im Gespräch mit Frau Stahmer

Bundespräsident Horst Köhler und Frau Eva Luise Köhler informierten sich am 10. Juli 2007 im Rahmen ihres Besuchs im Berliner Bezirk Steglitz-Zehlendorf über die Arbeit des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI), das dort seit über 50 Jahren ansässig ist.

„Nach meiner Erfahrung ist die Bereitschaft, sich bürgerschaftlich und für die Nöte Bedürftiger zu engagieren in Deutschland außerordentlich hoch.“ Die Arbeit des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen trage mit seiner Spenderberatung und dem Spenden-Siegel dazu bei, die Transparenz im Spendenwesen zu erhöhen und das Vertrauen der Öffentlichkeit in den gemeinnützigen Sektor zu stärken, erklärte der Bundespräsident bei seinem Gespräch mit der Vorsitzenden der Stiftung DZI Professorin Ingrid Stahmer, dem Geschäftsführer Burkhard Wilke und den leitenden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen Tanja Ibrahim und Christel Neff. Auch der Steglitzer Bezirksbürgermeister Norbert Kopp und die Stadträtin für Jugend, Schule und Umwelt Anke Otto nahmen an dem Treffen im Gutshaus Steglitz teil.

Burkhard Wilke
wilke@dzi.de

sowie die Formulierung fachlicher Ziele und Leitbilder, die der Bearbeitung der Aufgaben zugrunde liegen. Die vom Sozialdienst im Krankenhaus wahrgenommenen Aufgaben decken sich mit seinem gesetzlich definierten Auftrag, präzisieren diesen und gehen zum Teil über ihn hinaus. Eine Konkretisierung der gesetzlichen Verpflichtung des § 112 Abs. 2 Nr. 4 und Nr. 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V für die Hamburger Krankenhäuser regelt das Hamburgische Krankenhausgesetz (HmbKHG). Nach § 6 Abs. 2 HmbKHG besteht die Aufgabe des Sozialdienstes darin, „Patienten auf deren Wunsch hin in sozialen Fragen zu beraten und ihnen persönliche Hilfe zu gewähren, sie bei der Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen, bei der Nachsorge sowie bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und damit die ärztliche und pflegerische Versorgung im Krankenhaus zu ergänzen“.

Bei der Auswertung der Befragungsergebnisse kristallisiert sich die soziale Beratung eindeutig als Kernaufgabe heraus. Neben dieser Tätigkeit für die kranken Menschen nimmt auch die gesetzlich nicht explizit benannte Beratung von Angehörigen einen hohen Stellenwert ein. Inhaltlich wird ein sehr breites Spektrum abgedeckt. Besonders häufig wurde die Beratung in rechtlichen Fragen (30 Antworten) genannt, genauer in sozialrechtlichen Angelegenheiten von SGB V, SGB XI, BSHG (jetzt SGB XII) und des Schwerbehindertengesetzes (jetzt SGB IX). Ein weiterer Bereich ist die Krankheitsberatung (18 Antworten), vor allem bei Krebs- und Suchterkrankungen, gefolgt von Beratungen bezüglich ambulanter und stationärer Pflege (15 Antworten). Häufiger genannt wurden außerdem Gespräche in Wohnungsangelegenheiten (neun Antworten) und über finanzielle Fragen (fünf Antworten). Beratungen zur beruflichen Wiedereingliederung und zu Vormundschaften wurden vereinzelt angegeben.

Zusätzlich zur Sozialen Beratung verstehen neun der Befragten auch die Rehabilitationsberatung als ihre Aufgabe. Über die reine Beratungstätigkeit hinausgehende Aufgaben wurden vor allem in der Entlassungsvorbereitung gesehen (66 Prozent der Interviewten) sowie in der Vermittlung an andere Dienste, der Hilfe bei Antragstellungen, Kostenklärungen, der Organisation von Hilfen, Betreuungsanregungen, der psychosozialen Begleitung, der Krisenintervention und auf institutioneller Ebene in der Kooperation und Vernetzung. Im Resümee zeigt sich eine Vielzahl von Aufgaben, die sich der Sozialdienst selbst zuschreibt. Bemerkenswert ist hierbei, dass bezüglich der Einschätzung des Anteils der sozialen Beratung an der Gesamttätigkeit erhebliche Diskre-

panzen vorliegen. Diese waren im Vergleich zu den anderen befragten Institutionen des Altenhilfesystems im Krankenhaussozialdienst besonders ausgeprägt. Dort schwankte der Beratungsanteil zwischen 27,5 Prozent und 100 Prozent. Von 19 Befragten und damit am häufigsten angegeben wurde ein Beratungsanteil von 50 Prozent. Im Durchschnitt aller Befragten setzen sich die Aufgaben des Sozialdienstes zu 54,5 Prozent aus Beratung und zu 45,5 Prozent aus anderen Tätigkeiten zusammen.

