

Sozialarbeit im Krankenhaus

Ein Querschnitt der Top- Down- und Bottom- Up- Perspektive

Böhmer Veronika, 1410406309
Schinnerl Annika, 1410406020

Bachelorarbeit 2

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum:24.04.2017
Version: 1

Begutachter*in: Prof. (FH). Dr. Tom Schmid, Mag.^a (FH) Veronika Hadl

Zusammenfassung

Die Forschungsarbeit beschäftigt sich mit dem Thema Sozialarbeit im Krankenhaus im Kontext veränderter gesellschaftlicher und systeminduzierter Rahmenbedingungen. Um ein umfassendes Bild für eine Standortbestimmung zu erlangen und den Optimierungsbedarf aufzuzeigen, wird die Thematik aus der Top-Down- sowie der Bottom-Up-Perspektive erforscht. Die Datenerhebung erfolgte mittels leitfadengestützter Expert*inneninterviews. Die zentralen Ergebnisse zeigen keinen gravierenden Unterschied zwischen den beiden Perspektiven: Jener Teil der Sozialarbeit, der sich im Gesundheitsbereich etablieren möchte, sollte eine andere Berufsbezeichnung in Erwägung ziehen. Sozialarbeit wird vermehrt im extramuralen Bereich gesehen und am Bild der Profession muss gearbeitet werden.

Abstract

The research project deals with the subject Social Work in the hospital in the context of changed social and system-induced basic conditions. To attain a comprehensive picture of the status quo and to indicate the optimisation need, the topic is investigated from the top-down- as well as the bottom-up-perspective. The survey occurred by means of guideline-based interviews. The central results show no serious difference between both perspectives. That part of the Social Work which would like to set up in the health sector should take a different term for the job title into consideration. Social Work is seen increased in the extramural area and the professions image needs to be improved.

Inhalt

1	Einleitung/Problemstellung/Ziel (Schinnerl)	5
2	Forschungsprozess (Schinnerl)	6
2.1	Zugang zum Feld	6
2.2	Hypothesen	7
2.3	Forschungsfragen	8
3	Methoden der Datenerhebung und Auswertung (Schinnerl)	9
3.1	Expert*inneninterview.....	9
3.2	Strukturgeleitete Textanalyse.....	10
4	Klärung wichtiger Begriffe (Schinnerl)	10
4.1	Bio-psycho-soziales Modell.....	10
4.2	Biomedizinisches Modell.....	11
4.3	Drehtüreffekt.....	12
4.4	Sozialarbeit im Krankenhaus	12
4.5	Primärversorgung und Primary Health Care (PHC)-Versorgungszentrum	12
4.6	Output.....	13
4.7	Outcome.....	13
4.8	ÖKAP – Österreichischer Krankenanstaltenplan	13
5	Darstellung wichtiger Ergebnisse (Schinnerl)	13
5.1	Keine gravierenden Unterschiede in beiden Perspektiven	14
5.2	Bild der Sozialarbeit	15
5.3	Bedarf wird vermehrt im extramuralen Bereich gesehen.....	16
5.4	Jener Teil der Sozialarbeit, der sich im Gesundheitsbereich etablieren möchte, sollte sich anders betiteln/benennen	16
6	Ergebnisse im Detail (Böhmer)	17
6.1	Aufgaben/Erwartungen - warum braucht es Sozialarbeit im Krankenhaus?	17
6.2	Implementierung/Bedarf - wie begründet.....	18
6.3	Bio-psycho-soziales Modell.....	20
6.4	Unterschied im Verlauf/Outcome/Qualität.....	22
6.5	Unterschied Sozialarbeit - Entlassungsmanagement	23
6.6	Sozialarbeit - Auswirkung auf Aufenthaltsdauer	25
6.7	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	26
6.8	Auslastung/Erreichbarkeit Sozialarbeit	27
6.9	Übergeordnete Stelle	27
6.10	Aufklärung über Tätigkeitsbereich der Sozialarbeit	28
6.11	Verbesserungen des Angebots der Sozialarbeit.....	29
6.12	Zukunft/Entwicklung der Sozialarbeit	31
6.13	Sonstige Ergänzungen/Anmerkungen	32
7	SWOT – Analyse (Schinnerl)	32
7.1	Stärken.....	33

7.2	Schwächen	33
7.3	Fördernde Rahmenbedingungen	33
7.4	Hemmende Rahmenbedingungen	34
8	Reflexion des Forschungsprozesses.....	34
8.1	Top-Down-Perspektive (Schinnerl)	35
8.2	Bottom-Up-Perspektive (Böhmer)	35
9	Conclusio	36
9.1	Top-Down-Perspektive (Schinnerl)	36
9.2	Bottom-Up-Perspektive (Böhmer)	37
10	Empfehlungen und Ausblick	39
10.1	Schinnerl Annika	39
10.2	Böhmer Veronika.....	42
11	Literatur.....	46
12	Daten	50
13	Abbildungen	51
14	Anhang.....	52
15	Eidesstattliche Erklärung.....	55
16	Eidesstattliche Erklärung.....	56

1 Einleitung/Problemstellung/Ziel (*Schinnerl*)

Diese Arbeit richtet den Fokus auf Sozialarbeit im Krankenhaus im Kontext veränderter gesellschaftlicher und systeminduzierter Rahmenbedingungen. Geißler-Piltz beschreibt die zukünftigen Herausforderungen an die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen folgendermaßen:

„Reformanstrengungen und strukturelle Veränderungen im Gesundheitsbereich, welche die Finanzierbarkeit und Leistungsfähigkeit zum Ziel haben, sind für Sozialarbeit folgenreich und zwar in doppelter Hinsicht. Zum einen drängen Psychologen, Pflegekräfte, Ergotherapeuten und andere Berufsgruppen in die traditionellen Arbeitsfelder der Sozialarbeit, aber auch in neu entstehende und expandierende. Zum anderen haben sich aufgrund dieser Dynamik die Anforderungen an die Soziale Arbeit verändert: Die Arbeitsbelastung ist rein quantitativ gestiegen, d.h. immer weniger Sozialarbeiter sind für immer mehr Klienten zuständig. Zusätzlich erfordert die Arbeit mit den zum Teil chronisch schwer kranken Menschen eine intensivere psychosoziale Begleitung und Unterstützung; was wiederum eine intensive Verständigung mit anderen am „Fall“ beteiligten Berufsgruppen voraussetzt. Es ist kein Zufall, dass die durch öffentliche Sparmaßnahmen in Gang gesetzte Konkurrenz in den Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens vor allem die Berufsgruppe der Sozialarbeiter tangiert.“ (Geißler-Piltz 2004:1f)

Diese Untersuchung geht der Frage nach, welche Erwartungen und Vorstellungen mit dem Angebot der Sozialarbeit im Krankenhaus verknüpft sind.

Leitfaden-gestützte Interviews mit Stakeholdern lieferten das Datenmaterial, welches mit Hilfe der strukturgeleiteten Textanalyse nach Auer/Schmid ausgewertet wurde. Es folgte die Strukturierung der Ergebnisse durch eine SWOT-Analyse, um anschließend ein Resümee der Erhebung und Empfehlungen für Stakeholder, Forschung und an die Berufsgruppe selbst formulieren zu können.

Ziel dieser Forschung ist es ein weit gefächertes Expert*innenwissen zu erheben, um daraus richtungsweisende Anhaltspunkte aus Sicht beteiligter Personengruppen zu erhalten. In weiterer Folge kann sowohl eine Standortbestimmung hinsichtlich der Position der Berufsgruppe innerhalb des Systems Krankenhaus vorgenommen, als auch ein etwaiger Optimierungsbedarf für die Sozialarbeit hinsichtlich der oben angeführten Veränderungen und der damit einhergehenden Herausforderungen aufgezeigt werden. Wir hoffen dabei ganz im Sinne von Roland Girtler zu agieren:

„Er [der Wissenschaftler; d. Verf*innen] kann gute und spannende Arbeiten liefern, die den daran interessierten Menschen und auch den Betroffenen die Augen öffnen. So vermag er möglicherweise indirekt auf die betreffende Wirklichkeit [...] einzuwirken [...]“ (Girtler 2001:176)

2 Forschungsprozess (Schinnerl)

2.1 Zugang zum Feld

Um Sozialarbeit im Krankenhaus umgehend zu beleuchten wurde sowohl die Top-Down-Perspektive als auch die Bottom-Up-Perspektive erforscht. Um Erstere zu erfassen, wurden Personen, die in leitenden Positionen im Spitalswesen und Gesundheitsbereich tätig sind, interviewt. Für die Befragungen der zweiten Blickrichtung standen Personen zur Auswahl, welche in unmittelbarem Patient*innenkontakt stehen bzw. Personen, die bereits persönliche Erfahrungen mit Sozialarbeit im Krankenhaus oder dem Entlassungsmanagement hatten. Dank der insgesamt 13 Befragten war es möglich, ein breites Expert*innenwissen und deren aktuelle Sichtweise zur Thematik Sozialarbeit im Krankenhaus zu erfassen.

Folgende Grafik veranschaulicht die Schwerpunkte und Unterschiede der beiden erforschten Perspektiven.

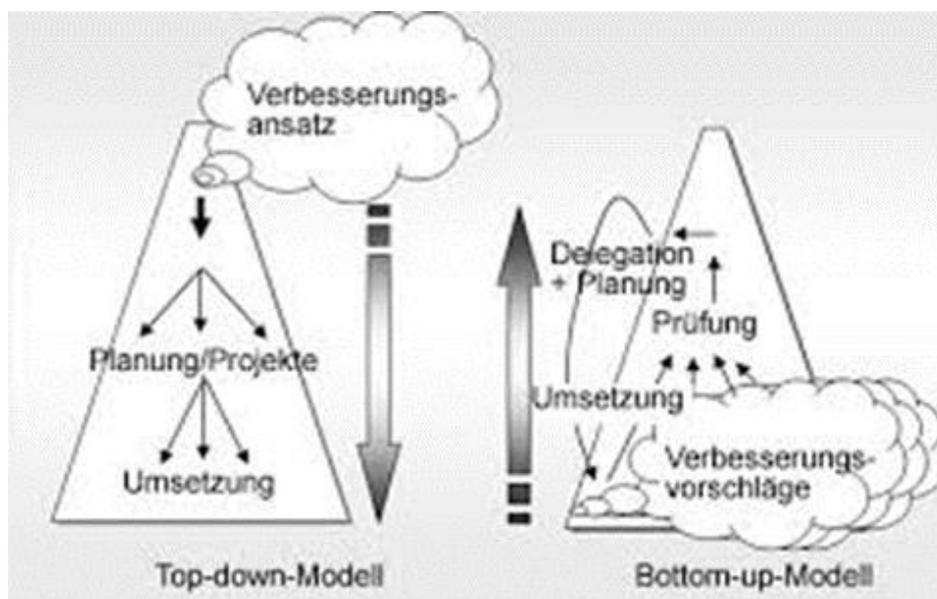


Abbildung 1: Top-Down und Bottom-Up-Modell

2.2 Hypothesen

Nachfolgend sind die Vorannahmen für beide Perspektiven angeführt. Aufgrund unterschiedlicher persönlichen Erfahrungen und Praktika im Bereich Sozialarbeit im Krankenhaus ergaben sich diverse Beobachtungen, die sich in den Hypothesen wiederfinden.

Top–Down:

- Die Grenzen zwischen Entlassungsmanagement und Sozialarbeit im Krankenhaus sind verschwommen, seitens der Holding gibt es hierzu keine exakte Trennung. Dies ist ein Grund, weshalb Sozialarbeit im Krankenhaus ihre Kompetenzen nur unvollständig einbringen kann.
- Aufgrund von Unwissenheit anderer Berufsgruppen über den Aufgaben- und Tätigkeitsbereich der Sozialarbeit wird diese bei Fällen mit Interventionsbedarf nicht immer hinzugezogen.
- Sozialarbeiter*innen orientieren sich am bio-psycho-sozialen Modell. Die Institution Krankenhaus, beziehungsweise Ärzte*innen - die in der Hierarchie am höchsten gestellte Berufsgruppe - orientiert sich am biomedizinischen Modell. Aufgrund dieser unterschiedlichen Blickwinkel kann die Effizienz und Effektivität von Sozialarbeit im Krankenhaus nicht vollends eingebracht werden.
- Sozialarbeit unterliegt der Leitung der Pflege. Eine Anbindung an die ärztliche bzw. kaufmännische Leitung würde eine bessere Zuständigkeit darstellen.

Bottom–Up:

- Sozialarbeit im Krankenhaus erfasst die soziale Dimension im Bereich Gesundheit und Krankheit und legt den Fokus ihrer Arbeit vorrangig auf die Lebenswelt der Patient*innen.
- Sozialarbeit im Krankenhaus ist derzeit nicht Teil des interdisziplinären Teams und wird bei der Entlassungsplanung nicht mit einbezogen.

- Patient*innen fehlt es bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus an für sie wichtigen Informationen und an der Vermittlung eines Netzwerks anschließender Dienstleistungsanbieter oder notwendiger Anlaufstellen.

2.3 Forschungsfragen

Aufgrund der Hypothesen wurden folgende Forschungsfragen generiert:

Die Hauptforschungsfrage der Bachelorarbeit lautet:

- Wie kann Sozialarbeit in der Institution Krankenhaus gelingen?

Weitere Detailfragen:

- Was sind die Unterschiede zwischen Sozialarbeit im Krankenhaus und Entlassungsmanagement?
- Wie viel Potential geht verloren, weil Sozialarbeit im Krankenhaus ihre Kompetenzen nur unvollständig einbringen kann?
- Welcher Bedarf besteht bei einer Entlassungssituation im Krankenhaus und welche Berufsgruppe(n) kann(können) diesen im Sinne von einem "best point of service" decken?

3 Methoden der Datenerhebung und Auswertung (Schinnerl)

Für die vorliegende Bachelorarbeit wurde der qualitative Forschungsansatz gewählt: „Hier wird der Mensch ganzheitlich betrachtet. Man geht davon aus, dass Menschen komplexe Wesen sind, die sich durch ihren persönlichen Ausdruck voneinander unterscheiden. Wahrheit ist hier nichts Objektives wie bei den Naturwissenschaften, sondern etwas Subjektives. Wahrheit ist das, was vom Einzelnen wahrgenommen und was von den ForscherInnen mitgeteilt wird.“ (Mayer 2001:65)

3.1 Expert*inneninterview

Die Datenerhebung erfolgte durch das leitfadengestützte Expert*inneninterview nach Flaker/Schmid. Expert*innen sind Personen, die über besondere Wissensbestände auf das jeweilige Forschungsinteresse und langjährige Erfahrungen in ihrem Bereich sowie über einen übergeordneten Zugang zu fachspezifischen Informationen verfügen (vgl. Kühl/Strodtholz 2002:35ff; zit. in Flaker/Schmid 2006:319). Diese Befragungen werden genutzt um spezifisches und hochkonzentriertes Wissen ausgewählter Personen zu einem eingegrenzten Themenbereich abzufragen (vgl. Kühl/Strodtholz 2002:39; zit. in Flaker/Schmid 2006:321).

