

# Sozialarbeiterische Handlungskonzepte zur Unterstützung chronisch lungenkranker Menschen

Liora Enzi, 1610406049

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 24.4.2019

Version: 1

Begutachter\*in: Veronika Böhmer BA, Heinz Novosad BA MA

# Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit sozialarbeiterischen Handlungskonzepten zur Unterstützung von chronisch lungenkranken Patient\*innen. Ein Ziel dieser Arbeit war die Beleuchtung des Drehtüreffektes. Dieser beschreibt die Dynamik, dass Betroffene immer wieder Gesundheitseinrichtungen aufsuchen, aber ohne passende Unterstützung wieder nach Hause geschickt werden. Ein weiteres Ziel war es, die durch Interviews erhobenen psychosozialen Bedürfnisse von lungenkranken Menschen zu analysieren und daraus sozialarbeiterische Handlungskonzepte zu entwickeln.

The bachelor-thesis at hand focuses on concepts of action, more specifically on those which are relevant in the field of social-service work, which assist patients that are affected by chronic pulmonary diseases. The purpose of this thesis was to point out the so called revolving-door effect. This effect emphasizes the dynamic in which those affected keep consulting healthcare facilities and are sent back home without receiving proper medical support. Another objective of this thesis was to provide an analysis of patients affected by pulmonary diseases and their psychosocial wants and needs by conducting and examining interviews in order to develop new social work approaches.

# Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Einleitung</b> .....  | <b>5</b>  |
| <b>1 Zentrale Begriffe</b> .....   | <b>6</b>  |
| 1.1. Chronische Erkrankungen der Lunge.....  | 6         |
| 1.2. Drehtürpatient*innen.....   | 7         |
| 1.3. Drehtüreffekt.....  | 7         |
| 1.4. Handlungskonzepte.....  | 8         |
| <b>2 Forschungsprozess</b> .....   | <b>8</b>  |
| 2.1. Forschungsinteresse.....  | 8         |
| 2.1.1. Einbettung in das Projekt „Sozialarbeiterische Handlungskonzepte bei wiederholter<br>Inanspruchnahme im Gesundheitswesen“.....                                | 9         |
| 2.2. Vorannahmen.....  | 9         |
| 2.3. Recherche.....  | 9         |
| <b>3 Forschungsdesign</b> .....  | <b>10</b> |
| 3.1. Methodenwahl.....   | 10        |
| 3.1.1. Fragenstellungen im Interview.....  | 10        |
| 3.2. Auswahl der Interviewpartner*innen.....   | 11        |
| 3.2.1. Interviewpartnerin 1.....   | 11        |
| 3.2.2. Interviewpartnerin 2.....   | 12        |
| 3.2.3. Interviewpartnerin 3.....   | 12        |
| <b>4 Datenauswertung</b> .....   | <b>13</b> |
| <b>5 Ergebnisdarstellung</b> .....   | <b>13</b> |
| 5.1. Präsenz der Sozialen Arbeit im Bereich chronisch lungenkranker Menschen.....  | 13        |
| 5.2. Handlungskonzepte aus der Literatur.....  | 14        |
| 5.3. Aus den Interviews abgeleitete Verbesserungsvorschläge.....   | 17        |
| 5.3.1. Perspektive der Sozialarbeiterin.....   | 18        |
| 5.4. Forschungsfragen.....   | 19        |
| 5.4.1. Hauptfrage: Wie kann die Soziale Arbeit Drehtürpatient*innen mit einer chronischen<br>Lungenkrankheit in ihren psychosozialen Bedürfnissen unterstützen?..... | 20        |
| 5.4.2. Wo liegen die Diskrepanzen zwischen Handlungskonzepten und der Umsetzung in der<br>Praxis?.....   | 21        |
| 5.4.3. Wie äußert sich der Drehtüreffekt bei Menschen mit chronischen<br>Lungenerkrankungen?.....  | 21        |
| <b>6 Resümee</b> .....   | <b>22</b> |
| <b>7 Ausblick</b> .....  | <b>23</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>8 Literaturverzeichnis .....</b>      | <b>26</b> |
| <b>9 Datenverzeichnis.....</b>           | <b>28</b> |
| <b>Abkürzungen .....</b>                 | <b>28</b> |
| <b>10 Eidesstattliche Erklärung.....</b> | <b>29</b> |

# Einleitung

Die vorliegende Arbeit ist in ein Projekt des Studiengangs Soziale Arbeit an der Fachhochschule St. Pölten eingebettet. Die Bezeichnung lautet „Sozialarbeiterische Handlungskonzepte bei wiederholter Inanspruchnahme im Gesundheitswesen“. Die Leitung wurde vom Pädagogen, Sozialarbeiter und Notfallsanitäter Heinz Novosad und von Sozialarbeiterin Veronika Böhmer übernommen.