Die Sozialdienstmitarbeitenden klagten mehrheitlich über eine inhaltliche Verschiebung des Aufgabenspektrums. Zwei Entwicklungen stehen aus ihrer Sicht für diese Tendenz. Zum einen übernimmt das Pflegepersonal mit der Organisation und Begleitung des Übergangs von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation und Pflege verstärkt Tätigkeiten, die der Sozialdienst für sich als originäres Aufgabefeld verstanden hat. Es ergeben sich Zuständigkeitsprobleme, die vom Sozialdienst vor allem als Verdrängung erlebt werden. Die Besonderheit und die Eigenständigkeit des Sozialdienstes sind nicht mehr eindeutig, sondern bedürfen der Rechtfertigung und Begründung innerhalb des Krankenhauses. Ein Teil der Befragten äußerte Existenzsorgen.

Zum anderen steht die Mitwirkung am Entlassungsmanagement häufig fachlichen Zielen der Sozialen Arbeit entgegen beziehungsweise lässt für deren Umsetzung nicht den nötigen Raum. Die institutionell an den Sozialdienst herangetragene Vorgabe der Verkürzung von Liegezeiten stellte sich als dominantes Thema im Zuge der Befragung heraus. Sie wird als eines der zentralen Hindernisse sozialarbeiterischen Handelns empfunden, das vor allem bei älteren Menschen greift. Hier erhöht sich bei der Sicherstellung von komplexem Versorgungsbedarf gerade chronisch Erkrankter der zeitliche Druck enorm, psychosoziale Hilfen müssen zurückstehen.

Strukturelle Rahmenbedingungen sind somit eine Ursache von inhaltlicher Aufgabenverschiebung. Die Ergebnisse der Studie verweisen allerdings auch auf konzeptionelle Schwachstellen, die es den Sozialarbeitern erschweren, die eigene berufliche Identität in Zeiten ökonomischer Optimierung zu behaupten.

3.2 Zielvorstellungen und Leitbilder

Die Frage nach der Existenz eines schriftlichen Konzeptes als Grundlage der Arbeit wurde von 20 Befragten verneint, 29 bejahten sie, wobei sich diese vor allem auf Arbeitsplatzbeschreibungen bezogen. Die Aufforderung, fachliche Ziele und Leitbilder zu definieren, brachte die Befragten zum Teil in Formu-

lierungsnot. Im Antwortverhalten ergaben sich viele Überschneidungen. Ziele und Leitbilder konnten nicht immer klar voneinander unterschieden werden.

Hinsichtlich der Ziele war den Befragten teilweise unklar, ob nach denen der Institution oder nach persönlichen Zielvorstellungen der Beratungsarbeit gefragt wurde. Dies deutet darauf hin, dass sich die Ziele von Mitarbeitenden nicht immer mit denen der Institution decken. Hier stellt sich die Frage nach dem Einfluss dieser Diskrepanz auf die Beratungsarbeit und nach Strategien des Umgangs mit ihr. Das am häufigsten genannte Ziel des Sozialdienstes im Krankenhaus war mit 25 Einzelnennungen die Sicherstellung der Versorgung der Patientinnen und Patienten, gefolgt von der psychosozialen Begleitung (20 Nennungen), worunter auch Krankheitsbewältigung und Krisen- und Konfliktbearbeitung gefasst wurden. Die Selbstbestimmung der Klientel im Hilfeprozess war für ungefähr ein Drittel der Befragten wichtig, ebenso die gute Informationsweitergabe. Ein Viertel nannte allgemein das Leisten von Hilfe und das Stärken von Selbsthilfekompetenzen. Nur neun Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter betrachteten den Erhalt beziehungsweise die Wiederherstellung der Selbstständigkeit als ein Ziel ihrer Arbeit. In sechs Fällen wurden auch Ziele des Arbeitgebers erwähnt: das Hinwirken auf schnelle Krankenhausesentlassung und Wirtschaftlichkeit. Weitere Ziele sind die Sicherstellung der Finanzierung, Patientenzufriedenheit (jeweils sechs Nennungen), Anwaltschaftlichkeit (drei Nennungen), die Sicherstellung gesellschaftlicher Teilhabe, das Nutzen von Ressourcen und Menschlichkeit (je zwei Nennungen).