„Für das Leitfaden-Interview wird eine Reihe von Fragen vorbereitet, die das thematisch relevante Spektrum des Interviews und seines Gegenstandes abdecken sollen. Dazu wird ein Leitfaden erstellt, an dem der Interviewer sich orientiert. [...] Ziel ist es, die individuelle Sicht des Interviewpartners auf das Thema zu erhalten, wozu ein Dialog zwischen Interviewer und Interviewten mit den Fragen initiiert werden soll.“ (Flick 2014:113f)

Das fünfstufige Befragungsmodell nach Alf Seippel wurde zur Strukturierung des Interviewleitfadens herangezogen. Die Gliederung in Türöffner-, Mundöffner-, Sach-, Problem- und Veränderungsfragen ermöglichen eine Strukturierungsfunktion in Bezug auf Gesprächsinhalte und ihre Abfolge (vgl. Flaker/Schmid 2006:ff).

Augenmerk wurde hier besonders daraufgelegt, die Fragen so allgemein wie möglich zu formulieren, damit der Leitfaden sowohl für die Top-Down- als auch Bottom-Up-Perspektive anwendbar ist.

3.2 Strukturgeleitete Textanalyse

Für die Datenauswertung wurde die strukturgeleitete Textanalyse nach Auer/Schmid verwendet, welche ein regelgeleitetes Verfahren zur Erfassung von allen manifesten Inhalten ist. Durch die strukturierte Datenerhebung weist es bereits einen hohen Grad an Systematisierung auf, mit dem Ziel, das Datenmaterial auf die wesentlichen Inhalte zu reduzieren. So werden zentrale Aussagen, Erkenntnisse sowie divergierende Auffälligkeiten des Gesamtmaterials sichtbar. Die strukturgeleitete Textanalyse bedient sich einer deduktiven Kategorienanwendung, die bereits durch die Strukturierung der Datenerhebung (bspw. durch den Interviewleitfaden) vorgegeben ist. Die Interviewtransskripte, die nicht wortwörtlich, sondern bereits leicht „geglättet“ vorliegen, werden anhand der vorhandenen Kategorien (bspw. Interviewleitfragen) durchgearbeitet. Längere Aussagen bzw. Textpassagen werden auf ihre Quintessenz reduziert und in gleichsam kategorisch vordefinierte Auswertungsmatrizen (z.B. eine Excel-Datei) eingetragen. (vgl. Auer/Schmid 2014:1)

4 Klärung wichtiger Begriffe (*Schinnerl*)

In diesem Kapitel werden wichtige Begriffe definiert, die in der Arbeit vorzufinden sind, um für Leser*innen eine Nachvollziehbarkeit und Klarheit zu schaffen.

4.1 Bio-psycho-soziales Modell

Ausgangspunkt ist das bio-psycho-soziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Im Mittelpunkt steht das Konzept der „Person-in-ihrer-Umwelt“ (vgl. Geißler-Piltz et al.:2005:21).

„Gesundheit beruht nach gesundheitswissenschaftlichen Konzepten nicht allein auf biomedizinisch ergründbaren Bedingungen, sondern auch auf spezifischen individuellen Lebensbedingungen und Lebensweisen sowie der emotionalen Verarbeitung von Ereignissen. In einem mehrdimensionalen, Disziplinen übergreifenden bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit wird der prominente Diskurs aufgenommen, in welchem Umfang genetische, soziale und psychische Faktoren Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf psychischer und chronisch-degenerativen Erkrankungen nehmen (Geißler-Piltz et al.:2005:21)

Folgende Abbildung illustriert die bio-psycho-soziale Betrachtungsweise des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens.

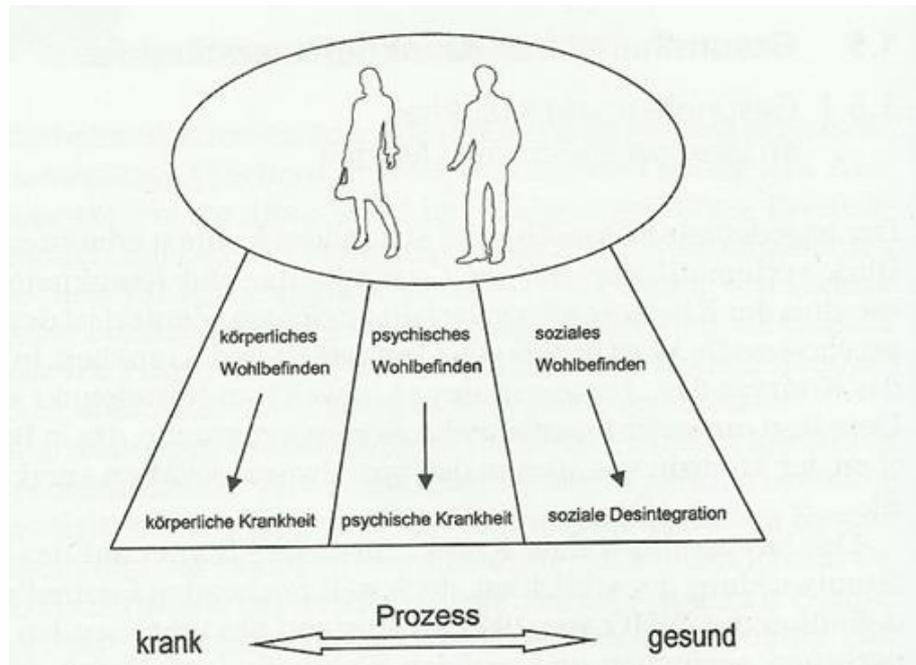


Abbildung 2: Bio-psycho-soziale Betrachtung des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens

4.2 Biomedizinisches Modell

In der Gesundheitsversorgung ist das biomedizinische Krankheitsmodell dominierend. Der Fokus liegt auf der Entstehung sowie der Ursache einer Krankheit.

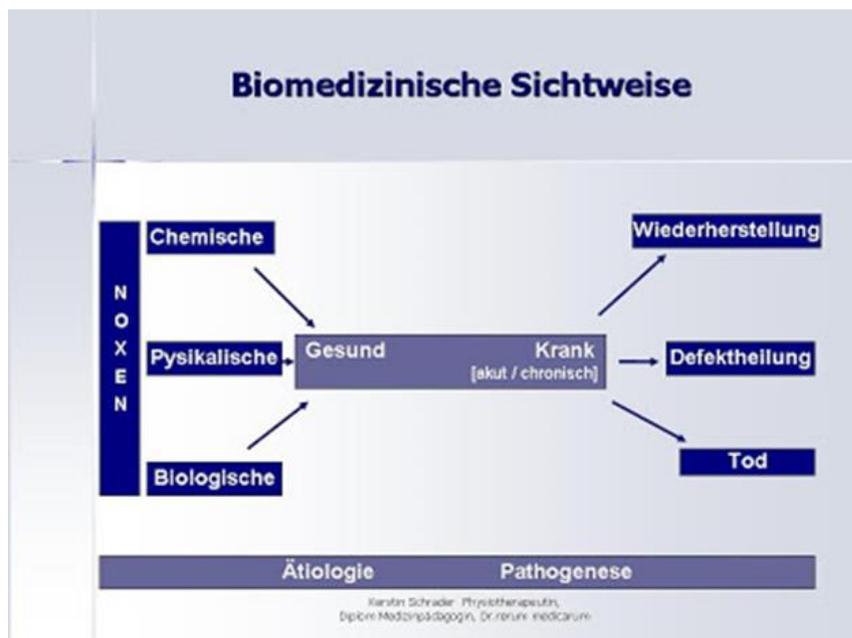


Abbildung 3: Biomedizinische Sichtweise

„Das klassische medizinische Erklärungsmodell stellt ausschließlich die physiologischen bzw. biochemischen Aspekte ins Zentrum der Betrachtung. Krankheit wird als Fehlfunktion bestimmter Körperteile und Körperfunktionen verstanden. Gesundheit lässt sich im Sinne dieses Modells nur implizit ableiten; sie ist demgemäß das Funktionieren aller Organe und biochemischer Prozesse im Organismus.“ (Schewior-Popp et al.:2012:160f)

Perspektiven der Gesundheitsentstehung und Wechselwirkungen, wie sie in der bio-psycho-sozialen Sicht beschrieben sind, werden nicht berücksichtigt.

4.3 Drehtüreffekt

„Bei diesem Begriff handelt es sich um eine Metapher, welche einen kurzen Wechsel zwischen zwei Situationen beschreibt. Im Gesundheitswesen versteht man darunter die Rückkehr von Patienten in stationäre Einrichtungen und dem damit verbundenen Rückschritt in ein vorhergegangenes Stadium.“ (Berger 2013:2)

Tom Schmid erläuterte in einem Gespräch folgendes: Ein Teil des Drehtüreffekts ist ein Ergebnis des österreichischen Abrechnungssystems. Die Verweildauer sinkt, während hingegen die Wiederaufnahme steigt. Am Wochenende sind in den Krankenhäusern keine sozialen Dienste tätig. Ein Bereich der Kostenstruktur und die Betreuung werden ausgelagert. Folge ist eine Optimierung der Punkte im Abrechnungssystem.

4.4 Sozialarbeit im Krankenhaus

Soziale Arbeit bezeichnet eine Einheit von Sozialpädagogik und Sozialarbeit und wird als Überbegriff gesehen. (vgl. Thole 2002:14) Da in der Institution Krankenhaus keine sozialpädagogischen Tätigkeiten ausgeführt werden, wird in dieser Arbeit stets von Sozialarbeit gesprochen.

4.5 Primärversorgung und Primary Health Care (PHC)-Versorgungszentrum

„Die ExpertInnen-Kommission erachtet Primärversorgung als die Versorgungsebene, welche allgemein zugängliche, integrierte, personenzentrierte und umfassende sowie familienorientierte und gemeindenaher Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung bereitstellt. Diese Dienstleistungen werden von einem Team von Fachkräften erbracht, welches dafür verantwortlich ist, dass der großen Mehrheit personenbezogener Gesundheitsbedürfnisse angemessen begegnet wird.“ (OEFOP 2014)

Die Primärversorgung findet in sogenannten „Primary Health Care“-Versorgungszentren statt. Hier arbeitet ein multiprofessionelles Team von unterschiedlichen Gesundheitsberufen, wie Allgemein-/Familienmediziner*innen, Apotheker*innen, Diätolog*innen, Ergotherapeut*innen, Hebammen, Optiker*innen, diplomierte

Pflegefachkräfte mit spezieller Ausbildung in der Primärversorgung (practice nurses, community nurses), Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Zahnärzt*innen (vgl. OEFOP 2014).

4.6 Output

Der Begriff bezeichnet einen mengenmäßigen Ertrag (Ausbringung, Ausstoß, Produktion, Beschäftigung, Bezugsgröße für den Faktorverbrauch) eines Betriebs (einer Kostenstelle, eines Aggregats) (vgl. Wirtschaftslexikon o.J.,a.)

4.7 Outcome

In der Gesundheitswirtschaft bezeichnet Outcome das Ergebnis, das durch medizinische Therapie erzielt wird. (vgl. Wirtschaftslexikon o.J.,b.)

4.8 ÖKAP – Österreichischer Krankenanstaltenplan

Im ÖKAP sind die Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und Planungsmethoden des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung geregelt. Die Festlegung von Standorten, Fachrichtungen, Bettenobergrenzen und Inhalten der Leistungsangebotsplanung werden darin festgelegt. Der ÖKAP muss ständig weiterentwickelt und gegebenenfalls alle zwei Jahre revidiert werden (vgl. RIS 2014).

5 Darstellung wichtiger Ergebnisse *(Schinnerl)*

Hier werden die vier wichtigsten Ergebnisse, die sich aus dem ausgewerteten Datenmaterial ergeben haben, angeführt.

Nach der Auswertung des Datenmaterials waren vier Ergebnisse besonders herausragend: Grundsätzlich fanden sich in beiden Perspektiven keine großen Unterschiede bezüglich der Vorstellungen und Erwartungen zu Sozialarbeit im Krankenhaus. Des Weiteren wurde mehrmals das Berufsbild dieser Profession angesprochen. Einerseits dahingehend, dass die Berufsgruppen innerhalb des Krankenhauses, Patient*innen sowie Angehörige zu wenig über den Aufgaben- und

Tätigkeitsbereich von Sozialarbeiter*innen aufgeklärt sind, andererseits werden diese oft in Verbindung gebracht, den Leuten zu helfen.

In der Zukunft wird der Bedarf der Sozialarbeit vermehrt im extramuralen Bereich gesehen. Damit sich Sozialarbeit auch weiterhin im Gesundheitsbereich etablieren kann, sollten Überlegungen angestrebt werden, ob eine Bezeichnung als Gesundheits- und Sozialberuf zielführender wäre.

5.1 Keine gravierenden Unterschiede in beiden Perspektiven

Bei der Gegenüberstellung und gemeinsamen Datenauswertungen der Top-Down- und Bottom-Up-Perspektive wurde ersichtlich, dass sich Aussagen und Wahrnehmungen der interviewten Personen weniger stark unterscheiden als von unserer Seite angenommen.

Befragte der Top-Down-Perspektive äußerten grundsätzlich mehr Informationen über die Strukturen und das Management im Gesundheitssystem. Aufgrund ihres beruflichen Werdegangs kam auch deren fachliche Expertise nicht zu kurz.

Deutliche Überschneidungen gab es in den Vorstellungen zu den Aufgaben und Erwartungen der Sozialarbeit im Krankenhaus. Die Kernbereiche wurden in der Sicherung der materiellen Grundbedürfnisse, wie zum Beispiel Unterstützung bei Anträgen zu diversen Förderungen oder Sachwalterschaft, gesehen. Auch Beratungen und (Entlastungs-) Gespräche mit Patient*innen und Angehörige wurden - aufgrund der möglichen Überforderungen bei Krankenhausaufenthalten - genannt.

Die Wichtigkeit und Notwendigkeit des bio-psycho-sozialen Modells war einheitlich gegeben. Aufgrund der derzeitigen Rahmenbedingungen, wie Zeit- und Personalmangel, wird es jedoch in der Institution Krankenhaus nicht berücksichtigt. Grundsätzlich herrschte jedoch darüber Einigkeit, dass es wünschenswert wäre, den Menschen in seiner sozialen Dimension zu erfassen. Vereinzelt wird auch das Potenzial zur Kosteneinsparung durch präventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung genannt. Betont wurde mehrmals die Durchsetzung des bio-psycho-sozialen Modells auf den pädiatrischen und onkologischen Abteilungen sowie im Palliativbereich.

5.2 Bild der Sozialarbeit

Mehrere Interviewpartner*innen wiesen auf ein Imageproblem der Sozialarbeit hin.

„Es ist an der einen Seite eine Imagegeschichte an der man arbeiten muss und auf der anderen Seite eine Präzisierung der Kompetenzen und der Dienstleistungen, die man erwarten kann von einem neuen Gesundheitsberuf.“ (T4 2017:ff)

Um dem entgegenzuwirken, gab es Vorschläge, Visitenkarten und Folder über das Tätigkeitsprofil und die Dienstleistungen der Sozialarbeit aufzulegen. Vorträge im Krankenhaus, die einen Leistungsüberblick geben, wären ebenfalls hilfreich. Der Kontakt mit dieser Profession löst bei manchen Personen Ängste aus, da sie mit der Fürsorge in Verbindung gebracht wird und negative Assoziationen auslöst.