Annemarie Jost erklärt in ihrem Buch „Soziale Arbeit und Gesundheit“ die Wechselbeziehung zwischen Gesundheit und der Umwelt:

„Die Gesundheit wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst, wobei körperliche und psychische Aspekte und Umweltfaktoren in einer komplexen Wechselbeziehung stehen. Einerseits wird zunehmend gesundheitliche Eigenverantwortung gefordert, andererseits ist es gerade aus Sicht der Sozialen Arbeit bedeutsam, Zusammenhänge von sozialer Ungleichheit und Gesundheit zu verstehen und zu kommunizieren.“ (Jost 2013:13)

Dieses Zitat beschreibt den ganzheitlichen Ansatz, mit dem das Thema chronisch kranke Menschen in der vorliegenden Arbeit betrachtet werden soll. Die unterschiedlichen Einflüsse auf die Gesundheit eines Menschen können abseits der genetischen Veranlagung, also auch im sozioökonomischen Bereich, gefunden werden. (Jost 2013:16)

Die „World Health Organization“ (WHO) erklärt – auf diesen ganzheitlichen Ansatz gestützt – folgende Prinzipien als grundlegend für die Zufriedenheit, Sicherheit und Gesundheit der Menschen:

- Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.
- The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.
- The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States.
- The achievement of any State in the promotion and protection of health is of value to all.
- Unequal development in different countries in the promotion of health and control of disease, especially communicable disease, is a common danger.
- Healthy development of the child is of basic importance; the ability to live harmoniously in a changing total environment is essential to such development.
- The extension to all peoples of the benefits of medical, psychological and related knowledge is essential to the fullest attainment of health.
- Informed opinion and active co-operation on the part of the public are of the utmost importance in the improvement of the health of the people.
- Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures.

(WHO o.A.)

Im Gesamtspektrum der Krankheiten der Bevölkerung in westlichen Industrienationen sind chronische Krankheiten dominierend. Am häufigsten sind hier Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Neubildungen, Diabetes, Krankheiten des Bewegungsapparates, Erkrankungen der Atmungsorgane und Arthritis zu verzeichnen (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2017:151).

Chronische Erkrankungen der Lunge stellen für Betroffene und auch für deren Angehörigenkreis eine enorme Belastung dar. Auf den ersten Blick ist die Erkrankung der Lunge eine rein somatische (vgl. Gneist 2009:2).

In dieser Arbeit werden jedoch der psychosoziale Lebensbereich und die aus der Krankheit resultierenden Bedürfnisse der Betroffenen beleuchtet, mit Blick auf die Soziale Arbeit und deren Unterstützungsmöglichkeiten.

Zu Beginn der vorliegenden Arbeit werden die Begrifflichkeiten, auf denen die forschungsrelevanten Schwerpunkte liegen, erklärt. Das Kapitel Forschungsprozess soll Einblick in den Forschungsverlauf der vorliegenden Arbeit gewähren. Das Kapitel Forschungsdesign wird die Methoden und die Forschungsfragen darlegen. Um das Thema multiperspektivisch zu erforschen, wurden insgesamt drei narrative Interviews geführt. Zwei mit chronisch lungenkranken Frauen und ein weiteres mit einer Krankenhaus-Sozialarbeiterin. Die Auswertung der drei Interviews wurde durch offenes Kodieren durchgeführt, anschließend wurden die Ergebnisse dargestellt, die auch eine Hauptforschungsfrage und zwei Unterfragen beinhalten. Ein Resümee und ein zur Diskussion anregender Zukunftsausblick schließen die Forschungsarbeit ab. Die Ergebnisse stellen den Schwerpunkt dieser Arbeit dar, da sie relevant für weiterführende Forschungsprozesse sind.

## 1 Zentrale Begriffe

Im folgenden Kapitel werden die für die Forschungsarbeit relevanten und damit zentralen Begriffe definiert.