Die Unsicherheit bei der Beantwortung der Frage nach den Leitbildern war besonders ausgeprägt. Trotz zusätzlicher begrifflicher Erklärungen der Interviewerin konnten in sechs Gesprächen keine Antworten gegeben werden. Das Fehlen eines einheitlichen, schriftlich festgelegten konzeptionellen Profils war hier besonders eklatant. Zu vermuten ist, dass die Sozialdienstmitarbeitenden zwar implizit an Leitbildern orientiert handeln, diese jedoch nicht bewusst reflektieren. Die fachlichen Grundsätze, auf denen ihre Beratungsarbeit beruht, sind somit nicht transparent, und zwar sowohl für sie selbst als auch für die Patienten und die anderen Berufsgruppen. Am wichtigsten ist den Beratenden, dass „der Patient im Mittelpunkt steht“ (39 Nennungen). Menschlichkeit und die Achtung der Menschenwürde, die auch schon unter den Zielen erwähnt wurden, ist das am zweithäufigsten vertretene Leitbild (23 Nennungen). 14 Antworten bezogen sich auf die ganzheitliche Betrachtung des Menschen in seinem sozialen Um-

feld. Stärkung von Selbsthilfekompetenzen (neun Nennungen), Orientierung an einem christlichen Selbstverständnis bei Krankenhäusern mit christlichem Träger (acht Nennungen) sowie die auch unter Zielen genannte Anwaltschaftlichkeit für die Klientel (drei Nennungen) sind weitere Leitbilder des Sozialdienstes. Weitere Antworten betrafen auch fachliches Wissen und Empathie.

3.3 Fazit – Konzeptionelle Stärken und Schwächen

Fasst man den in der Studie ermittelten Befund zum konzeptionellen Profil des Sozialdienstes zusammen und setzt ihn ins Verhältnis zum Stellenwert der Berufsgruppe innerhalb des Krankenhauses, so lässt sich festhalten: Hinsichtlich seines Tätigkeitszuschnitts wird der Sozialdienst unterbewertet und verkauft sich selbst auch unter Wert. Er sollte von den Zuständigkeitsquerelen mit anderen Berufsgruppen Abstand nehmen und sich auf seine originär sozialarbeiterische Ausrichtung besinnen. Nimmt er die in den Interviews ermittelten konzeptionellen Aufgaben, Ziele und Leitbilder ernst, so besitzt er die spezifische Kompetenz, um die Komplexität der Lebenslagen seiner Ratsuchenden bei der Bewältigung ihrer Alltagsprobleme zu berücksichtigen und dabei nicht die gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen erarbeiteten Ziele zu verlieren. Wie keine andere Berufsgruppe im Krankenhaus muss der Sozialdienst dazu die Handlungen der Ärzte und Ärztinnen, des Pflegepersonals und der Therapeuten im Blick haben. Dies professionell zu bewältigen, erfordert ein hohes Maß an situationsbezogener Flexibilität und Koordinierungsfähigkeit sowie die Anwendung eines breiten Wissensfundus. Die Untersuchung zeigt, dass die sozialen Fachkräfte mit der sozialen Beratung über eine geeignete Handlungsmethode verfügen, um den Anforderungen gerecht zu werden.

Wie kann es trotz dieser Leistungen sein, dass Sozialarbeit im Unterschied zu den anderen Berufsgruppen mit der Frage nach ihrer Bedeutung konfrontiert wird und ihre Existenz immer wieder begründen muss (*Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen* 2006a)? Da sind zunächst die sehr allgemein gehaltenen gesetzlichen Grundlagen. Eine bundesgesetzliche Vorschrift, Sozialarbeit im Krankenhaus vorzuhalten, gibt es nicht. Eine vage gehaltene Aufgabenbeschreibung erweist sich insofern als Nachteil, als sie je nach konjunktureller Lage vom Krankenhaus großzügig oder restriktiv ausgelegt werden kann (*Ansen* u. a. 2004, S. 23). Sicherlich liegt hier eine der Ursachen für die beklagte Aufgabenverschiebung. Die fehlende Spezifizierung