Weiterführend ist es immer noch eine Herausforderung für Sozialarbeiter*innen, ihren Job in einem sogenannten „Elevator pitch“ zu erklären (vgl. T5 2017:ff). Der Grundgedanke dessen ist, das Gegenüber in 30-90 Sekunden über den Beruf aufzuklären und ein positives Bild bzw. eine Beschreibung des Jobs zu vermitteln.

Sozialarbeit wird oft als diffuses Aufgabengebiet gesehen, welches sich für Randgruppen und sozial benachteiligte einsetzt. Aufgrund derzeitiger politischer Entwicklungen und Geschehnisse sorgt das Wort „sozial“ bereits für einen bitteren Beigeschmack (vgl. T2 2017:ff)

Um den Ruf der Profession im Ganzen zu heben, wurde auch der Vorschlag geäußert, mittels einer Kampagne auf sich aufmerksam zu machen und in erster Linie klar zu kommunizieren, welche Kernkompetenzen Sozialarbeit aufweist (vgl. T6 2017:ff).

Speziell im Gesundheitsbereich verfügt die Sozialarbeit über Kenntnisse und Know-How, die andere Berufsgruppen während ihrer Ausbildung nicht erwerben. Daran gilt es anzuknüpfen um weiterhin eine Aufklärung und Bewusstseinsbildung zu initiieren und den Dialog mit den Berufsgruppen und Stakeholdern zu forcieren.

5.3 Bedarf wird vermehrt im extramuralen Bereich gesehen

Mehrmals wurde der Bedarf von Sozialarbeit im Gesundheitswesen im extramuralen Bereich betont. Eine Koordinierung und Beratung außerhalb des Krankenhauses wird als wichtige Schnittstelle und Hilfestellung für Betroffene erachtet.

„I glaub, dass die Sozialarbeit sicher besser aufgehoben is in der praktischen Arbeit im extramuralen, der jo an Bedeutung gewinnen soll und dort is jo des eigentliche Gschäft...“ (T4 2017:ff).

Externe und niederschwellige Angebote können die Aufnahmen im Krankenhaus im Vorfeld verhindern. Als große Chance für die Sozialarbeit und für eine bessere Betreuung der Patient*innen werden mehrmals die Primärversorgungszentren genannt. Es wird vermutet, Eine optimale Koordination der Berufsgruppen und eine individuelle Beratung könnte dort möglich sein.

Es wird einheitlich angenommen, dass der Bedarf an Sozialarbeit mittel- und langfristig steigt. Denkbare zukünftige Modelle wären die Implementierung der Sozialarbeit in jedem Krankenhaus mit der Kompetenz auch extern tätig zu sein, Hausbesuche durchzuführen und eine Beratung auch nach der Entlassung anzubieten. Weiters könnten externe Büros geschaffen oder Gemeinde-Sozialarbeiter*innen angestellt werden (vgl. T8 2017:ff)

„Besondere Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Sozialarbeit hat, dass der Anteil alter Menschen an der Bevölkerung durch Steigerung der Lebenserwartung und durch Geburtenrückgang stetig zunimmt. Mit diesen Faktoren ist ein Anstieg der Versorgungsbedürftigen verbunden, der sich besonders auf das höhere Alter konzentriert. Hilfebedarfe überhaupt nehmen in beträchtlichem Ausmaß zu. Dadurch steigt zum einen die Notwendigkeit berufsmäßiger Gesundheits- und Sozialversorgung, und zum anderen sind inhaltliche Revisionen unerlässlich, die die gesundheitsorientierte Sozialarbeit determinieren. So sind mehrdimensionale, biopsychosoziale Versorgungskonzepte vonnöten, die sowohl die Bereitstellung abgestufter integrierter Hilfen zur Alltagsbewältigung vorsehen und ebenso adäquat auf sehr hohen und komplexen Hilfebedarf reagieren und die darüber hinaus präventiv wie rehabilitativ ausgerichtet sind.“ (Lützenkirchen 2005:12)

5.4 Jener Teil der Sozialarbeit, der sich im Gesundheitsbereich etablieren möchte, sollte sich anders betiteln/benennen

Besonders die Teilnehmer*innen der Top-Down-Perspektive äußerten ihre Bedenken über eine nicht ansprechende Berufsbezeichnung der Sozialarbeiter*innen im

Gesundheitsbereich. Möchte man sich Gesundheitsberuf etablieren, sollte in Erwägung gezogen werden, sich als Profession im „Gesundheits- und Sozialbereich“ zu bezeichnen. In Folge dessen muss diese Berufsgruppe klare Konturen ihres Aufgaben- und Tätigkeitsbereichs zeigen (vgl. T4 2017:ff).

Obwohl die Sozialarbeit in vielen Feldern der Gesundheitsversorgung vertreten ist, fehlt es ihr an einer anerkannten gesetzlichen Regelung - so, wie sie andere Gesundheitsberufe vorweisen.

„Dass die Sozialarbeit nicht zu den Gesundheitsberufen gezählt wird, muss schon erstaunen, denn es gibt keine andere Profession, die sich im Kontext von Gesundheit und Krankheit ausdrücklich und systematisch mit sozialen Problemlagen befasst. Es gibt zudem gute Gründe, der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit eine gesundheitsförderliche und/oder heilende Wirkung zuzuschreiben und sie als „Klinische Sozialarbeit“ mit eigenen Behandlungskonzepten weiterzuentwickeln.“ (Ortmann 2015:14)

Die Sozialarbeit wird auch in Zukunft vor die Aufgabe gestellt werden, ihre Kompetenzen und Fachlichkeit klar zu kommunizieren, vor allem gegenüber anderen Berufsgruppen. Der Nutzen von dieser Profession muss für Patient*innen, Angehörige sowie die Institution Krankenhaus deutlicher kommuniziert werden. Aus den Interviews ging hervor, dass speziell im Bereich der Onkologie, Palliativ und Geburtenstation eine Aufstockung der Planstellen gewünscht ist.

6 Ergebnisse im Detail (Böhmer)

6.1 Aufgaben/Erwartungen - warum braucht es Sozialarbeit im Krankenhaus?

Die Frage nach den Aufgaben und Erwartungen an die Sozialarbeit im Krankenhaus wird von allen Interviewteilnehmer*innen mit einer detaillierten Auflistung von Tätigkeiten beantwortet. Die Aussagen dabei überschneiden sich vielfach. Es lässt sich ein Kernbereich ausmachen, der die finanziellen Belange rund um das Förderwesen und existenzsichernde Maßnahmen betrifft.

„I woar a sehr froh, di XXXX woar a sehr long in Mauer, di hot a Sozialarbeiterin ghobt... zu der hots imma geh kenna.... de san voi drauf. die is bestens beraten wordn...und a zum Beispiel sohingehend, des hast, he..du muast do nomoi onsuacha..des geht net..des is zwenig... de wissen do genau wos langgeht.“ (T10 2017:ff)

Weiters werden häufig Gespräche und Beratungen genannt, die aufgrund einer Überforderung von Patient*innen, Angehörigen und dem Krankenhauspersonal als dringend notwendig angeführt werden.

„I glaub es geht gar nicht mehr ohne..ohne Kommunikationsunterstützung zwischen Patient und Ärzte..weil...die Ärzte so einen Stress habn und so überfordert san in vielen Bereichen ..dass gor nicht mehr möglich ist..auf..Bereiche des Lebens einzugehen..die gemeinsam mit einer Krankheit hoit dann a Thema san.“ (T9 2017:ff)

Die Gesundheitssoziologin und Sozialwissenschaftlerin Anna Maria Dieplinger skizziert folgende Herangehensweise der Sozialarbeit im Krankenhaus:

„Die Sozialarbeit im Krankenhaus orientiert sich am subjektiven Erleben von Krankheit, an individuellen Bedürfnissen und an sozialen Faktoren. Ein Gegenbeispiel dazu: MedizinerInnen fällen aufgrund von Symptomen und medizinischen Parametern eine bestimmte Diagnose. Medizinische Diagnosen schließen aber in den meisten Fällen den Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen, die Stärken und Schwächen und das soziale Umfeld der PatientInnen aus. Um jedoch die personalen Determinanten für die Bewältigung einer Erkrankung anamnestisch zu erfassen, ist das Instrument der sozialen Anamnese unumgänglich. Eine Sozialanamnese beinhaltet sowohl persönliche, soziale als auch medizinische Faktoren, damit interdisziplinär eine ganzheitliche Versorgung angeboten werden kann.“ (Dieplinger 2008:79)

Folgende Nennungen wurden mehr als einmal zur Sprache gebracht: Unterstützung bei Anträgen (z.B.: Pflegegeld, Reha, Kur) und Einsprüchen, Hospizkarenz, finanzielle Belange (Förderung Bund/ Land, SV-Träger), Betreuung zu Hause, Messie, Obdachlosigkeit, Verwahrlosung, Arbeitslosigkeit, Hospiz, Langzeitpflege, mobile Pflege, sozialrechtliche Angelegenheiten, existenzsichernde Maßnahmen, Sachwalterschaft, Wiederaufnahme verhindern, Gesundheitsförderung und -prävention, Hilfsmittel, Kommunikationsunterstützung und Vermittlung innerhalb der Berufsgruppen und zwischen Patient*innen und Angehörigen (Krisenintervention), Beratung, Begleitung, Gespräche, Überforderung von Patient*innen und Angehörigen

6.2 Implementierung/Bedarf - wie begründet

Die Implementierung von Sozialarbeit im Krankenhaus wird als Antwort auf den gesellschaftlichen Wandel gesehen. Die Veränderung der gesellschaftlichen Situation und der damit verbundenen Bedürfnisse spiegelt sich auch im Patient*innengut wieder (z.B. Patchwork-Familien, Single-Haushalte, chronisch Kranke, vermehrt ältere Menschen) (vgl. T5 2017:ff).

„was immer wichtiger wird, ist des Thema Versorgung von chronischen Patienten, von multimorbiden Patienten, wo das Thema Wiederherstellung erstens medizinisch nicht oder noch nicht möglich ist, wo des Thema Management des Lebens und das Wiederherstellen einer guten Lebensqualität im Vordergrund steht. D.h. des san Dinge, die klarerweise die Mediziner und Medizinerinnen net leisten könnten, da wird man andere Berufsgruppen brauchen.“ (T 4 2017:ff)

Dazu kommt eine verkürzte Aufenthaltsdauer aufgrund des medizinischen Fortschritts (vgl.T3 2017:84).

Folgende Statistik gibt einen Überblick über die Veränderung der Aufenthaltsdauer von 1989 bis 2015.

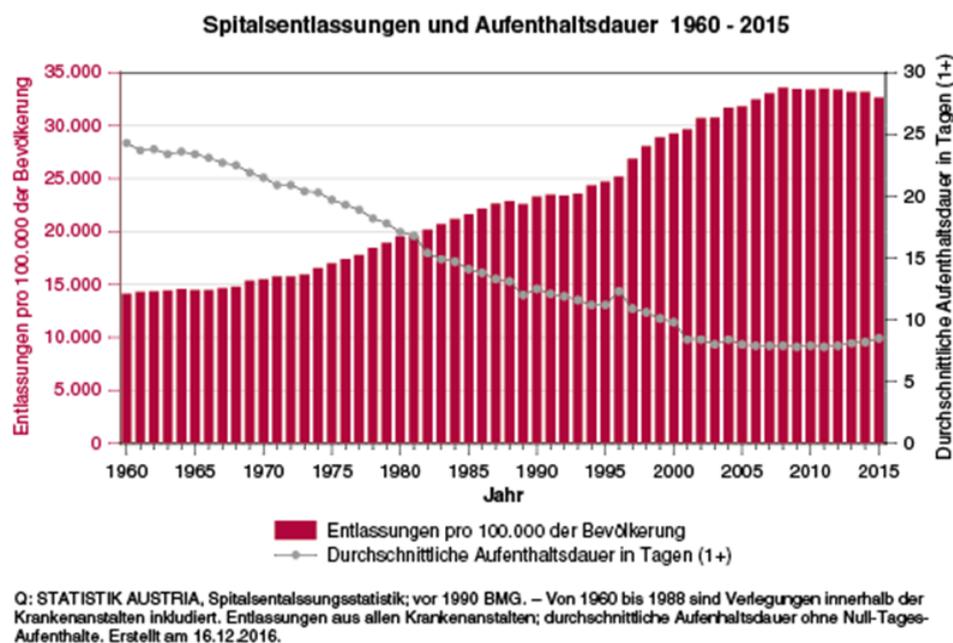


Abbildung 4: Spitalsentlassung und Aufenthaltsdauer 1960 – 2015

„Dauerte im Jahr 1989 ein Aufenthalt in Akut-Krankenanstalten noch durchschnittlich 11,0 Tage, waren es 2008 lediglich 6,8 Tage. Das bedeutet eine durchschnittliche jährliche Reduktion der Aufenthaltsdauer von 1989 bis 2008 um 2,5%. Von 2009 bis 2015 betrug die durchschnittliche jährliche Reduktion jedoch nur noch 0,5%. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akut-Krankenanstalten lag 2015 bei 6,5 Tagen.“ (Statistik Austria 2017)

Sozialarbeit soll bei diesen Bedingungen einen Drehtüreffekt verhindern, der durch mangelnde Organisation und fehlende Netzwerke extramural entsteht (vgl. T11 2017:89f). Andere Berufsgruppen haben im Krankenhausalltag zu wenig fachliche Expertise sich diesen Herausforderungen zu widmen und Hintergründe zu erfragen (vgl. T9 2017:102f).

Der bekannte Palliativmediziner Stein Husebø meint diesbezüglich: „Ich bin Arzt und wir Ärzte haben leider kaum eine Ausbildung in Kommunikation. [...] Und das führt zu großen Komplikationen.“ (Husebø 2011:93).

Weiters wird von den Interviewteilnehmer*innen zur Frage nach dem Grund der Implementierung angegeben, dass Sozialarbeit eingeführt wurde, weil es Entlassungsmanagement zu diesem Zeitpunkt noch nicht gab (vgl. T12 2017:119). In späterer Folge ersetzte die Sozialarbeit im Krankenhaus die fehlenden Ressourcen an Beratung der Bezirkshauptmannschaften (vgl. T9 2017:78). Hier wird auch als positiver Aspekt der direkte Kontakt zu den Patient*innen vor Ort genannt. Generell wird ein hoher Bedarf an Beratung bezüglich sozialrechtlicher Fragestellungen im Gesundheitswesen betont (vgl. T11 2017:158). Die Anregung von Sachwalterschaften und eine Vernetzung nach Innen und Außen werden von einigen Befragten als Tätigkeit der Sozialarbeit angesehen.

Ein unerwarteter Aspekt in den Aussagen ist, dass die Implementierung eine politische Entscheidung aufgrund von Kosteneinsparungen war. Hierzu wird der „Österreichische Strukturplan Gesundheit“ als Vorgabe genannt, wobei man sich fragt, ob das Krankenhaus tatsächlich für die Finanzierung der Sozialarbeit zuständig sein sollte, da das Aufgabengebiet rund um die Organisation weiterer Versorgungsstrukturen zum Teil weit in den extramuralen Raum reicht (vgl. T3 2017:145f). Die Tatsache, dass es keine flächendeckende Implementierung von Sozialarbeit in Krankenhäusern gibt, wird mit den hohen Personalkosten begründet (vgl. T8 2017:94).