### 1.1. Chronische Erkrankungen der Lunge

Um chronische Krankheiten zu heilen oder wenigstens zu mindern, reicht keine rein medizinische Herangehensweise. Diese Art von Erkrankungen ist charakterisiert durch die Langfristigkeit und die Verlaufsdauer. In vielen Fällen erstrecken sich chronische Krankheiten über das ganze Leben eines Menschen. Die chronischen Krankheitsverläufe weisen eine dichte Abfolge von krisenhaften, instabilen Phasen auf, die psychische und ökonomische Folgen haben können. Diese Akkumulation an Problemstellungen ergibt eine typische

Komplexität für professionelle Helfer\*innen. Chronische Erkrankungen bringen Einschränkungen mit sich und verringern die Belastbarkeit der Betroffenen. Diese breit gefächerten Problemstellungen ziehen einen großen Wechsel zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen mit sich, so dass Betroffene mit sehr unterschiedlichen Professionen und Helfer\*innen zu tun haben. Daraus resultierend werden von den Patient\*innen auch unterschiedliche positive wie negative Erfahrungen gemacht (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2017:151).

„Aus diesen besonderen Merkmalen erwachsen für die Erkrankten und ihr soziales Umfeld zahlreiche Bewältigungsherausforderungen: Ihnen sind vielfältige Anpassungsprozesse auf der Ebene der Biografie, der Identität oder des Alltags- und Familienlebens abgefordert. Auch das unkalkulierbare Auf und Ab der Krankheitsverläufe stellt die Erkrankten auf eine harte Probe, weil es ihnen stets neue Anpassungen abverlangt, die oft schon wieder überholt sind, kaum dass eine gelungen ist.“ (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2017:152)

## 1.2. Drehtürpatient\*innen

Der Diplomsozialarbeiter, Gesundheitswissenschaftler und Notfallsanitäter Christoph Redelsteiner bezeichnet im Buch „Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst“ der Österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin Drehtürpatient\*innen als „heavy utilizers“. Damit beschreibt er Personen, die in kurzen Abständen Einrichtungen aufsuchen oder kontaktieren, die Hilfe anbieten (vgl. Redelsteiner 2019:105). Redelsteiner schreibt dazu: „Im Kontext des Gesundheitswesens steht dahinter überwiegend ein – oft noch nicht klar erkanntes oder ausgesprochenes – psychosoziales Problem, eine Überforderung pflegender Angehöriger, ein ungelöstes Betreuungsproblem oder Ressourcenmangel im weiteren Sinne.“ (ebd.:105)

## 1.3. Drehtüreffekt

In der Literatur konnte keine Begriffsdefinition zum „Drehtüreffekt“ gefunden werden. Daher konnte im Rahmen des Projekts „Sozialarbeiterische Handlungskonzepte bei wiederholter Inanspruchnahme im Gesundheitswesen“ von den Dozent\*innen und den Studierenden ein gemeinsames Verständnis zum „Drehtüreffekt“ gefunden werden:

„Der metaphorische Begriff „Drehtüreffekt“ wird in diesem Projekt verwendet, um wiederholte Hilfeanfragen durch Patient\*innen an Allgemeinmediziner\*innen, Primärversorgungseinrichtungen, Notruf- und Rettungsdienste oder Krankenhäuser in kurzen Zeiträumen (trotz Intervention) zu veranschaulichen. Es wird davon ausgegangen, dass diesem Effekt neben strukturellen Problemen unterschiedlichste persönliche Nöte wie Obdachlosigkeit, Einsamkeit, psychiatrische Problemlagen oder Überforderung im Bereich Betreuung und Pflege zugrunde liegen können. Die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter\*innen und anderen Gesundheitsberufen könnte ganzheitliche und nachhaltige Versorgungsmöglichkeiten mit Betroffenen identifizieren und eine gemeinsame Fallplanung ermöglichen.“ (Projektteam 2019)

## 1.4. Handlungskonzepte

Im Zuge der Recherche für die vorliegende Arbeit konnte der Begriff „Handlungskonzepte“ klar im pädagogischen Bereich verortet werden. Im sozialarbeiterischen Kontext sind Handlungskonzepte durch den Begriff der „Methode“ vertreten. Das Fachlexikon der Sozialen Arbeit beschreibt Methoden wie folgt:

„Methoden Sozialer Arbeit beziehen sich vorrangig auf die Soziale Arbeit und ihre Professionellen, sie fragen nach der Strukturierung, Kontrolle und Handhabung der Wirkungen und Nebenwirkungen professionellen Handelns, ihrer organisationalen und institutionellen Einbindung; zudem sind sie ein Bestandteil der Professionalisierung der Sozialen Arbeit.“  
(Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2017:776)

In der vorliegenden Arbeit sind Handlungskonzepte erforscht worden, die sich aus der Betroffenen-Perspektive, der Professionellen-Perspektive und Fachliteratur zu Sozialer Arbeit im Gesundheitsbereich zusammensetzen.