ihrer Rahmenbedingungen fordert somit die Soziale Arbeit im Krankenhaus besonders heraus, eine eigene qualifizierte Standortbestimmung vorzunehmen. Leider, so zeigt die Studie deutlich, liegen gerade hierin Versäumnisse des Sozialdienstes. Eine seiner wenigen, aber sehr gewichtigen Schwächen sind seine konzeptionelle Unsicherheit und Uneinheitlichkeit sowie die unzureichende theoretische und methodische Fundierung. Vor allem das fehlende begriffliche und methodische Verständnis von sozialer Beratung erweist sich als Verschwendung eines seiner größten Profilierungspotenziale. Die Befragten verhielten sich in den Interviews zu konzeptionellen Fragen viel zu unklar. Es lässt sich nur vermuten, wie wenig deutlich ihre Fachlichkeit im Krankenhausalltag werden muss, wenn sie schon im Rahmen einer Studie, in der sie gezielt danach gefragt werden, keine Klarheit zeigen. Ohne eigenständige, selbstbewusste berufliche Identität ist es tatsächlich schwierig, eine schleichende Aufgabenverschiebung rechtzeitig zu erkennen und abzuwenden. Die Übernahme „fachfremder“, organisatorisch-technischer Aufgaben kann dann sogar entlastend wirken. Die vorrangige Bearbeitung sozialrechtlicher Fragen, Antragstellungen und Kostenklärungen psychosozialer Hilfen verweisen insofern nicht nur auf strukturelle Rahmenbedingungen, sondern möglicherweise auch auf methodische Mängel.

4. Charakteristika und methodische Vorgehensweisen

Wie geht der Sozialdienst bei der Umsetzung seiner Aufgaben und Ziele vor? Wie sieht soziale Beratung im Krankenhaus praktisch aus? Es interessiert im Folgenden, welcher Personenkreis den Rat des Sozialdienstes sucht, wie er den Weg dorthin findet und welche Kontaktformen sich ergeben. Auch stellt sich die Frage, mit welchen inhaltlichen Anlässen und Themen der Sozialdienst konfrontiert wird, welche Formen der Unterstützung er anbietet und wie es um die Kooperation mit dem Versorgungssystem außerhalb des Krankenhauses bestellt ist.

4.1 Kontaktaufnahmen

Der Nutzerkreis setzt sich vor allem aus den Patientinnen und Patienten des Krankenhauses sowie deren Angehörigen zusammen. Es dominieren ältere Menschen. Bei 71,4 Prozent der Befragten liegt der Anteil der über 60-jährigen Rat Suchenden bei über 50 Prozent. Auch Mitarbeitende des Krankenhauses, insbesondere medizinische und pflegerische Kräfte, wurden von fünf Befragten als Nutzende benannt, vereinzelt auch externe Institutionen, wie Pflegedienste und Krankenkassen. Festgestellt werden konnte, dass die betroffenen älteren Menschen häufig nicht persönlich beraten werden, sondern ihre

Angehörigen oder gesetzlichen Betreuer und Betreuerinnen. In Aussagen wie „meistens sind es ja die Angehörigen, die kommen“ wird deutlich, dass es sich hierbei keinesfalls um Ausnahmen handelt, die sich auf Fälle beschränken, in denen ältere Menschen krankheitsbedingt soziale Beratung nicht selbst in Anspruch nehmen können.

Für die Sozialarbeit im Krankenhaus ist die Art und Weise des Zugangs der Rat Suchenden zum Angebot des Sozialdienstes von großer Bedeutung. Die Erhebung zeigt, dass der Kontakt in der Regel vermittelt über eine dritte Person, Berufsgruppe oder Institution entsteht und nur in wenigen Fällen direkt erfolgt (Hüpper, Slesina 2006). Ärzte und Ärztinnen sind hierbei mit Abstand die wichtigsten Vermittler, gefolgt vom Pflegepersonal und von Therapeuten. Auch interne Öffentlichkeitsarbeit, zum Beispiel schriftliche Informationen bei der Aufnahme, Mund-zu-Mund-Propaganda und Mitpatienten wurden erwähnt. Aus dem sozialen Umfeld sind es engere Angehörige, die den Kontakt herstellen beziehungsweise selbst die Beratung aufsuchen. Institutionen außerhalb des Krankenhauses spielen eher selten eine Rolle, und wenn doch, dann sind dies Krankenhaus und Pflegekassen. Nur 13 von 49 Befragten gaben an, dass sich Patienten persönlich an den Sozialdienst wenden, und nur sechs berichteten, dass die Beschäftigten des Sozialdienstes die Initiative ergreifen – durch ihre „zufällige“ Präsenz auf der Station oder die Teilnahme an der Visite. In den Interviews wurde immer wieder deutlich, dass dieser vermittelte Zugang erhebliche Erschwernisse für die Beratung mit sich bringt. Durch zu spätes Einschalten des Sozialdienstes muss unter enormem Zeitdruck gearbeitet werden, der sich durch die immer kürzer werdenden Liegezeiten noch potenziert.