„Ich denke, es war aber auch nicht immer so der Wille der Rechtsträger. Sie waren schlichtweg ein Kostenfaktor, wie die klinischen Psychologen, die genauso ein Kostenfaktor san, wo's as wieder obegschrauft hom. Wir brauchen sie net nur im onkologischen Bereich, auch im Palliativbereich, aber des ist so ein Wellental.“ (T3 2017:33-37)

Ein deutlich begründeter Bedarf wird im Bereich der Palliativmedizin, Onkologie, Pädiatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe geäußert (vgl. T11 2017:68).

6.3 Bio-psycho-soziales Modell

Es herrscht Einigkeit darüber, dass das bio-psycho-soziale Modell grundsätzlich im Krankenhaus vertreten werden sollte. Die Rahmenbedingungen dafür sind derzeit auf Grund von Zeit- und Personalmangel nicht gegeben (vgl. T13 2017:68).

„Hinderliche Faktoren san schlicht und afoch die Kürze der Verweildauer.“ (T5 2017:190-191) „Jegliche soziale Komponente, die früher im Spiel war. Krankenschwestern, die Patienten gekannt ham, auch Ärzte, die die Patienten gekannt ham. Des is a nimma selbstverständlich. Des is jo ois verloren gonga. Es geht wirklich nur noch ums abarbeiten.“ (T2 2017:148ff)

Auch das Abrechnungsmodell nach Tätigkeiten erschwert den ganzheitlichen Denkansatz, welcher auf den ersten Blick aufwendiger erscheint, als das Verschreiben von Medikamenten (vgl. T8 2017:149f).

„Nachdem die Medizin sehr industrialisiert wurde und es is ois nur mehr fokussiert auf Leistungszahlen. Es is fokussiert auf die diversen procedures etc etc. Dass do a Mensch dahinter ist geht sehr leicht verloren.“ (T2 2017:76ff)

Eine Interviewteilnehmerin fasst ihre persönlichen Erfahrungen im Krankenhaus folgendermaßen zusammen: „Ärzt*innen legen wenig Wert auf eine ganzheitliche Sicht, sondern haben den Fokus ausschließlich auf die medizinische Versorgung und die Diagnose der Patient*innen.“ (T12 2017:154ff)

„Die Organdiagnose allein sagt wenig über die Selbständigkeit des Patienten aus, zusätzlich erforderlich ist eine Funktionsdiagnose, die die Auswirkung auf die Aktivitäten des täglichen Lebens beschreibt.“ (Lehner/Findl 2003:523)

In der Pädiatrie findet diese Perspektive mehr Berücksichtigung, indem die Ursachen und Hintergründe für Erkrankungen auch im Lebensumfeld gesucht werden (vgl. T8 2017:97). Bei den Erwachsenen scheint es ein gesellschaftliches Erscheinungsbild zu sein, dass somatische Diagnosen eher akzeptiert und psychosoziale Diagnosen als Abwertung oder persönliches Versagen interpretiert werden (vgl. ebd.:101f). Die klinische Versorgung sei auf Effizienz getrimmt, hier hätten sich die Patient*innen unterzuordnen, um nicht als Störfaktor aufzufallen (vgl. T5). Die Betroffenen würden nur als Körper gesehen, die krank sind und repariert werden (vgl. T12 2017:175f).

„Wonn nur die Wunde versorgt is und der Mensch auf da Streckn bleibt, des konns jo bitte net sei.“ (T10 2017:ff)

Vereinzelt wird von Interviewteilnehmer*innen das Potenzial der Sozialarbeit zur Kosteneinsparung durch präventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung genannt (vgl. T9 2017:167f).

„dass man vor allem präventiv arbeitet, ja, damit net nu mehr zsammkummt an Problemen“ (T 9 2017:76)

Obwohl oder gerade weil der Mensch in der Gesellschaft derzeit zu wenig Stellenwert hat, müsse der Fokus auch in der Zukunft vermehrt auf Public Health, Prävention und andere Gesundheitsdeterminanten gelegt werden (vgl. T4)

Lützenkirchen schreibt dazu Folgendes:

„Gemeint sind also Versorgungsmodelle mit salutogenetischem Ansatz, d.h. an den Bedingungen der Gesundheit ansetzenden Charakter anstatt lediglich pathogenetischer, d.h. krankheitsbezogener Orientierung. Gesundheitliche Sicherung ist mehr als nur die Behandlung von krankheitswertigem Leiden. Für die Soziale Arbeit hat die Entwicklung solcher Konzepte weit reichende Konsequenzen, indem sie eine integrierte und kontinuierliche Versorgung der Erkrankten unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes und der sozialen Bedingtheit gesundheitlicher Problemlagen fordern.“ (Lützenkirchen 2005: 11)

In der biomedizinischen Perspektive wird die soziale Dimension völlig ausgeklammert und der Einflussfaktor auf Gesundheit und Krankheit nicht anerkannt. Wenn soziale Problemlagen nicht ausreichend erkannt und gelöst werden, kann dies bei Betroffenen zu einer (somatischen oder psychischen) Krankheit führen.

„Wenn in den Gesundheitsversorgungssystemen die sozialen Ursachen für gesundheitliche Störungen und das Zusammenwirken von sozialen, somatischen und psychischen Problemanteilen nicht erkannt und in die Bearbeitung von Gesundheitsstörungen einbezogen werden, kommt es zu einer Medikalisierung sozialer Probleme. Letztlich kann es dann passieren, dass solche Symptome chronifizieren, weil die hilfebedürftigen Menschen vielerlei Ärzte/Psychotherapeuten konsultieren und Versuche unterschiedlichster Art (Pharmaka, stationäre Aufenthalte, Rehabilitationsmaßnahmen) mehr oder weniger erfolglos bleiben. Im schlimmsten Fall gehen solche Menschen in den medizinisch-psychotherapeutischen Hilfesystemen „verloren“, weil sie nicht mehr an Heilung oder Linderung glauben und deshalb auf ärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung verzichten.“ (Ortmann 2015: 15)

6.4 Unterschied im Verlauf/Outcome/Qualität

Derzeit gibt es keine Qualitätsmessungen bezüglich des Outcomes der sozialarbeiterischen Tätigkeit im Krankenhaus (vgl. T9 2017:96).

Vielleicht ist aus diesem Grund zumindest für eine Interviewperson kein Unterschied im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes bei Hinzuziehung der Sozialarbeit zu erkennen. Die Rückmeldungen der Patient*innen, Pflegepersonen und Angehörigen werden zur Evaluation herangezogen (vgl. ebd.:109f). Ein Pilotprojekt mit Studiencharakter im AKH

Wien zeigt auf, dass die Zusammenarbeit mit der Sozialarbeit innerhalb von 6 Monaten zu einer Verringerung des Drehtüreffekts und (folglich?) zu einer Einsparung von 300.000€ führte (vgl. T3). Dies ist auf eine sinnvolle Vernetzung mit externen Einrichtungen/Organisationen zurückzuführen und bedeutet eine Erleichterung und Unterstützung des Arbeitsprozesses aller beteiligten Berufsgruppen im Krankenhaus (vgl. ebd.: 135f).

Eine Befragte meint, dass bei einem Hinzuziehen der Sozialarbeit als Konsiliardienst „zumindest die wesentlichen Fragen der Existenzsicherung, der Versorgung und Betreuung und Begleitung gestellt werden.“ (vgl. T9 2017:86f)

6.5 Unterschied Sozialarbeit - Entlassungsmanagement

Grundsätzlich gibt es hausinterne Regelungen des Tätigkeits- und Aufgabenbereiches von Entlassungsmanagement und Sozialarbeit. In Niederösterreich gibt es eine von der Landeskliniken-Holding vereinheitlichte Auflistung der Leistungen und Aufgaben der jeweiligen Bereiche, die auf den Homepages der Krankenhäuser nachzulesen sind.

Leistungen des Entlassungsmanagements:

- Beratung über die pflegerischen Belange in Ihrer häuslichen Umgebung
- Unterstützung, um Ihre individuelle und optimale Betreuung zu finden
- Begleitung von pflegenden Angehörigen
- Koordination (falls notwendig) mit Ihrem Hausarzt und sozialen Diensten wie Hauskrankenpflege, Pflegeheim etc.
- Information über Zugang zu Pflegehilfsmitteln und sozialen Zuwendungen wie Pflegegeld, etc.
- Information über Selbsthilfegruppen Verhaltensempfehlungen nach der Entlassung bei der Pflege von Menschen mit besonderen Bedürfnissen

(NÖ Landeskliniken-Holding o.J.,a)

Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit:

- Sozialanamnese und Soziale Diagnostik (u.a. Erhebung und Einschätzung der sozialen Situation)
- Psychosoziale Begleitung und Intervention
- Entlastungs- und Krisengespräche
- Beratung, Information und Begleitung von PatientInnen und der An-/Zugehörigen in sozialen, rechtlichen und finanziellen Fragen und Angelegenheiten (z.B.: Gebührenbefreiungen, Pension, Krankengeld, Versicherungsschutz, Pflegekarenz, Familienhospizkarenz,...)
- Beratung und Unterstützung bei Vertretungs- und Vorsorgemöglichkeiten (z. B.: Sachwalterschaft, Vorsorgevollmacht, Vertretungsbefugnis, Patientenverfügung,...)
- Unterstützung in Notsituationen und bei existenzsichernden Maßnahmen (z.B.: Arbeitsplatzverlust, Mindestsicherung, Schulden, Wohnungslosigkeit, erlebter oder drohender Gewalt,...)
- Beratung bei Fragen zur weiteren Betreuung und Versorgung bei Pflegebedürftigkeit (z.B.: mobile Dienste, Pflegeheim, Hospiz,...)
- Vernetzung mit und Vermittlung zu Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses (z.B.: Behörden, Organisationen, Institutionen, Beratungseinrichtungen,...)
- Hilfeplanung, Koordination (Helferkonferenz, Fallverlauf etc.)

(NÖ Landeskliniken-Holding o.J.,b)

Ausgehend von den Ausbildungsinhalten der zwei Berufsgruppen werden folgende Unterscheidungen getroffen. Die theoretische Grundlage für die Berufsgruppe Entlassungsmanagement bildet – aufbauend auf die Pflegeausbildung – ein einjähriger Lehrgang zur Weiterbildung (vgl. T7 2017:114). Das Entlassungsmanagement kann Fragestellungen rund um den Tätigkeitsbereich der Pflege beantworten. Nach Einschätzung der interviewten Personen beschränkt sich die Wissensvermittlung bei der Pflegeausbildung auf intramurale Bereiche und beinhaltet keine Themen rund um Beratungskompetenzen oder umfassende sozialrechtliche Kenntnisse (vgl. T12 2017:182f).

Es gibt eine Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Entlassungsmanagement, wobei beides kurativ-orientiert handelt und bei rein pflegerischen Dingen verortet wird.

„Direktes Entlassungsmanagement vollzieht sich in der Station und ist ein arbeitsteiliger Prozess. Die Verantwortung für die Prozesssteuerung ist zu definieren und liegt zumeist im Verantwortungsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Die Entlassungsvorbereitung ist hier integraler Bestandteil des Pflegeprozesses. Im Rahmen des indirekten Entlassungsmanagements werden Patientinnen und Patienten mit komplexem poststationären Betreuungsbedarf multiprofessionell beraten und betreut. Dieses Konzept sucht die konsequente Ausrichtung an der Patientenperspektive und bietet die Chance, schnell die passende Leistung für die Krankenhausnachsorge zu finden.“ (BMGF 2012:3)

Sozialarbeit wird als mindestens dreijähriges Studium an Fachhochschulen angeboten und bietet eine breitgefächerte Ausbildung im sozialrechtlichen Kontext, Kommunikation, Methoden und Beratung. Sozialarbeiter*innen verfügen somit über Wissen im Bereich Sozialrecht, psychosoziale Beratung und Begleitung, wenden diagnostische Instrumente an und arbeiten mit dem bio-psycho-sozialen Ansatz (vgl. T9 2017:189f). Die Abklärung des Umfelds der Patient*innen gehört ebenso zum Leistungsspektrum wie auch die Unterstützung und Aufklärung von An- und Zugehörigen (vgl. ebd.:201f). Professionist*innen arbeiten ressourcenorientiert und zeigen die Möglichkeiten der Betroffenen auf. Dabei bleibt die Entscheidungsfindung schlussendlich bei den (geschäftsfähigen) Patient*innen (vgl. ebd.:215f)

Dennoch wird von mehreren Personen kein Unterschied in der Tätigkeit von Entlassungsmanagement und Sozialarbeit gesehen und als „künstliche Etikettierung“ betitelt (vgl. T4 2017:94). Aufgrund unklarer Abgrenzung und Aufklärung über den Aufgaben- und Tätigkeitsbereich von Entlassungsmanagement und Sozialarbeit zeigt sich ein Konkurrenzverhalten zwischen den beiden Berufsgruppen (vgl. T9 2017:82f).

6.6 Sozialarbeit - Auswirkung auf Aufenthaltsdauer

Die gute Vernetzung der Sozialarbeit mit externen Organisationen und Einrichtungen führt zu kürzeren Verweildauern.

„Des wad eigentlich der Sinn der Sache. Ich glaub schon, dass ma do in de Richtung sehr wohl unterstützen, dass die Aufenthalte kürzer san“ (T1 2017:ff)

Bei Fehlen oder mangelnder Verfügbarkeit von externen Angeboten kann sich die Aufenthaltsdauer auch verlängern (vgl. T9 2017:79).

6.7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Aufgrund der starken hierarchischen Strukturen im Krankenhaus wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch berufspolitische Interessen beeinträchtigt (vgl. T8 2017:75). Als dominierende Berufsgruppe wird die der Ärzt*innen angesehen (vgl. T7 2017:167f). Bei der Kommunikation mit dieser wird das Gefühl von Gleichberechtigung vermisst. Ein Gespräch auf Augenhöhe wäre wünschenswert (vgl. T13 2017:67f).

„Ich hätte ma gedacht, dass ma damit an wesentliche Schnitt in da Grundversorgung a machen kann, wo ma dann wirklich Ärzte als Teil eines größeren, breiter aufgestellten Teams a erkennen können, welche wertvolle Arbeit und Unterstützung, a Entlastung andere Berufsgruppen bringen können.“ (T 4 2017: 129-133)

Grundsätzlich attestieren die interviewten Personen der Interdisziplinarität im Krankenhaus große Mängel. Spannungen bestehen speziell zwischen Entlassungsmanagement und Sozialarbeit und die Zusammenarbeit funktioniert manchmal nicht reibungslos (vgl. T9 2017:72ff).