# 2 Forschungsprozess

Das folgende Kapitel beschreibt den Zugang zur Thematik und das Eigeninteresse an der Erforschung des Themas der Bachelorarbeit.

## 2.1. Forschungsinteresse

Das Interesse dieser Arbeit lag klar auf den Bedürfnissen chronisch lungenkranker Menschen und der damit verbundenen Unterstützung derer Angehörigen. Die Forschungsfragen zielten aus diesem Grund darauf ab, Handlungskonzepte für die Soziale Arbeit auszuarbeiten, die eine ganzheitliche und effektive Unterstützung für Betroffene anbieten können.

Im ersten Semester des Studiums der Sozialen Arbeit stand die Lehrveranstaltung „Medizin“ auf dem Lehrplan. Dieses Fach zog mich in seinen Bann und weckte mein Interesse für den medizinischen Bereich. 2017 wählte ich ein Praktikum in einem Krankenhaus in Wien aus und absolvierte dieses auf der Lungenabteilung. Dort konnte ich wertvolle Erfahrungen im Bereich der Krankenhaus-Sozialarbeit sammeln. Durch eigene gut überstandene Krankheit, weitere Fälle von chronischen Erkrankungen in meiner Familie und dem näheren Umfeld ist mir das Thema vertraut. Dadurch entstand gleichzeitig mein Anliegen, Lücken im Versorgungssystem aufzuspüren und unterstützende Handlungskonzepte der Sozialen Arbeit zu erforschen.

### 2.1.1. Einbettung in das Projekt „Sozialarbeiterische Handlungskonzepte bei wiederholter Inanspruchnahme im Gesundheitswesen“

Das Projekt, in das die vorliegende Bachelorarbeit eingebettet ist, dient zur

„(...) Erforschung und Entwicklung sozialarbeiterischer Handlungskonzepte vor dem Hintergrund der Problemstellung wiederholter Beanspruchung von AllgemeinmedizinerInnen, Rettungsdiensten, Krankenhäusern oder Primärversorgungseinrichtungen. Die Projektergebnisse sollen die operativen Grundlagen für in diesem Bereich tätige SozialarbeiterInnen entwickeln.“ (Böhmer/Novosad 2018)

Als Verwertungsmöglichkeiten/Anwendungsfelder beschreibt die Projektleitung, bestehend aus Veronika Böhmer und Heinz Novosad „(...) die Entwicklung eines systematischen sozialarbeiterischen Casemanagements bei AllgemeinmedizinerInnen, Rettungsdiensten, Krankenhäusern oder Primärversorgungseinrichtungen.“ (Böhmer/Novosad o.A.)

### 2.2. Vorannahmen

Meine Vorannahmen zum Thema „chronisch kranke Menschen als Drehtürpatient\*innen“ beruhten auf intensiven Gesprächen mit der Sozialarbeiterin Frau G. Sie machte mich darauf aufmerksam, mit Vorsicht an die Verbindung zwischen chronisch krank und dem Drehtüreffekt heranzugehen. In den Gesprächen kristallisierte sich heraus, dass chronisch kranke Menschen immer Drehtürpatient\*innen sind, da sie aus rein medizinischen Gründen immer wieder Einrichtungen im Gesundheitssystem aufsuchen. Diese Dynamik soll aber gesondert betrachtet werden, wenn es um die psychosozialen Bedürfnisse geht. Durch die Auseinandersetzung mit dem Thema Drehtüreffekt und chronische Krankheiten konnte festgestellt werden, dass es von Bedeutung erscheint, einen klaren Strich zu ziehen, um diese eben erwähnte Unterscheidung deutlich zu machen.