4.2 Räumlichkeiten

Spezifisches Merkmal der sozialen Beratung im Krankenhaus ist auch ihr räumliches Setting. In Abhängigkeit vom Mobilitätszustand der kranken Menschen findet der Kontakt entweder am Bett der Rat Suchenden in Anwesenheit von Mitpatienten (61,2 Prozent) oder im Büro des Sozialdienstes (28,6 Prozent) statt. Beratungen von Angehörigen werden sehr viel häufiger im Büro durchgeführt. Des Weiteren wird auch in Aufenthaltsräumen, auf dem Flur (Tür-und-Angel-Gespräche) und im Arztzimmer beraten. Das Telefon spielt eine untergeordnete Rolle. Ein Befragter gab an, Hausbesuche durchzuführen.

4.3 Zuständigkeit und Kooperation

Die Ergebnisse zur Frage nach den Beratungsanlässen bestätigen die breite inhaltliche und thematische

Zuständigkeit des Sozialdienstes. Mit 57 Einzelnenungen steht die Organisation der Versorgung für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt deutlich im Vordergrund. Dabei dominiert die häusliche Versorgung vor der stationären. Psychosoziale Themen wie Einsamkeit, Suche nach Kontaktmöglichkeiten, Krankheitsbewältigung, Umgang mit der Krankheit und Entscheidungshilfen sind mit insgesamt 38 Angaben zwar häufig, aber nicht der Schwerpunkt. Sie werden ebenso oft bearbeitet wie finanzielle Fragen und Leistungsansprüche, vor allem Kostenregelungen. Weitere wichtige Beratungsthemen beziehen sich auf die pflegerische Versorgung, Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, Betreuungen und Krankheiten, vor allem Suchtproblematiken. Zum Teil werden auch Wohnungsprobleme oder Möglichkeiten verschiedener Wohnformen bearbeitet. Sonstige Themen liegen im Bereich Freizeit und Beruf.

Die Formen der Unterstützung sind umfassend. Der Sozialdienst informiert und vermittelt (je 100 Prozent der Befragten), leistet konkrete, unmittelbare Hilfen (97,9 Prozent), klärt Probleme (95,9 Prozent), interveniert in Krisensituationen (85,7 Prozent) und begleitet Patienten längerfristig (34,7 Prozent). Dabei arbeitet er mit einer großen Anzahl an Institutionen zusammen, vor allem mit Pflegediensten, Pflegeheimen, Kranken- und Pflegekassen, Behörden, Betreuungs- und Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Tagesstätten und Mahlzeitendiensten. Ob die institutionelle Kooperation über eine fallweise Zusammenarbeit hinausgeht, wurde nicht ermittelt. Allerdings sind alle befragten Sozialdienste in fachlichen Arbeitskreisen vernetzt, 57 Prozent der Befragten auch mehrfach. Hamburgweite Arbeitskreise werden dabei etwas häufiger besucht (71,1 Prozent) als stadtteilbezogene (64,4 Prozent).

4.4 Fachliche Kompetenzen

Bei der Bearbeitung ihrer Aufgaben setzen die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sozialrechtliches, psychosoziales, institutionenbezogenes und verwaltungstechnisches Wissen ein. Sie müssen – eigenen Einschätzungen zufolge – flexibel und kreativ sein, Organisationstalent besitzen und strukturiert und schnell arbeiten können. Wichtig seien auf psychosozialer Ebene Empathie, Kontaktbereitschaft und die Fähigkeit, eine Vertrauensbasis zu den Patienten herzustellen. Fachkenntnisse im kommunikativen Bereich wie Gesprächsführung und in speziellen Gebieten wie Medizin, Gerontologie und Psychologie sind erforderlich und müssen durch umfassendes Wissen über das Versorgungssystem ergänzt werden. Hervorgehoben wurde von den Interviewten auch die spezifische Kompetenz zur Arbeit

im Krankenhausbetrieb, vor allem die Fähigkeit zu multiprofessioneller Zusammenarbeit.