„In Zeiten verkürzter Liegezeiten wächst die Bedeutung eines ungestörten Informationsflusses und klarer Kooperationsstrukturen. Sozialarbeiter erhalten in der Regel Informationen über die Versorgungsbedürfnisse der Patienten von anderen Berufsgruppen, speziell von Ärzten. Der Erfolg der Sozialen Arbeit hängt davon ab, dass die Informationen rechtzeitig und vollständig weitergegeben werden. Erfolgen Informationen kurz vor der Entlassung und unvollständig, kann sich diese verzögern. Diese Abhängigkeit existiert, solange die Sozialarbeiter nicht in das Team einer Behandlungseinheit integriert sind.“ (Ansen et al. 2004:28)

Seitens der Mitarbeiter*innen der Sozialarbeit wird die Vernetzung mit den Pflegepersonen und Ärzt*innen als wichtige Basis ihrer Arbeit angesehen (vgl. T9 2017:204f). Aufgrund der konsiliarischen Zuweisungsmodalität entscheiden Ärzt*innen und Pflegepersonen über die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dieser Berufsgruppe (vgl. T5 2017:175). Diese organisatorischen Rahmenbedingungen verhindern, dass die Profession ein fixer Bestandteil des Teams rund um Patient*innen sein kann (vgl. ebd.:193). Als positive Beispiele für Berufsgruppen-übergreifende Arbeit werden die Teams der psychiatrischen, palliativen, onkologischen und pädiatrischen Abteilungen genannt (vgl. T2 2017:81f). Ein Teilnehmer berichtete beispielhaft von einer Remobilisationsabteilung, auf der regelmäßig Fallbesprechungen mit Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Physiotherapeut*innen und Psycholog*innen stattfinden und daraus gemeinsame Entscheidungsfindungen resultieren (vgl. T6 2017:ff).

6.8 Auslastung/Erreichbarkeit Sozialarbeit

Die Erreichbarkeit in Krankenhäusern mit Sozialarbeit ist zufriedenstellend, wobei - auf Grund der Zuweisungsmodalitäten - die Sozialarbeit nur einen kleinen Teil der Patient*innen kennenlernt (vgl. T9 2017:49f).

„Bei uns heißt, die Entlassung beginnt mit der Aufnahme, d.h. beim Aufnahmegespräche muss die Pflegekraft eigentlich schon ein bisschen vorfühlen oder hoit moi schau, wie es dann nach der Entlassung ausschaut und wo der Bedarf ist und so wird dann auch der Auftrag eingegeben.“ (T1 2017:76-79)

Es wird ein höherer Bedarf an Sozialarbeit gesehen, um auch in den Ambulanzen präsent sein zu können (vgl. T1 2017:ff). Mit einer Personalaufstockung wäre es möglich und sinnvoll, nicht nur im Akutfall, sondern auch präventiv zu handeln (vgl. T9 2017:83f). Zusätzliche Sozialarbeiter*innen haben sich im palliativen und pädiatrischen Bereich bewährt:

„Der Kinderschutzgruppe haben als Vertreter des ärztlichen Dienstes ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein Facharzt für Kinderchirurgie, ein Vertreter des Pflegedienstes und ein Mitglied aus dem Kreis der Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind, anzugehören. Die Kinderschutzgruppe kann beschließen, einen Vertreter des zuständigen Jugendwohlfahrtsträgers beizuziehen.“ (NÖ KAG §19f (2))

In manchen Krankenhäusern wurde Sozialarbeit nicht implementiert. Eine Gesprächspartnerin berichtete davon, dass sie in Folge eines Unfalls und des anschließenden, langen Krankenhausaufenthalts aufgrund fehlender sozialrechtlicher Beratung in finanzielle Schwierigkeiten kam:

„Die ganzen acht Wochen im Krankenhaus kam niemand zu mir....sogar den Transport nach Hause hat mein Mann organisiert. Dann war ich ein Jahr am Weißen Hof...ein Jahr Reha...bei der Aufnahme dort musste ich zu einem Aufnahmegespräch mit einem Sozialarbeiter...dem sagte ich, dass es finanziell eng wird.. zu Hause. Er war ganz entsetzt, dass mir noch niemand gesagt hat, dass ich Anspruch auf Krankengeld habe....woher soll ich das wissen?“ (T13 2017:ff)

6.9 Übergeordnete Stelle

Meist sind Sozialarbeiter*innen der Pflegedirektion unterstellt, was sehr kontrovers gesehen wird und den Interessenkonflikt der Berufsgruppen widerspiegelt (vgl. T1 2017:191f) Eine schwierige Situation ergibt sich aus der Tatsache, dass das Entlassungsmanagement und die Sozialarbeit als Team geführt werden (sollten) und somit die berufseigene Gruppe – die Pflege – bei Entscheidungen bezüglich

Arbeitsteilung von der Leitung priorisiert wird (vgl.ebd.:282ff). Teilweise sind/waren die kaufmännische oder die ärztliche Leitung für die Sozialarbeit zuständig. Das Pflegeschema passt wenig mit Angebot Sozialarbeit zusammen (vgl. T12 2017:245f). Die ärztliche Direktion als übergeordnete Stelle der Sozialarbeit wird bevorzugt, da dort flexibleres und selbstbestimmtes Arbeiten möglich ist (vgl. T5 2017:ff).

„Es is hoit dreigeteilt de Leitung, oba ich würds zur ärztlichen Direktion geben, weil auch die medizinisch-techn. Dienste, wie a Radiologe oda a Analytikerin ausn Labor, oder a PsychologInnen zum ärztlichen Dienst oiso der ärztlichen Direktion unterstehen und do würd i a de Sozialarbeiterin einordnen, weil mit Pflege hot sie für mich nix zu tuan.“ (T6 2017:ff)

Im Zuge dessen wurden diesbezüglich positive Erfahrungen aus der Vergangenheit genannt (vgl. T9 2017:86f).

„Idealerweise ist der Sozialdienst einer Klinik einer medizinischen Leitung der obersten hierarchischen Ebene unterstellt. Nur so können Informationen direkt an entsprechende Stellen weitergeleitet, Aussagen und Entscheidungen getroffen und eine unabhängige, humanistisch-soziale Versorgung gewährleistet werden.“ (Dieplinger 2008:61)

Laut einer Gesprächsteilnehmerin gibt es derzeit in Niederösterreich wieder einen regen Diskurs über den Wechsel zur ärztlichen Direktion (vgl. T9 2017:287)

6.10 Aufklärung über Tätigkeitsbereich der Sozialarbeit

Den Berufsgruppen wird seitens der befragten Personen große Unwissenheit bezüglich des Berufsbilds Sozialarbeit und des Arbeits- und Tätigkeitsbereichs attestiert.

“Ma kennt die paar Dinge, wo ma hoit regelmäßig hinverlässt oder verordnet, aber wos de a sonst ollas nau so im Spektrum hätten, wissen die anderen Berufsgruppen goa net.“ (T4 2017:ff)

„Es herrscht, denke ich, ein Informationsdefizit bei den Gesundheitsberufen, wos genau, des Umfeld, des Themenfeld und die Inhalte der SA umfassen. Das Feld ist breit und das ist nicht bewusst. Man sieht das Themenfeld der SA hauptsächlich moi in der Unterstützung bei irgendwelchen Zettln, des woas. Dass do es Leistungsangebot ein sehr breites is, bis in den tiefen familiären Kontext, des wird häufig ausgeblendet, des wird nicht wahrgenommen, des waß ma schlicht und afoch net, weil sich die Menschen mit dieser Thematik zu wenig befasst haum.“ (T5 2017:ff)

Einen Grund dafür sehen die interviewten Personen in der Ausbildung der Gesundheitsberufe, in welcher keine Inhalte bezüglich Sozialarbeit und ihres Leistungsumfangs vermittelt werden (vgl. T11 2017:76f). Sozialrechtliche Themen finden im Studium der Medizin keinen Platz. Eine interviewte Ärztin beschreibt dies folgendermaßen:

„In meiner Ausbildung war das ganze Sozialarbeiterische überhaupt gar kein Thema...überhaupt gar nix. Ich hab weder gewusst, was die Sozialarbeit macht, noch hab ich irgendwas gewusst über diese sozialarbeiterischen Themen.“ (T8 2017:220ff)

Erst im Berufsleben müssen diesbezüglich Wissen und Erfahrungen erworben werden (vgl. ebd.:231). Auch in der Pflegeausbildung fehlt es an diesen Ausbildungsinhalten (vgl. T12 2017:48f). Pflegepersonen und Ärzt*innen, die mit der Sozialarbeit bereits zusammenarbeiten, wissen grundsätzlich Bescheid, kennen jedoch keine konkreten Inhalte (vgl. T9 2017:246f).

6.11 Verbesserungen des Angebots der Sozialarbeit

Mehrere Interviewpartner machten einerseits auf ein Imageproblem dieser Profession und andererseits auf einen sehr geringen Bekanntheitsgrad aufmerksam. Um dem entgegenzuwirken, gab es Vorschläge, Visitenkarten und Folder über das Tätigkeitsprofil und die Dienstleistungen der Sozialarbeit im Krankenhaus auf den Stationen aufzulegen. Vorträge im Krankenhaus, die einen Leistungsüberblick geben, wurden ebenfalls als hilfreich angesehen. Der Kontakt mit dieser Berufsgruppe löst bei manchen Personen Ängste aus, da diese mit dem Begriff der „Fürsorge“ in Verbindung gebracht wird und negative Assoziationen auslöst.

„in meiner Zeit ist die Sozialarbeiterin mit Schrecken gesehen wordn, weil sie ja eigentlich Kontrolle war..net..oder weil sie zum Beispiel auch dafür verantwortlich war, dass a Kind...aa..weggenommen wurde..und...also.also die is eher mit Schrecken gsehn wordn und kana hot sie gern im Haus ghobt.also wenn die Sozialarbeit kumman is, hot des eher an negativen touch ghobt.“ (T12 2017:ff)

Auch hat das Image der Sozialarbeit als Vertreterin eines Amtes oder einer Behörde eine einschüchternde Wirkung und vergrößert die Skepsis bei Patient*innen (vgl. T4 2017:154ff).

„I glaub, dass der Begriff sozial is anfoch negativ besetzt...ja. sehr negativ besetzt...Sozialfall...des is a Sozialfall...des is gonz schlecht“ (T10 2017:ff)

In der Literatur ist diese Realität ebenfalls Thema:

„Leider haftet diesem Berufszweig zu Unrecht immer noch die Aura des <<Betreuers für Sozialfälle>> an, was für nicht wenige Menschen eine Kontakthemmschwelle darstellt. Dabei hat sich gerade dieses Arbeitsfeld in den letzten Jahrzehnten sehr dynamisch entwickelt und basiert auf wissenschaftlich soliden Theoriegrundlagen.“ (Borasio 2015:83)

Jener Teil der Sozialarbeit, der sich als Gesundheitsberuf etablieren möchte, sollte klare Konturen zeichnen (vgl. T12 2017:163). Der Nutzen der Profession muss für Patient*innen, An-/Zugehörige sowie die Institution Krankenhaus deutlicher kommuniziert werden (vgl. T5 2017:173f). Speziell im Bereich der Onkologie, Palliativ- und Geburtenstation wird eine Aufstockung der Planstellen gewünscht. Aktiveres und frühzeitigeres Handeln und Zugehen auf die Patient*innen seitens der Sozialarbeit wird von zwei Interviewteilernehmer*innen erwartet. Eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Entlassungsmanagement und Sozialarbeit, indem die Zuständigkeiten eindeutig geklärt werden, würde den Arbeitsablauf erleichtern (vgl. T8 2017:214f). Eine Empfehlung diesbezüglich gibt Dieplinger:

„Um die Arbeitsfelder nicht zu begrenzen, ist eine Definition sinnvoll, die über einzelne Begriffe hinausgeht. Eine zu starre und exakte Eingrenzung der Arbeits- und Tätigkeitsfelder würde zur Folge haben, dass die Reichweite der Sozialarbeit eingeschränkt würde.“ (Dieplinger 2008:61)

Der regelmäßige Austausch mit externen Anbietern und die Teilnahme der Sozialarbeiter*innen an regionalen Vernetzungstreffen werden als essentiell angesehen und dringend angeraten, um so einen aktuellen Überblick über den extramuralen Bereich erhalten zu können.

„Des is wichtig, dass ma auch für das Zeit hat. Ja? Weil da profitiert das ganze System davon...und net nur der Patient sondern...olle..das Gesundheitssystem...olle. Oba wenn ma ganzheitlicher denken würde..ja...dann glaub i könnte ma si viel ersparen“ (T11 2017:ff)

Auch in der Literatur lassen sich Empfehlungen diesbezüglich finden:

„Um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern, sind zahlreiche, über die Fallarbeit hinausgehende Aktivitäten nötig. Dazu gehören Unterricht an Krankenpflegesschulen, Mitwirkung in Arbeitskreisen und Projekten, Beteiligung an Pflegekursen sowie Fortbildungsveranstaltungen für Kooperationspartner.“ (Ansen et al. 2004:30)

6.12 Zukunft/Entwicklung der Sozialarbeit

Aus den Interviews geht hervor, dass die gesellschaftliche Entwicklung in Zukunft andere Anforderungen an die Sozialarbeit stellen wird. Aufgrund der Urbanisierung kommt es zu neuen Lebensformen wie Patchwork-Familien und Single-Haushalten. Die demographische Veränderung führt zu einer Zunahme der Anzahl von chronisch Kranken, älteren und hochaltrigen Menschen (vgl. T5 2017:ff). Es wird einheitlich vermutet, dass der Bedarf an Sozialarbeit mittel- und langfristig steigt. Die Einführung eines Personalschlüssels für diese Berufsgruppe ist ein Wunsch von Interviewteilnehmer*innen. Denkbare zukünftige Modelle wären die Implementierung der Sozialarbeit in jedem Krankenhaus mit der Kompetenz auch extern tätig zu sein, Hausbesuche durchzuführen und eine Beratung auch nach der Entlassung anzubieten (vgl. T7 2017:234ff).

„jo, dann brauch ma kompetente Leit, ober...ober die miassn scho im Krankenhaus tätig werd'n, oba für draußen.“ (T10 2017:ff)

Letzteres wird von dieser interviewten Teilnehmerin mit dem Beispiel der Nachsorge von Hebammen untermauert, welche nach einer Klinikgeburt zur weiteren Betreuung nach Hause kommen.

„Angehörige sind nicht selten nach einem Beratungsgespräch überfordert und können erst im Laufe weiterer Gespräche mehr Informationen aufnehmen. Beim Erstgespräch kommt es häufig vor, dass still gehegte Hoffnungen (>>es wird schon nicht so schlimm sein<<) erst einmal von der tatsächlichen Realität abgelöst werden. Weder PatientInnen noch Angehörige fällt es dann leicht, einen solchen Schock zu verkraften.“ (Dieplinger 2008:105)

Weiters wäre eine Möglichkeit, externe Büros zu schaffen oder Gemeinde-Sozialarbeiter*innen anzustellen (vgl. T3 2017:244f). Um das Vertrauen bei den Betroffenen zu erreichen, müssten kompetente Personen in diesem Bereich eingesetzt werden - nicht Nachbarn und Laien (vgl. T12 2017:252f). Von der Sozialarbeit wird erwartet, das dritte Mandat zu erfüllen und gesellschaftliche Aufklärungsarbeit zu leisten, indem sie Versorgungslücken und Bedarfe aufzeigt (vgl. T11 2017:320f). Als große Chance für die Sozialarbeit und für eine bessere Betreuung der Patient*innen werden mehrmals die Primärversorgungszentren genannt. Es wird vermutet, dass dort eine optimale Koordination der Berufsgruppen, interdisziplinäre Zusammenarbeit und individuelle Beratung möglich ist.