### 2.3. Recherche

Das Fachlexikon der Sozialen Arbeit half, Begriffsdefinitionen zu finden und auf neue Zusammenhänge und Fachvokabular zu stoßen. Fachliteratur zum Thema Soziale Arbeit und Gesundheit wurden aus der Fachhochschul-Bibliothek St. Pölten ausgeliehen. Damit verknüpft wurden zur Thematik passende Internet-Artikel. Der Zugang zum Feld wurde durch mein Praktikum in einem Krankenhaus in Wien hergestellt. Dort arbeitet die Sozialarbeiterin, Frau G., die mir für die Betroffenen-Interviews zwei ihrer ehemaligen Patient\*innen vermittelte, die beide chronisch lungenkrank sind.

Durch die Teilnahme am 6. öGERN-Symposium (Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin) an der Fachhochschule St. Pölten, konnte ich einen Einblick in das Generalthema „Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst“ gewinnen. In diesen Themenfeldern wurde auch der Drehtüreffekt thematisiert. Dieser Begriff wird später ausführlicher geschildert und diskutiert.

## 3 Forschungsdesign

Im folgenden Kapitel werden die Methoden der Erhebung, die Fragestellungen in den Interviews und die Auswahl der Interviewpartnerinnen beschrieben.

### 3.1. Methodenwahl

Zur Erhebung der Daten wurde für die drei Interviews die Form des narrativen Interviews gewählt, um die Befragten frei erzählen zu lassen. Eines davon war ein Expertinnen-Interview, da die Befragte Sozialarbeiterin ist. Mit dem Begriff „Expert\*in“ ist explizites Wissen verbunden. Das Wissen über die Sozialarbeit unterscheidet somit Frau G. von den anderen beiden Befragten. Dennoch kann jede\*r in bestimmter Hinsicht Expert\*in sein (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010:131). Die zwei chronisch kranken Frauen kannten sich in ihrem Feld der Krankheit aus. Sie benutzten medizinische Begriffe, genauso wie die befragte Sozialarbeiterin.

Das narrative Interview bietet die Möglichkeit, Orientierungsstrukturen des faktischen Handelns zu rekonstruieren (vgl. ebd.:93) Diese Form der Befragung entspricht der kognitiven Aufarbeitung der Erfahrung damit am meisten (vgl. ebd.:96). Die transkribierten Daten wurden anschließend durch offenes Kodieren ausgewertet, um erste Konzepte empirisch zu erheben, ohne theoretisch zu sehr einzuschränken (vgl. ebd.:204). Aus den Ergebnissen der Interviews, kombiniert mit Literatur, konnten aussagekräftige Handlungskonzepte für Soziale Arbeit mit chronisch lungenkranken Menschen entwickelt werden.

#### 3.1.1. Fragenstellungen im Interview

Die narrativen Interviews beinhalteten unterschiedliche Fragestellungen, die vorher aufgrund der Vorgeschichte der Patient\*innen und der Sozialarbeiterin passend ausgewählt wurden. Die Fragestellungen für die Sozialarbeiterin basieren auf dem Zugang für Expert\*innen-Interviews nach Wohlrab-Sahr (2010). Zum besseren Verständnis werden die im Interview verwendeten Fragen an dieser Stelle ausgeführt:

##### Fragen an Frau K. (COPD-Betroffene):

- Welche Erfahrungen haben Sie im Zuge Ihrer Krankheit mit der Sozialen Arbeit gemacht?
- Haben Sie negative Erfahrungen mit Sozialer Arbeit gemacht?

##### Fragen an Frau G. (Sozialarbeiterin):

- Wie kann die Soziale Arbeit für chronisch kranke Menschen unterstützend wirken?
- Warum kommen die Menschen immer wieder im Sinne des Drehtüreffekts?
- Was sind deine Verbesserungsvorschläge für Soziale Arbeit mit chronisch kranken Menschen?

### 3.2. Auswahl der Interviewpartner\*innen

Meine ehemalige Praxisanleiterin, Sozialarbeiterin Frau G., vermittelte mir zwei ihrer chronisch kranken Patient\*innen als Interviewpartner\*innen. Beide Damen kannte sie bereits über einen längeren Zeitraum und empfahl sie aufgrund ihres offenen Umgangs mit der chronischen Krankheit.

Das erste Interview mit Frau K. fand am 8. Februar 2019 in Wien, in einer im Seniorenheim integrierten Wohnung statt und dauerte eineinhalb Stunden.

Das zweite Interview mit der Sozialarbeiterin Frau G. fand am 12. Februar 2019 in einem Krankenhaus in Wien auf der Lungenabteilung statt und dauerte rund 30 Minuten.