Noch eine weitere Kompetenz soll an dieser Stelle erwähnt werden, vor allem deshalb, weil diese von den Interviewten selbst nicht als solche wahrgenommen wurde: das Agieren im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen. Kranke, Angehörige, andere Berufsgruppen im Haus, Institutionen außerhalb des Krankenhauses sowie gesetzliche Rahmenbedingungen nehmen Einfluss auf die Sozialarbeit. Unterschiedliche, zum Teil überzogene Erwartungen und Interessenkollisionen bei den Beteiligten im Prozess der Beratung werden nicht nur als ein zentrales Konfliktpotenzial betrachtet, sondern versetzen Berater*innen auch in eine Vermittlerposition, die oft als Überforderung erlebt wird. Sich hier selbstbewusst und professionell zu behaupten, eine Position zu beziehen und zu vertreten, die Handlungsfähigkeit zu erhalten, ohne sich von einer Seite instrumentalisieren zu lassen, ist eine sehr anspruchsvolle Kompetenz, die es gilt, im Rahmen der Weiterentwicklung der Beratungsmethodik auszubauen.

5. Stärken und Schwächen in der sozialen Beratung

Der Blick in die Praxis bestätigt die im konzeptionellen Ansatz angelegten Stärken des Sozialdienstes. Durch die inhaltliche Bandbreite der Beratungsthemen, die sich auf alle Lebensbereiche alter Menschen beziehen können, und die vielfältigen Unterstützungsformen, die situativ zum Einsatz kommen, beweist der Sozialdienst seine hohe Kompetenz im Umgang mit komplexen Problemlagen. Die qualifikatorischen Anforderungen an diese Tätigkeit sind anspruchsvoll. Vor allem in der Beratung älterer Menschen hat sich der Sozialdienst bisher profiliert. Seine professionellen Erfahrungen gewinnen vor dem Hintergrund des Trends zur Alterung der Gesellschaft zukünftig an Bedeutung. Schon heute liegt der Anteil der über 55-Jährigen bundesweit bei 53,6 Prozent (*Robert Koch Institut 2006, S. 161*).

Auffallend ist, dass der Sozialdienst, obwohl er primär mit der Versorgungssituation und der Alltagsbewältigung der Klientel nach einem Krankenhausaufenthalt beschäftigt ist, ausschließlich innerhalb des Krankenhauses agiert. Hier wäre zu prüfen, ob die Ausweitung seines Handlungsradiuses ein Ansatzpunkt für seine Profilerweiterung sein kann. Der Sozialdienst ist prädestiniert, koordinierende Funktionen auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus zu übernehmen, und dies im Bedarfsfall so lange, bis die angeschobenen Hilfen greifen. Der Blick in die Praxis deckt auch Schwächen auf. Aus

der Sicht der Betroffenen geht der Sozialdienst in vielen Fällen indirekt, das heißt über andere vermittelt, vor. Die Kontaktherstellung durch andere Berufsgruppen und die Beratung von Angehörigen in Fällen, in denen die Betroffenen auch unmittelbar beraten werden könnten, wirft eine Reihe von Fragen auf, die für Verlauf, Ergebnis und Folgen der sozialen Beratung von Bedeutung sind:

- ▲ Findet die soziale Beratung im Interesse der Betroffenen statt?
- ▲ Ist das Leitbild der Patientenorientierung zu jedem Zeitpunkt gewährleistet?
- ▲ Wie werden Vorstellungen und Wünsche der älteren Menschen berücksichtigt?
- ▲ Sind die Interessen anderer Beteiligter mit denen der älteren Patienten kompatibel?
- ▲ Wer entscheidet über welchen Handlungsbedarf?
- ▲ Haben Patienten Mitsprachemöglichkeiten?
- ▲ Wie werden Informationen und Entscheidungen an die älteren Menschen weitergegeben?