6.13 Sonstige Ergänzungen/Anmerkungen

Um den Fokus auf „Soziales“ zu legen, müsste die Finanzierung der sozialarbeiterischen Tätigkeiten geklärt werden - als Vorschlag wurde eine Kostenübernahme durch die Sozialversicherungsträger genannt (vgl. T2 2017:251f). Es wird ein achtsamerer Umgang bei der Verteilung der finanziellen Mittel seitens der Politik gefordert:

„...die Politik auffordern, ein bissl achtsamer zu sein, wo's Geld investieren es wird gebaut und gebaut und beim Personal wird gespart. Weil des is für mich a Zeichen guten Managements, dass die Leute ihren richtigen Arbeitsplatz ham, dass jeder durt is, wo er seine Profession a wirklich anbieten kann, wo sie Sinn mocht.“ (T6 2017:ff)

Dabei soll den Einschätzungen der Sozialarbeit bezüglich tatsächlich benötigter Leistungen mehr Gehör geschenkt werden. In Folge könnten externe und niederschwellige Angebote die Aufnahmen ins Krankenhaus im Vorfeld verhindern (vgl. T6 2017:259f). Die Akademisierung der Pflege wird nach der Einschätzung einer Interviewteilnehmerin dazu führen, dass die Absolvent*innen im Bereich der Pflegeplanung top ausgebildet sind, jedoch der menschliche Aspekt in den Hintergrund rückt (vgl. T7 2017:261f). Das würde eine weitere Verschlechterung hinsichtlich des bio-psycho-sozialen Ansatzes im Krankenhaus bedeuten.

7 SWOT – Analyse (Schinnerl)

Die Ergebnisse werden mittels SWOT-Analyse in Stärken (Strenghts), Schwächen (Weaknesses) sowie fördernde (Opportunities) und hemmende (Threats) Rahmenbedingungen unterteilt. Diese Analyse stellt die Stärken und Schwächen eines Unternehmens den Chancen und Risiken, die sich aus der Umweltentwicklung ergeben, gegenüber. Sie verknüpft damit die unternehmensinterne Perspektive [...] mit der Umweltentwicklung [...] und liefert so die Informationsgrundlage für die situationsspezifische Ableitung geeigneter strategischer Optionen (vgl. Von der Gathen 2014:244).

Aus dieser objektiven Strukturierung der Daten lassen sich in weiterer Folge Empfehlungen für die Sozialarbeit, Stakeholder und die Forschung ableiten.

7.1 Stärken

Die Sozialarbeit ist aufgrund der breitgefächerten Ausbildung prädestiniert, Beratungstätigkeiten im Sinn des bio-psycho-sozialen Modells durchzuführen. Die Professionalität basiert auf Methodenvielfalt, Kommunikations- und Beratungskompetenz sowie dem Einsatz von diagnostischen Instrumenten.

Diese Kenntnisse fließen in die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ein und ermöglichen eine umfassende Betreuung und Begleitung von Patient*innen.

Die Vernetzung als Kernkompetenz der Sozialarbeit erleichtert den Entlassungsprozess und fördert den Austausch zwischen intra- und extramuralen Bereichen.

Im Verständnis der Profession ist auch der Auftrag des dritten Mandats enthalten, welches eine distanzierte, kritische Reflexion gegenüber den Klient*innen, der Politik und den Auftraggeber*innen einnimmt. Aus dieser Position lassen sich wertvolle Anregungen zur Systemoptimierungen ableiten und ermöglichen das Aufzeigen von Versorgungslücken.

7.2 Schwächen

Aufgrund des verbreiteten Bildes der Sozialarbeit, sich vorwiegend mit Randgruppen der Gesellschaft zu beschäftigen, ist der Kontakt zu dieser Berufsgruppe mit Vorbehalten und Ängsten konnotiert. Die Berufsvertretung hat es scheinbar bis jetzt verabsäumt, mit Hilfe von wirksamer Öffentlichkeitsarbeit das Ansehen aufzuwerten. Weiteres fehlt es an einer klaren Positionierung im Gesundheitsbereich. Eine mangelnde Abgrenzung zum Pflegebereich, im Speziellen dem Entlassungsmanagement, wirft Unklarheiten bezüglich des Aufgaben- und Tätigkeitsbereichs auf und erschwert die Zuordnung der Zielgruppen.

7.3 Fördernde Rahmenbedingungen

Demographische Veränderungen und die Urbanisierung erfordern ein kompetentes Schnittstellenmanagement. Die Kernkompetenz der Sozialarbeit - mit vielen anderen Professionen vernetzt zu sein - hilft auch die vorgegebenen Rahmenbedingungen des ÖKAP zu erfüllen, welche eine Auslagerung der Gesundheitsversorgung in den extramuralen Bereich vorsehen und eine Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus

bewirken. Regelmäßige Vernetzungstreffen mit Stakeholdern unterstützen bei dieser Aufgabe.

Die Wichtigkeit der sozialen Aspekte findet im Gesundheitswesen zusehends Beachtung. Dies zeigt die Implementierung der Primary Health Care-Zentren.

Die Sozialarbeit hat sich bereits in den Bereichen Pädiatrie, Onkologie, Psychiatrie und palliativen Versorgung etabliert. Durchgeführte Pilotprojekte zeigen die Effizienz durch den Einsatz von Sozialarbeit auf.

In der Ausbildung der Medizin und Pflege fehlt es an Wissensvermittlung der Themen Kommunikation, Sozialrecht und Beratung. Hier liegen die Stärken des Studiums Soziale Arbeit.

Die Registrierung als Gesundheitsberuf gibt die Chance, sich im Gesundheitswesen zu positionieren.

7.4 Hemmende Rahmenbedingungen

Die Hierarchie im Krankenhaus erschwert die Zusammenarbeit auf Augenhöhe, hinzu kommt die mangelnde Aufklärung über den Aufgaben- und Tätigkeitsbereich aller Stakeholder. Die vom ÖKAP vorgegebenen Ökonomisierungstendenzen führen zu einer Personaleinsparung., die die die berufspolitischen Eigeninteressen der jeweiligen Berufsgruppen verschärft. In der alltäglichen Praxis bestehen Doppelgleisigkeiten in den Tätigkeiten des Entlassungsmanagements und der Sozialarbeit, verstärkt durch die Problematik der Anbindung an die Pflegedienstleitung.

Im Gesundheitswesen dominiert die biomedizinische Perspektive.

Es gibt derzeit keine Evaluierungen und Out-Come Messungen, auch wird die Sozialarbeit als kostspielig angesehen. Bei zukunftsgestaltenden Diskursen im Gesundheitsbereich wird die Sozialarbeit nicht bedacht.

8 Reflexion des Forschungsprozesses

Während der Datenerhebung und aufgrund der unterschiedlichen Personen, die bereit waren ein Interview zu geben, war es möglich einen breiten Blick auf das Kernthema zu bekommen. Sozialarbeit im Krankenhaus wurde aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet. Viele Hintergrundinformationen zum Management, zu den Strukturen und der Finanzierung des Gesundheitssystems sowie die jeweilige fachliche Expertise und

eine ausgiebige Auseinandersetzung mit der Literatur führten zu einer Vertiefung des persönlichen Wissens in diesen Bereichen.

Aufgrund der Abstraktivität und des allgemein gehaltenen Leitfadens, der somit für beide Perspektiven anwendbar war, konnten die gewonnenen Ergebnisse gegenübergestellt werden. Dies erleichterte die Ausarbeitung und veranschaulichte Überschneidungen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede.

8.1 Top-Down-Perspektive *(Schinnerl)*

Der Zugang zum Forschungsfeld brachte anfänglich Hürden mit sich: Einige der kontaktierten Personen sahen sich nicht als Expert*innen und somit zu wenig befähigt, zum Themenbereich Sozialarbeit im Krankenhaus Stellung zu nehmen. Nach längeren Mühen, mehrmaliger Kontaktaufnahme und mit Unterstützung der Projektleiter*innen war es möglich, noch Interviewpartner*innen zu gewinnen.

8.2 Bottom-Up-Perspektive *(Böhmer)*

Um die Bedarfe Betroffener zu eruieren und die Erwartungshaltung gegenüber der Sozialarbeit herauszufinden, wurden Personen für die Interviews ausgewählt, die entweder bereits selbst Erfahrungen mit einer Entlassungssituation im Krankenhaus hatten oder Patient*innen und Angehörige diesbezüglich beraten oder begleitet haben. Interessanterweise fühlte sich ein Großteil dieser Expert*innen im Vorfeld nicht kompetent genug, um an der Erhebung teilzunehmen. Erst im Gespräch stellten sie fest, dass die praxisnahe Beobachtung ein wertvoller Beitrag für diese Forschung ist. Einige Personen sehen einen dringenden Handlungsbedarf in der Verbesserung des Schnittstellenmanagements und gaben deswegen - und auch aufgrund der Zusicherung ihrer Anonymität - Einblick in die Realität von Betroffenen.

9 Conclusio

9.1 Top-Down-Perspektive (Schinnerl)

Die Forschungsfrage hinsichtlich der Unterschiede zwischen Entlassungsmanagement und Sozialarbeit lässt sich anhand der Datenergebnisse beantworten. Wie bereits der Detailauswertung der Ergebnisse zu entnehmen ist, gibt es von der Landeskliniken-Holding eine ausgearbeitete Liste für die Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche des Entlassungsmanagements sowie der Sozialarbeit. Diese sind auf der Homepage der jeweiligen Spitäler aufgelistet.

Nichts desto trotz gibt es für viele Personen keine exakte Abgrenzung innerhalb der beiden Berufsgruppen. Dies ist auch auf die mangelnde Aufklärung über die Leistungen zurückzuführen. Manche sehen darin auch nur eine künstliche Etikettierung und keinen Unterschied zwischen Sozialarbeit und Entlassungsmanagement.

Daran lässt sich die Vorannahme, dass in den Berufsgruppen Unwissen über den Aufgaben- und Tätigkeitsbereich der Sozialarbeit herrscht, anschließen. Wie bereits erwähnt, muss diese Profession ihre Kompetenzen klar definieren. Auch innerhalb des Spitals muss weiterhin aufgeklärt und informiert werden. Es wurde angeregt, dies beispielsweise mittels Folder und Visitenkarten zu tun.

Des Weiteren wurde angenommen bzw. die Frage formuliert, dass aufgrund der unterschiedlichen Blickwinkel, die zwischen dem bio-psycho-sozialen und dem biomedizinischen Modell bestehen, Sozialarbeit ihre Effizienz und Effektivität nicht vollends einbringen kann. Die Rahmenbedingungen - wie Zeit- und Personalmangel - und das Abrechnungsmodell erschweren einen ganzheitlichen Zugang und ein effektives und effizientes Einbeziehen der Sozialarbeit. Wünschenswert wäre dennoch der Blick auf die soziale Dimension. Auf den Abteilungen der Psychiatrie, Pädiatrie und Onkologie sowie im Palliativbereich hat sich das bio-psycho-soziale Modell mehrheitlich durchgesetzt. Die fehlende Einbeziehung dieser Perspektive hängt auch mit dem Unwissen über den Aufgaben- und Tätigkeitsbereich der Sozialarbeit zusammen. Da in den Krankenhäusern das biomedizinische Modell dominiert, wird die soziale Komponente und deren Entstehung sowie Auswirkungen auf eine Krankheit bzw. den Krankheitsverlauf völlig ausgeblendet. Daher wird Sozialarbeit nicht immer hinzugezogen, um bei Fällen mit Interventionsbedarf adäquate Maßnahmen zu setzen und dahingehend zu beraten, betreuen und (präventiv) zu unterstützen.

Die häufige Anbindung an die Leitung der Pflege wird kontrovers diskutiert. Wie aus mehreren Interviews hervorging, wird derzeit wieder über einen Wechsel der Leitung diskutiert. Es wurde eruiert, dass auch andere Berufsgruppen (z.B.: Hebammen, MTF) ein Dilemma diesbezüglich haben. Priorisiert wird die Zuständigkeit der ärztlichen Leitung, da - unter anderem - ein selbstbestimmteres Arbeiten möglich ist.

Damit sich Sozialarbeit im Krankenhaus etablieren kann, muss die Berufsgruppe innerhalb der Institution auf sich selbst aufmerksam machen und sich „vermarkten“, um die anderen Berufsgruppen, Patient*innen und Angehörige über die Aufgaben und Tätigkeiten zu informieren. Hier ist neben der Berufsvertretung auch jede in diesem Feld tätige Person gefordert, Initiativen zu setzen.

Da Sozialarbeit konsiliarisch hinzugezogen wird ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Kolleg*innen der Pflege, mit Ärzt*innen und auch mit dem Entlassungsmanagement unumgänglich. Aufgrund des mehrmals angesprochenen Konkurrenzdenkens zwischen den Berufsgruppen, sei nochmals auf die Individualität der Sozialarbeit hingewiesen: Sie ist eine fachlich fundierte Ausbildung, verfügt unter anderem über Beratungs- und Gesprächsführungskompetenzen, sowie Fachwissen in der materiellen Grundsicherung. Kenntnisse über die Landschaft im extramuralen Bereich sowie die Vernetzung mit anderen Organisationen und Vereinen sind ein weiterer hilfreicher Schwerpunkt. Sozialarbeit stellt eine dringend benötigte Schnittstelle im Krankenhaus und Gesundheitswesen dar.

9.2 Bottom-Up-Perspektive (Böhmer)

Mit Hilfe der gewonnenen Daten kann die Hypothese, dass derzeit die Sozialarbeit nicht als Mitglied des interdisziplinären Teams gesehen wird, verifiziert werden. Die Berufsgruppe wird durch die Modalität der konsiliarischen Hinzuziehung in eine passive Rolle gedrängt und kann nicht aus Eigenem heraus auf die Patient*innen, Ärzt*innen oder Pflegepersonen zugehen. Auch ist sie in den meisten Fällen nicht an Teamsitzungen oder Fallbesprechungen beteiligt.

Seitens der Interviewteilnehmer*innen wurde die Vorannahme bestätigt, dass Sozialarbeit im Krankenhaus ihren Fokus auf die Lebenswelt der Patient*innen legt. Der soziale Aspekt im Bereich Gesundheit und Krankheit wird vorwiegend durch diese

Berufsgruppe beleuchtet und erleichtert dadurch den weiteren Genesungsverlauf bzw. verringert Unsicherheiten, wie es im Alltag weitergehen kann.

Die Bottom-Up-Perspektive zeigt besonders deutlich den Missstand auf, dass Patient*innen und Angehörige nach einem Krankenhausaufenthalt in ein organisatorisches Loch fallen. Wichtige Informationen und die Vermittlung von weiteren Anlaufstellen oder Netzwerken ist nur in den Fällen gesichert, wo Sozialarbeit Teil des Entlassungsprozesses war. Somit kann auch diese Vorannahme als richtig gewertet werden.

Mit Hilfe der gesammelten Daten lässt sich die Frage beantworten, welcher Bedarf bei einer Entlassungssituation im Krankenhaus besteht und welche Berufsgruppe(n) diese im Sinne von einem „best point of service“ decken kann (können). Die Entlassung beinhaltet vorwiegend medizinische, pflegerische und soziale Aspekte. In der Praxis erleben die Patient*innen einen Mangel an sozialer Beratung und Hilfestellung. Hier werden vielfältige Bedarfe genannt, die ausführlich im Kapitel Detailergebnisse aufgelistet sind. Die Daten aus den Interviews lassen ein weites Spektrum an Informationsdefiziten erkennen. Die Beratung hinsichtlich pflegerischer Notwendigkeiten wird von der Berufsgruppe Pflege erwartet, medizinische Aufklärung von den Ärzt*innen und sozialrechtliche, finanzielle und existenzsichernde Problemstellungen sollen von der Berufsgruppe Sozialarbeit bearbeitet werden. Hinzu kommt, dass vermehrt das Bedürfnis nach Gesprächen, Angehörigenbetreuung und (Krisen-)Interventionen für die Zeit nach dem Krankenhaus dem sozialarbeiterischen Kontext zugeordnet werden.