Kritisch zu fragen ist, ob die Beratenden selbst den Kontakt zu Dritten vorziehen, weil auch sie im Auftrag bestimmter Interessen, wie zum Beispiel der Liegezeitenverkürzung, handeln und Angehörige und/oder Institutionen sich dabei als kooperativer erweisen. Nachzugehen wäre auch der Frage, welcher Anteil des gesamten Beratungsprozesses nach einem ersten Gespräch nur noch zwischen Institutionen – das bedeutet aus Sicht der Patienten hinter den Kulissen – stattfindet und wie dies von den Betroffenen empfunden wird. Es wäre Aufgabe weiterer Forschungen, hinsichtlich dieser Fragen die Perspektive der älteren Menschen zu ermitteln und mit einzubeziehen. Eine weitere Schwierigkeit der Sozialarbeit im Krankenhaus, die sich allerdings nur begrenzt überwinden lässt, ist die räumliche Gestaltung. Beratungsgespräche werden oft auf ungünstige Orte verwiesen. Vertraulichkeit in einem Mehrbettzimmer herzustellen wird kaum möglich sein. Trotz dieser erschwerten Bedingungen sollte die Ortswahl nicht beliebig sein. Gespräche zwischen Tür und Angel, Flurgespräche und Beratungen in Aufenthaltsräumen der Station sind nicht nur ungeschützt, sondern senden auch symbolisch Botschaften hinsichtlich ihrer Bedeutung beziehungsweise Bedeutungslosigkeit aus. Sie ereignen sich häufigen passant und erhalten dadurch einen flüchtigen Charakter. Diese Situation erfordert von den Beratenden, umso mehr präsent zu sein und für Kontinuität im Beratungsprozess zu sorgen.

6. Ausblick

Die Sozialarbeit im Krankenhaus bringt trotz der politisch und ökonomisch erschwerten beruflichen

Bedingungen ihre spezifischen Qualitäten weiterhin zum Einsatz, sie beweist dadurch tagtäglich ihre Unentbehrlichkeit im Gesundheitswesen. Die Hamburger Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass der Sozialdienst seine Stärken konsequent verfolgt hat. Das Handeln mit dem Gefühl der Existenzbedrohung hat allerdings verhindert, Schwachstellen zu bearbeiten, Stärken zu präzisieren und auszubauen. Dieses ist für die dringend notwendige Profilbildung jedoch nicht mehr aufzuschieben. Auf dem Weg aus dieser misslichen Lage muss sich der Sozialdienst zunächst seiner Potenziale vergewissern. Der Focus auf die unbestreitbar vorhandenen strukturellen Restriktionen hat die Selbstwahrnehmung auf eine einseitig defizitäre Bahn gelenkt. Dem muss schon deshalb entgegengewirkt werden, weil sich der Sozialdienst damit der Beurteilung unterwirft, die ihm von außen, vor allem vom Krankenhaus und seinem Wirtschaftlichkeitsdiskurs, nahegelegt wird, nämlich entbehrlich zu sein.

In diese Gefahr hat er sich aus zwei Gründen auch selbst hineinbegeben. So lassen ihn seine in der Praxis unklaren konzeptionellen Grundlagen konturenarm und beliebig erscheinen. Dies betrifft sowohl seine theoretische als auch seine methodische Fundierung. Was ihm dadurch fehlt, ist eine konsistente berufliche Identität. Der Sozialdienst muss sehr viel deutlicher hervorheben, dass sein generalistischer Zuständigkeitsbereich nicht Profillosigkeit ist. Er vereint vielmehr die Kompetenzen, das Wissen und die Erfahrungen, die die Krankenhäuser benötigen, um die zukünftigen Herausforderungen, vor allem die Zunahme des Anteils älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen bei weiterer Verkürzung der Liegezeiten, bewältigen zu können. Sein Potenzial liegt in der Handlungsmethode der sozialen Beratung und dem genuin sozialarbeiterischen Ansatz des kooperativen, vernetzten Arbeitens. Ihm gelingt als einzige Berufsgruppe, die Komplexität von Lebenslagen der Patientinnen und Patienten bei der Entlassungsplanung und der Bewältigung von Alltagsproblemen zu integrieren. Er ist prädestiniert, die damit und mit den kurzen Liegezeiten verbundene wachsende Anforderung an multiprofessionelle Teamarbeit fachlich zu koordinieren (*Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit im Gesundheitswesen* 2006b). Auf dem Weg dahin, diese Vorteile in ein überzeugendes Berufsprofil münden zu lassen, kann er die vagen gesetzlichen Regelungen zur Krankenhaussozialarbeit, die bisher eher von Nachteil sind, vorübergehend als Gestaltungsspielraum nutzen. Aber das allein wird nicht reichen. Der Gesetzgeber muss die Sozialarbeit im Krankenhaus rechtlich verankern und damit ihre Unverzichtbarkeit unterstreichen.

Zum anderen hinterließ die Empirie den Eindruck, dass der Sozialdienst an bestimmten Stellen zu defensiv agiert. Dies betrifft zum Beispiel die Kontaktaufnahme mit der Klientel. Hierin sollte er sich nicht gänzlich von anderen Berufsgruppen abhängig machen. Er muss deshalb mehr Präsenz zeigen und ausgehend von seinem sozialarbeiterischen Auftrag auch thematisch die Initiative durch Teilnahme an Visiten und/ oder Aufnahmegesprächen ergreifen. Insofern ist dem Krankenhaussozialdienst zu empfehlen: keine Bescheidenheit, kein widerstandsloser Rückzug und keine Unterwerfung unter Rechtfertigungszwänge. Anstatt seine Bedeutung selbst öffentlich zu begründen, sollte er sich durch die Festigung seiner fachlichen Kompetenzen und die empirische Untermauerung seines Nutzens für die Patientinnen und Patienten durch den Ausbau von Wirkungsforschungen aufwerten.

Literatur

- Ansen, Harald:** Soziale Beratung bei Armut. München 2006
- Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans:** Soziale Arbeit im Krankenhaus. Stuttgart 2004
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen:** Stellungnahme zur Bedeutung der Sozialarbeit im Gesundheitswesen 2006a. Verfügbar über: www.dvsg.org (Datum des letzten Zugriffs: 7.2.2007)
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen:** Newsletter 4/2006b. Verfügbar über: www.dvsg.org (Datum des letzten Zugriffs: 7.2.2007)
- Flick, Uwe:** Qualitative Forschung. Theorien, Methoden, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek bei Hamburg 1999
- Hüpper, Bernadette; Slesina, Wolfgang:** Beratung durch Krankenhaussozialdienste aus der Perspektive von Bronchialkarzinom-Patienten und Sozialdienstmitarbeitern. In: neue praxis 3/2006, S. 340-346
- Liebold, Renate; Trinczek, Rainer:** Experteninterview. In: Kühl, Stefan; Strodtholz, Petra (Hrsg.): Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg 2002, S. 33-71
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike:** Das Experteninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim 2003, S. 481-491
- Robert Koch Institut:** Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin 2006
- Schnell, Rainer; Hill, Paul B.; Esser, Elke:** Methoden der empirischen Sozialforschung. München 2005

Schulsozialpädagogik Auf das Profil kommt es an

Manfred Thuns

Zusammenfassung

Immer dann, wenn Probleme in der Schule das mediale Interesse finden, werden die Sozialpädagogik und die Jugendhilfe als eine Lösungsmöglichkeit diskutiert. In diesem Diskurs lässt die Schule aber nicht von ihrem elitären Anspruch, Bildung sei allein die Vermittlung von Wissen. Der Schulsozialpädagogik wird damit eine Hilfsrolle für die Schule zugewiesen. Dabei hat die Schulsozialpädagogik, die in der Jugendhilfe gründet, wirkungsvolle Methoden und Projekte vorzuweisen. Um in der Schule zu bestehen, benötigt sie jedoch ein eigenständiges Profil.

Abstract

Whenever the media get interested in school problems, social pedagogics and youth services are being discussed as possible solutions. For school representatives, however, this still is not a reason to abandon the opinion that education in the main solely consists of conveying knowledge, whereas social work at school is considered to be of secondary importance. Yet, school social work can offer effective methods and projects. To be successful in the school environment, however, it would have to develop a clearer profile of its own.

Schlüsselwörter

Schulsozialarbeit – Jugendhilfe – Kooperation – Sozialpädagogik – Schulverweigerung – Schüler – Lebenswelt

Lernen im Kontext gesellschaftlicher Verwerfungen

Die Schule wünschen wir uns als einen Ort, der sich in seinem Schwerpunkt der unverwechselbaren Persönlichkeit seiner Schülerinnen und Schüler widmet. Schule soll die im Werden begriffene Ich-Identität des Kindes fördern (Erikson 1966). Diesem Stärken und der Vorbereitung auf das Leben (Hentig 1993) steht die Aufrechterhaltung des Unterrichts im Fächerkanon vielfach gegenüber. Weiter entfernt noch ist die Vermittlung sozialer Kompetenzen wie Kommunikations- und Konfliktfähigkeit und ein Verständnis für Gender Mainstream und interkulturelle Öffnung. Doch auch der beste Schulunterricht mit den engagiertesten Lehrkräften kann nur Wirkung entfalten, wenn sich die Schule zum Erfahrungsraum sozialen und wertorientierten Lernens macht. Bildung und Erziehung haben sich jedoch entkoppelt, und für die Schule ist ein konflikträchtiger Prozess