Zu einer optimalen Betreuung im Krankenhaussetting braucht es Anknüpfungsmöglichkeiten im extramuralen Bereich, um das erarbeitete Anamnesewissen und die bereits begonnenen Planungsschritte zur Fortführung an professionelle externe Stellen weitergeben zu können. Nur so ist eine kontinuierliche Betreuung und Begleitung von Patient*innen gewährleistet und verhindert in weiterer Folge Wiederaufnahmen ins Krankenhaus aus sozialen Gründen.

Um die Fachgruppe Sozialarbeit im Krankenhaus zu stärken ist ein bundesweites Netzwerk anzuraten. Der interne Austausch über gelungene Pilotprojekte und die gegenseitige Unterstützung bei Arbeitsabläufen, Systemspezifischen Fragestellungen und Entwicklung neuer Ideen würden dieser Institution ein Mehr an Gestaltungsmöglichkeiten aufzeigen.

10 Empfehlungen und Ausblick

10.1 *Schinnerl Annika*

Aufgrund der dargestellten Ergebnisse ergaben sich einige interessante Erkenntnisse, die für eine positive Weiterentwicklung und Optimierung der Sozialarbeit nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im Gesundheitsbereich sorgen können. Verbesserungen für die Stakeholder wurden ebenso gewonnen.

In Zukunft sollte ein Schwerpunkt vermehrt auf eine positive entstigmatisierende Öffentlichkeitsarbeit und Vermarktung des Berufsbilds und der Profession Sozialer Arbeit/Sozialarbeit gelegt werden. Sozialarbeiter*innen haben in der Gesellschaft immer noch den Ruf der „birkenstocktragenden“ Weltverbesserer. Durch die Arbeit mit Randgruppen ist das Tätigungsfeld oft mit Vorurteilen und Ängsten seitens der Bevölkerung behaftet. Dies führt dazu, dass eine Kontaktaufnahme oftmals mit Scham verbunden ist.

Das Arbeitsfeld Sozialarbeit wird von Außenstehenden als diffus und Sozialarbeiter*innen, als „Mädchen für alles“ wahrgenommen. Ein für das Berufsbild wenig förderlicher Faktor ist, dass es nicht auf den Punkt gebracht werden kann, was Soziale Arbeit „macht“ bzw. „kann“. Um dem entgegenzuwirken, sollte zu Beginn der Ausbildung mit Studierenden erarbeitet werden, wie Soziale Arbeit treffend beschrieben werden kann. Dieses Problem betrifft auch andere Berufsgruppen, schilderte ein Interviewpartner, die diese Vorgehensweise mittlerweile in ihrem Studium praktizieren. So kann zukünftig vermieden werden, weiterhin ein unklares Bild der Profession weiterzugeben.

Um eine fortführende Implementierung der Sozialarbeit im Krankenhaus zu ermöglichen, sollten Sozialberufe und Sozialbetreuungsberufe im Gesetz verankert werden. In Folge dessen ist eine Umbenennung des Teiles der Sozialarbeit, der sich im Gesundheitsbereich etablieren möchte, anzudenken. Eine Bezeichnung in „Gesundheits- und Sozialarbeit“ wäre eine Option.

Aus dem gewonnenen Datenmaterial lässt sich hierzu die Empfehlung ableiten, die Sozialarbeit wieder der ärztlichen Direktion zu unterstellen, um den Konfliktpotentialen zwischen Pflege und Sozialarbeit die Grundlage zu entziehen. Ein aktives Zugehen auf

die beteiligten Berufsgruppen und Aufklären aller Stakeholder über die Aufgaben der Sozialarbeit im Bereich Krankenhaus soll dazu beitragen, ins Bewusstsein dieser zu gelangen und das Schattendasein zu beenden. Die aktuellen gesellschaftlichen Diskussionen um den demografischen Wandel bieten eine gute Basis, ökonomische Überlegungen mit vorhandenen sozialen Bedürfnissen der Bevölkerung abzugleichen und zu erkennen, dass die Sozialarbeit als kompetenter und objektiver Gesprächspartner Teil von zukunftsgestaltenden Diskursen sein sollte. Um diesen Umdenkprozess zu unterstützen, wäre es sinnvoll, eine Registrierung der Sozialarbeit als Gesundheitsberuf zu forcieren. Außerdem wird seitens der Stakeholder eine Anpassung der Berufsbezeichnung der Sozialarbeit im Gesundheitsbereich gefordert, um eine bessere Zuordnung zu diesem Bereich zu erzielen. Klient*innen und auch die anderen Berufsgruppen sollen bereits an der Bezeichnung der Berufsgruppe erkennen können, wofür diese zuständig ist und welchem Bereich sie zugeordnet wird. In der Öffentlichkeit hat Sozialarbeit als Beruf derzeit keinen Konnex zum Bereich Krankenhaus oder Gesundheit im Allgemeinen. Hier wäre der Auftrag an die Forschung und auch an die Berufsvertretung zu erkunden, wie eine Berufsbezeichnung aussehen müsste, um auf den ersten Blick einer Zuordnung zum Gesundheitswesen und gleichzeitig dem Thema Sozialarbeit gerecht werden zu können.

Wie aus der Forschung hervorging, wird den Berufsgruppen innerhalb des Gesundheitsbereichs Unwissen über die Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche zugeschrieben. Dieses Problem betrifft nicht nur die Sozialarbeit, sondern auch andere „exotische“ Professionen wie beispielsweise Orthopädist*innen (vgl. T4 2017:142). Um die Berührungspunkte innerhalb der Berufsgruppen eines Spitals abzubauen, um auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken und zu forcieren und um das Konkurrenzdenken zu minimieren, sollte der Grundstein bereits in den Ausbildungen der unterschiedlichen Gesundheitsberufe gelegt werden. So empfiehlt es sich, Überlegungen hinsichtlich einer fächerübergreifenden Wissensvermittlung während dieser Ausbildungen anzustellen. Das bedeutet, dass Studierende der Physiotherapie, der Gesundheits- und Krankenpflege, der Diätologie, der Medizin, der Ergotherapie, der Logopädie, der medizinisch-technischen Assistenz und der Sozialarbeit an diversen Modulen gemeinsam teilnehmen. Dadurch kann eine Basis an Kenntnissen über die unterschiedlichen Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche der Gesundheitsberufe gegeben werden. Im weiteren Sinne könnte dies auch Auswirkungen auf die hierarchische Struktur innerhalb des Krankenhauses haben. Ärzte*innen und die biomedizinische Perspektive beherrschen grundsätzlich immer noch den Krankenhausalltag. Wenn im Rahmen der Ausbildung ein fundiertes Grundwissen über soziale Einflussfaktoren und

Gesundheitsdeterminanten sowie sozialrechtliche Aspekte vermittelt werden, kann dies im Berufsalltag eine Kommunikation auf Augenhöhe positiv beeinflussen.

Eine Verflachung der Hierarchie sowie die Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells und der Einbezug der Salutogenese nach Antonovsky wäre für ein „Spital der Zukunft“ erstrebenswert. Um einen Schritt dahingehend zu setzen, muss auf Seiten der Ärzte*innen ein Umdenken forciert werden: Nicht nur im Rahmen des Studiums, sondern auch bei Vertreter*innen der Ärztekammer sollte dies angesprochen werden. Eine Auseinandersetzung mit der Profession der Sozialarbeit im Krankenhaus wurde hier verabsäumt. An diese muss zukünftig vermehrt plädiert werden, die Lebenswelt der Patient*innen und die sozialen Aspekte, bezugnehmend auf die fünf Säulen der Identität nach H.G. Petzold, zu berücksichtigen. Dies stellt eine große Herausforderung dar, da die Medizin durch ihre wissenschaftlichen und technologischen Fortschritte den Menschen scheinbar in seiner Würde vermehrt in den Hintergrund drängt bzw. stellt. Durch die erhöhten Anforderungen stets effektiv und effizient zu arbeiten, wirkt es, als würde nur noch das Outcome zählen.

Seitens der Sozialarbeit braucht es eine größere Interessenvertretung im Gesundheitsbereich bzw. in der Institution Krankenhaus. Hier taucht die Frage auf, ob dies dem Berufsverband zu Teil wird oder ob es nicht besser wäre eine eigene Berufsgruppenvertretung speziell im Gesundheitsbereich zu gründen. Gutes positives Lobbying der Sozialarbeit muss auch darauf abzielen, sich in Zukunft bei Fort- und Weiterbildungen sowie zukunftsgestaltenden Diskursen einzubringen und zu positionieren. Der Dialog mit den Stakeholdern sowie der Ärztekammer darf ebenso nicht zu kurz kommen.

Ein bisher unerwählter, aber durchaus interessanter Aspekt, wie sich Sozialarbeit in der Institution Krankenhaus anderweitig positionieren kann, ist der der betrieblichen Gesundheitsförderung.

„Die Förderung von Gesundheit im Betrieb ist zu verstehen als das Erschaffen von arbeitsplatzbezogenen Lebenssituationen, in denen Menschen unterstützt werden, ihr Leben in konstruktiver Weise selbstbestimmt und sinnhaft gestalten zu können.“
(Lützenkirchen 2005:179)

Spitäler weisen in gesundheitlicher Perspektive ein Paradox auf. Kranken Menschen sollen „gesund gemacht“ werden, doch zugleich wirken diese kranken Menschen als potentiell krankmachender Stressor auf die dort Arbeitenden. Zu Implementierung

gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Krankenhaus eigenen sich beispielsweise Arbeitskreise für Gesundheit, sogenannte Arbeitszirkel. Diese sind aus Vertretern aller Bereiche zusammengesetzt. Das Ziel ist die Förderung der Gesundheit aller Mitarbeiter. Um die strukturellen Rahmenbedingungen zu verbessern, müssten die Grenzen zwischen den Berufsgruppen sowie die Hierarchiestufen überwunden werden. Die zunehmende Ökonomisierung und Technisierung verschärfen hingegen diese Grenzen. Eine weitere wichtige Aufgabe, die der betrieblichen Sozialarbeit zukommt, ist die Unterstützung dieser Prozesse. Ein gesundheitsförderndes Setting bedeutet die Veränderung der gesamten Organisation im Sinne dessen, dass das Krankenhaus einen Politik- und Strategiewechsel vornimmt und den Aspekt der Gesundheitsförderung in alltägliche Aktivitäten einführt. Die Umwelt im Krankenhaus kann mit Hilfe der betrieblichen Sozialarbeit einen Rahmen schaffen, der die Gesundheit der Mitarbeiter*innen fördert (vgl. Lützenkirchen 2005:ff).

10.2 *Böhmer Veronika*

Zusammenfassend kann aus den gewonnenen Daten eindeutig ein Bewusstsein der Stakeholder herausgelesen werden, das einen wachsenden Bedarf an Sozialarbeit - nicht nur - im Krankenhaus sieht. Um ein Gelingen dieser Institution zu ermöglichen, ist es unabdingbar, den gesellschaftlichen Kontext mit zu berücksichtigen. Einige Rahmenbedingungen sollten im Zuge dessen an die kommenden gesellschaftlichen Herausforderungen adaptiert werden.

„Gesundheitspolitische Debatten werden seit Jahren vermehrt vor dem Hintergrund einer drohenden Kosten,explosion` oder bevorstehender Unfinanzierbarkeit des öffentlichen Gesundheitswesens geführt. Eine der zentralen Ursachen für diese Entwicklung wird in den prognostizierten demographischen Entwicklungen gesehen.

[...]

Aus ökonomischer Perspektive werden relevante Einflussfaktoren vielfach nach angebotsseitigen und nachfrageseitigen Kostenfaktoren unterschieden. Angebotsseitig sind Gesundheitsausgaben unter anderem durch die Preise und eingesetzten Mengen wesentlicher Einsatzgüter (Inputs) bestimmt. Die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen ist sehr personalintensiv, womit die Entwicklung der Personalkosten die Gesamtkosten deutlich beeinflussen kann. Gleichzeitig verbessern sich die medizinisch-technischen Möglichkeiten fortlaufend, so daß Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege mit immer neuen Medikamenten, Diagnose- und Behandlungsgeräten durchgeführt werden. Weitere wesentliche angebotsseitige Einflüsse stellen die Zahl der Leistungsanbieter und die Vergütungssysteme dar. Letztere beeinflussen gleichzeitig das Nachfrageverhalten.“ (Schneider/Österle 2003:225f)

Darunter fallen die Klärung der Finanzierung und ökonomische Überlegungen hinsichtlich der Einrichtung Sozialarbeit im Krankenhaus. Solange diese als zu teuer gilt und keine Nachweise eines Einsparungspotentials vorlegen kann, wird die Sozialarbeit Gefahr laufen, fortschreitender Ökonomisierungstendenzen zum Opfer zu fallen.

„Mit Leistungssätzen, Leistungs- und Obergrenzenverordnungen, der gesonderten Begründungspflicht einzelner Maßnahmen sowie der umfassenden Dokumentationspflicht der sozialen Arbeit in Sozialen Diensten steht auch die Soziale Arbeit unmittelbar unter Rechtfertigungs- und Leistungsdruck, muss Wirksamkeit der gewählten Maßnahmen beweisen oder zumindest plausibel erscheinen lassen.“
(Dimmel/Schmid 2013:95)

Hier gilt es Messinstrumente zu entwickeln, welche klar und vergleichbar Qualität und Wirksamkeit der Sozialarbeit nachweisen können. Eine quantitative Messung bestimmter Leistungen ist erforderlich, um Leistungsträgern die Bedeutung der Sozialen Arbeit zu präsentieren (vgl. Ansen et al. 2004:91). Anerkannte Methoden zur Evaluierung und Outcome-Messung der sozialarbeiterischen Tätigkeiten zu entwickeln und flächendeckend einzusetzen, ist ein Weg, professionell aufzutreten und Zweifel an der Wirksamkeit und Kompetenz der Sozialarbeit aus dem Weg zu räumen. Das Aufzeigen des Potentials dieser Berufsgruppe zur Optimierung von Versorgungsabläufen ist wichtig, um sowohl in der Politik und bei Entscheidungsträgern als auch bei der Krankenhausleitung selbst Wertschätzung und Gehör zu bekommen. Sie alle müssen von der Wirksamkeit und den Effekten des sozialarbeiterischen Handelns und Wirkens überzeugt werden (vgl.ebd.:136).

Es ist von entscheidender Bedeutung, Bedingungen zu schaffen, die eine qualitativ gute Sozialarbeit ermöglichen. Der Erfolg ist auch davon abhängig, ob die daraus resultierenden Vorteile für das Krankenhaus nachvollziehbar sind (vgl.ebd.:130). Den Tätigkeitsbereich der Sozialarbeit im Krankenhaus auf Vermittlung von Plätzen in Heimen oder von Pflegediensten zu reduzieren, bedeutet die eigentlichen Stärken dieser Berufsgruppe nicht erkannt zu haben. In diesem eingeschränkten Leistungsspektrum wäre die Sozialarbeit jederzeit durch andere Professionen ersetzbar (vgl.ebd.:127).

Hier muss eindeutig noch überregionale Aufklärungsarbeit seitens der Berufsvertretung als auch von den im Feld tätigen Professionist*innen geleistet werden. Die Stärken der Sozialarbeit prädestinieren diese Berufsgruppe, Antworten und Lösungsvorschläge auf zukünftige gesellschaftliche Herausforderungen speziell im Gesundheitswesen gemeinsam mit anderen beteiligten Berufsgruppen und den Betroffenen selbst zu erarbeiten. Diese Kompetenz begründet sich auf ein interdisziplinäres Denken und

Arbeiten, auf das vernetzte und vernetzende Handeln und die Fähigkeit zu einer distanzierenden und kritischen Reflexion. Das Aufzeigen von Versorgungslücken und das Einfordern der Implementierung angepasster Leistungen bedeuten einen wertvollen Beitrag zur bedarfsgerechten und sozial vertretbaren Entwicklung im Gesundheitswesen.

Um in diese wertgeschätzte Position zu gelangen, ist es erforderlich, das Ansehen der Sozialarbeit bei den Stakeholdern zu aktualisieren. Das Bild der Fürsorge und die damit verbundenen Assoziationen müssen einem modernen, der Realität entsprechenden Eindruck Platz machen. Nur so wird es möglich sein, dass einerseits Klient*innen ohne Vorbehalte und wissend um die Kompetenzen der Sozialarbeit die Leistungen in Anspruch nehmen und andererseits eine klare Positionierung innerhalb der Berufsgruppen des Gesundheitswesens vorgenommen werden kann. Dies ist besonders in einem hierarchisch-streng geordneten Arbeitsumfeld wichtig, um gleichberechtigt an der Begleitung und Betreuung von Patient*innen mitwirken zu können und sich nicht mit Standortbestimmungen aufhalten zu müssen.

Da in einzelnen Fachrichtungen der Medizin, wie bereits erwähnt, ein Umdenken bezüglich interdisziplinärer Zusammenarbeit, Lebensweltorientierung und Ganzheitlichkeit zu beobachten ist, sollten hier Allianzen gegründet, gestärkt und ausgebaut werden. Beispielsweise wird lt. Böhmer in der Geriatrie und Gerontologie bei Überlegungen zum Thema Prävention von der Erfassung der Gesamtsituation der älteren Menschen gesprochen. Prävention bedeutet in diesem Fachgebiet der Medizin, die fünf Dimensionen der Gesundheit zu berücksichtigen: die physische, psychische und soziale Gesundheit, den ökonomischen Status und die Selbsthilfefähigkeit. Bei Nichtbeachtung aller Aspekte verliert der Gesundheitsbegriff seinen Wert, denn Gesundheit ist mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit (vgl. Böhmer 2005:262f). Hier sollte die Sozialarbeit verstärkt in den Austausch gehen, um Synergien zu nutzen, beispielgebende Projekte zu entwickeln und diese öffentlich zu machen.

Ein weiterer Meilenstein, der für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit zukunftsprägend sein kann, sind die geplanten Primary Health Care-Zentren. In dieser integrierten Versorgung wird die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen explizit angeführt. Einige Interviewteilnehmer*innen haben ihre große Hoffnung geäußert, dass in diesen neuen Gesundheitszentren der Patient/die Patientin im Mittelpunkt steht und ein multidisziplinäres Team weitgehend alle Bedürfnisse bezüglich Gesundheit abdeckt.

Parallel zu dieser Entwicklung scheint es zusätzlich notwendig zu sein, Sozialarbeit im extramuralen Bereich anzusiedeln, um nach einer Krankenhausentlassung, weiter Beratung in Anspruch nehmen zu können. Für die Nutzer*innen macht es keinen Unterschied, ob dies niedergelassene Einrichtungen sind oder als Gemeindesozialarbeit geführt wird. In diesem Punkt ist die Politik in die Pflicht zu nehmen, derartige Institutionen zu implementieren, denn auch von dort ging die Order aus, die Erwachsenen-Sozialarbeit und die der Kinder- und Jugendhilfe auf den Bezirkshauptmannschaften zusammenzulegen. Die Verknappung der personellen und zeitlichen Ressourcen geht zu Lasten der Erwachsenen-Sozialarbeit und deswegen braucht es ein niederschwelliges Angebot als Ersatz.

11 Literatur

Ansen, Harald / Gödecker-Geenen, Norbert / Nau, Hans (Hg*innen) (2004): Soziale Arbeit im Krankenhaus. München: Ernst Reinhardt.

Auer, Katharina / Schmid, Tom (Hg*innen) (2014): Manuskript, Publikation in Vorbereitung.

Berger, Ute (2013): Case Management im Krankenhaus. Der Drehtüreffekt im Managementprozess am Praxisbeispiel. München: GRIN-Verlag.

BMGF - Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2012): Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM). http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/3/0/CH1333/CMS1350910195632/bqll_aufnahme_entlassungsmanagement_2012.pdf [04.04.2017]

Böhmer, Franz (2005): Aufgaben der Prävention in der Gerontologie. In: Amann, Anton / Majce, Gerhard (Hrg.): Soziologie interdisziplinären Netzwerken. Wien-Köln-Weimar: Böhlau, 255-264.

Borasio, Gian Domenico (2015): Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. 4. Auflage, München: dtv.

Dieplinger, Anna Maria (2008): Soziale Dienstleistungen für PatientInnen und Angehörige. Studien und Konzepte zur Orientierung von Sozialarbeit im Krankenhaus. Wien-Köln-Weimar: Böhlau.

Dimmel, Nikolaus / Schmid, Tom (Hg*innen) (2013): Soziale Dienste in Österreich. Innsbruck-Wien-Bozen: StudienVerlag.

Flaker, Vito / Schmid, Tom (Hg*innen) (2006): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien-Köln-Weimar: Böhlau.

Flick, Uwe (2004): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Geißler-Piltz, Brigitte (2004): Klinische Sozialarbeit: eine Herausforderung für die Soziale Arbeit.

https://www.researchgate.net/profile/Brigitte_Geissler-Piltz/publication/237669400_Klinische_Sozialarbeit_eine_Herausforderung_fur_die_Soziale/links/555c706408aec5ac2232d67d.pdf [03.04.2017]

Geißler-Piltz, Brigitte / Mühlum, Albert / Pauls Helmut (Hg*innen) (2005): Klinische Sozialarbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Girtler, Roland (2001): Methoden der Feldforschung. 4.Auflage, Wien-Köln-Weimar: Böhlau.

Kühl, Stefan / Strodtholz, Petra / Taffertshofer, Andreas (Hg*innen) (2005): Quantitative Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Husebø, Stein (2011): Alt, krank und allein - in Würde?. In: Kulturverein SCHLOSS GOLDEGG (Hrg.): Gesundheit ist lernbar. Wofür und wovon wir leben, Tagungsband, 1.Auflage, Goldegg: Kulturverein SCHLOSS GOLDEGG Eigenverlag, 90-107.

Lehner, Elisabeth / Findl, Inga (2003): Erfolgreiche Entlassung aus dem Krankenhaus durch Schnittstellenmanagement. In: Böhmer, Franz / Rhombert, Hans Peter / Weber, Erwin (Hrg.): Grundlagen der Geriatrie. 1.Auflage, Wien: Verlagshaus der Ärzte. 523-528.

Lützenkirchen, Anne (2005): Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen - Praxisfelder – Institutionen. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Mayer, Hanna (2001): Pflegeforschung. Elemente und Basiswissen. 2.Auflage, Wien: Facultas

NÖ Landeskliniken-Holding (o.A.) a: Entlassungsmanagement.
<http://www.amstetten.lknoe.at/fuer-patienten/beratungsstellen/entlassungsmanagement.html> [06.04.2017]

NÖ Landeskliniken-Holding (o.A.) b: Klinische Sozialarbeit.
<http://www.amstetten.lknoe.at/fuer-patienten/beratungsstellen/klinische-sozialarbeit.html> [06.04.2017]

OEFOP – Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen (2014):
<https://primaerversorgung.org/definition-f%C3%BCr-fachkr%C3%A4fte> [10. 04. 2016]

Ortmann, Karlheinz (2015): Ist Sozialarbeit (k)ein Gesundheitsberuf?. In: Sozialarbeit in Österreich. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik. Ausgabe 4, 13-17

Ris (2014):
<https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40029308> [15.04.2017]

Schewior-Popp, Susanne / Sitzmann, Franz / Ullrich, Lothar (Hg*innen) (2012): Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegendе in Ausbildung. 12., aktualisierte und erweiterte Auflage, Stuttgart: Georg Thieme.

Schneider, Ulrike / Österle, August (2003): Gesundheitssicherung im Alter aus ökonomischer Perspektive. In: Rosenmayr, Leopold / Böhmer, Franz (Hrg.): Hoffnung Alter. Forschung Theorie Praxis. Wien: WUV-Universitätsverlag, 225-245.

Statistik Austria

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html [22.04.2017]

Thole, Werner / Küster, Ernst-Uwe / Karin, Bock (Hg*innen) (2002): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Opladen: Verlag für Sozialwissenschaften.

Von der Gathen, Andreas (2014): Das große Handbuch der Strategieinstrumente. Werkzeuge für eine erfolgreiche Unternehmensführung. 3.Auflage, Frankfurt am Main: Campus.

Wirtschaftslexikon

(o.J.)

a:

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/output.html?extGraphKwId=9874>
[10.04.2017]

Wirtschaftslexikon

(o.J.)

b:

<http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/outcome/outcome.htm> [11.04.2017]

12 Daten

T1, Transkript der Aufnahme im Feld erstellt, von Annika Schinnerl, Februar 2017, Zeilen durchgehend nummeriert

T2, Transkript der Aufnahme im Feld erstellt, von Annika Schinnerl, März 2017, Zeilen durchgehend nummeriert

T3, Transkript der Aufnahme im Feld erstellt, von Annika Schinnerl, März 2017, Zeilen durchgehend nummeriert

T4, Transkript der Aufnahme im Feld erstellt, von Annika Schinnerl, April 2017, Zeilen durchgehend nummeriert

T5, Transkript der Aufnahme im Feld erstellt, von Annika Schinnerl, April 2017, Zeilen durchgehend nummeriert

T6, Transkript der Aufnahme im Feld erstellt, von Annika Schinnerl, April 2017, Zeilen durchgehend nummeriert

T7, Transkript der Aufnahme im Feld erstellt, von Veronika Böhmer, April 2017, Zeilen durchgehend nummeriert

T8, Transkript der Aufnahme im Feld erstellt, von Veronika Böhmer, April 2017, Zeilen durchgehend nummeriert

T9, Transkript der Aufnahme im Feld erstellt, von Veronika Böhmer, April 2017, Zeilen durchgehend nummeriert

T10, Transkript der Aufnahme im Feld erstellt, von Veronika Böhmer, April 2017, Zeilen durchgehend nummeriert

T11, Transkript der Aufnahme im Feld erstellt, von Veronika Böhmer, April 2017, Zeilen durchgehend nummeriert

T12, Transkript der Aufnahme im Feld erstellt, von Veronika Böhmer, April 2017, Zeilen durchgehend nummeriert

T13, Transkript der Aufnahme im Feld erstellt, von Veronika Böhmer, April 2017, Zeilen durchgehend nummeriert

13 Abbildungen

Abbildung 1: Top-Down und Bottom-Up-Modell, <http://www.metrimonconsulting.de/inhalte/blog/?it=node/99> [22.04.2017]

Abbildung 2: Bio-psycho-soziale Betrachtung des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens, [22.04.2017], Geißler-Piltz, Brigitte / Mühlum, Albert / Pauls Helmut (Hg*innen) (2005): Klinische Sozialarbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Abbildung 3: Biomedizinische Sichtweise, <http://gesund-krank.blogspot.co.at/> [22.04.2017]

Abbildung 4: Spitalsentlassung und Aufenthaltsdauer 1960 – 2015, <https://www.statistik.at/wcm/idc/groups/b/documents/webobj/mdaw/mdiyl/~edisp/022408.gif> [22.04.2017]

14 Anhang

Leitfaden

Datum		Zeit	
Ort			
Befragte Person			
Funktion		Geschlecht	
Interviewer*in			

Das Interview ist anonym und wird ohne Personenbezug ausgewertet

Besondere Vorkommnisse / Beobachtungen während des Interviews

1. Türöffner-Frage

Information über das BAC – Projekt

1.1. Frage: Sind Sie an den Ergebnissen unseres Projektes Interessiert?

Information: nach der Sponson kann die Arbeit elektronisch übermittelt werden (z.B. als PDF)

2. Mundöffner-Fragen

2.1. Was ist Ihre Funktion?

2.2. Wie lange sind Sie bereits im Gesundheitsbereich tätig?

3. Sachfragen

3.1 *Wo sehen Sie die Aufgaben der SA? Welche Erwartungen haben Sie an SA im KH?*

Warum braucht es eine SA im KH?

3.2 Warum – aus welcher Entwicklung heraus- wurde SA implementiert? Wie sehen Sie den Bedarf einer SA im KH begründet?

3.3 Wie lässt sich die Perspektive des bio-psycho-sozialen Modells im KH integrieren?

3.4. Gibt es einen Unterschied im Verlauf eines KH-Aufenthaltes, wenn SA involviert ist?

Woran zeigt sich das Outcome / die Qualität von SA?

3.5. Wo liegen Ihrer Meinung nach die Unterschiede zwischen SA und EM im KH?

3.6. Hat die Hinzuziehung der SA Auswirkungen auf die Aufenthaltsdauer im KH?

4. Problemfragen

4.1. Wie gut funktioniert Ihrer Meinung nach die Interdisziplinäre Zusammenarbeit im KH? Wie haben Sie diese erlebt? Wie sehen Sie die Position der SA im interdisziplinären Team?

4.2. Wie sieht es mit der Auslastung bzw. der Erreichbarkeit der SA aus?

4.3. Wie sehen Sie die Anbindung der SA an die Pflege? Würde eine Anbindung an die kaufmännische oder ärztliche Leitung eine bessere Zuständigkeit darstellen?

4.4. Sind die Berufsgruppen Ihrer Meinung nach aufgeklärt über den Arbeits- und Tätigkeitsbereich der SA?

5. Veränderungsfragen

5.1. Gibt es Bereiche, in denen Sie sich beim Angebot der SA Verbesserungen wünschen?

5.2. Wie sehen Sie die Zukunft der SA im KH? Welche Entwicklung, vermuten Sie, wird die SA im KH in den nächsten Jahren machen bzw. wäre notwendig?

5.3. Gibt es noch irgendetwas Wichtiges, das hier nicht ausgesprochen wurde, das Sie aber gerne noch sagen möchten?

Vielen Dank für ihre Mitarbeit!

15 Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Annika Schinnerl**, geboren am **06.09.1985** in **Mistelbach**,
erkläre,

1. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, am 24.04.2017



Annika Schinnerl

16 Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Veronika Böhmer**, geboren am **28.03.1972** in **Wien**, erkläre,

3. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
4. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Neuhofen/Ybbs, am **24.04.2017**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'V. Böhmer', is centered on a light blue rectangular background.

Veronika Böhmer