Das dritte Interview mit Frau P. fand am 26. Februar 2019 auf der Arbeitsstelle der Befragten, ebenfalls in Wien, statt und dauerte eine halbe Stunde.

#### 3.2.1. Interviewpartnerin 1

Frau K. lebt in einem Seniorenheim in Wien und ist 72 Jahre alt. Sie leidet an der chronischen Lungenkrankheit „chronic obstructive pulmonary disease“ (COPD, deutsch: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung) im Stadium IV und muss ständig mit Sauerstoff versorgt werden, den sie durch einen Schlauch in die Nase zugeführt bekommt.

„Bei Erkrankungen der Lunge, die mit einer Obstruktion – einer Einschränkung des Atemflusses – einhergehen, die irreversibel oder nur teilweise reversibel sind, handelt es sich um eine COPD. Diese Abkürzung folgt dem englischen medizinischen Terminus „chronic obstructive pulmonary disease“. Sie wird in den Schweregraden I-IV diagnostiziert. Die Bezeichnung erfasst zumeist die Summe der beiden Erkrankungen Lungenemphysem – in der Umgangssprache Lungenblähung – und chronisch obstruktiver Bronchitis. An der Entstehung der COPD kann auch chronisches Asthma beteiligt sein.“ (Gneist 2009:16)

Frau K. ist mobil, da ihre Sauerstoffflaschen auf einem beweglichen Untersatz stehen. Sie lebt in einer Eigentumswohnung im Seniorenheim, in der sie pflegerisch versorgt wird. Auf einem Zettel an ihrer Wohnungstüre hat sie den ausdrücklichen Wunsch deponiert, vor 10 Uhr vormittags keinen Besuch zu bekommen, da sie schlecht schlafe und daher später aufstehe. Frau K. hat schon viel erlebt und weiß sich mittlerweile trotz des lückenhaften Hilfesystems gut selbst zu helfen. Sie wehrt sich, fordert ein, forscht gegebenenfalls selbst nach, wo sie etwas bekommt. Frau K. wünscht sich leichter zugängliche Informationen und eine klare Entlastung

von chronisch kranken Menschen. Diesbezüglich beschrieb sie sehr konkrete Vorschläge, was eine längere Auseinandersetzung mit dem Thema vermuten ließ. Frau K. erwähnte Fragebögen, die anfangs allgemein auf chronische Krankheiten bezogen sein sollten, in weiterer Folge aber spezifisch auf die Krankheit zugeschnitten sind. In ihrem Fall wären das zum Beispiel ein Fragebogen zu chronischen Krankheiten und im zweiten Teil spezielle Fragen zu COPD. Diese sollen helfen, die Bedürfnisse von Betroffenen auszuwerten und daraus einen passenden Hilfeplan bzw. Handlungskonzepte zu entwickeln.

### 3.2.2. Interviewpartnerin 2

Frau P. arbeitet seit 32 Jahren als Buchhalterin in einer Firma in Wien und ist seit 2005 chronisch lungenkrank. Im Laufe der Zeit wurden ihr unterschiedliche Diagnosen gestellt, sie wurde stets von Arzt/Ärztin zu Arzt/Ärztin verwiesen, ohne eine ihrer Gesundheit zuträgliche Behandlungsstrategie zu erhalten. Dies wurde zunehmend frustrierender für sie.

„(...) der hot mir dann g'sogt: Na, also TBC hoben sie ned. Sie hob'n a Sarkoidose. Zwischenzeitlich wor i aber beim Herrn Professor H., damit ma des Hormonelle abklären können. Der hot gsogt: Na, Sie hob'n ka TBC. Der hot mir dann a no Hormone geb'n. I kumm mir vor wie a wandelnde Bombe.“ (T3 2019, Z 75-79)

Frau P. beschrieb ihr soziales Netzwerk als den derzeit behandelnden Arzt und die Sozialarbeiterin Frau G. Sie erwähnte auch eine Diskrepanz zwischen ihrem Auftreten, das stark und lustig wirkt und ihren Bedürfnissen als chronisch lungenkranke Frau:

„Najo mei Problem is halt und i glaub, deswegen denken die sich, die braucht eh kan sozialen Kontakt, weil i des vo Haus aus gar ned zua los. Weil i bin ja so lustig unterwegs, dass die denken, der geht's eh guat, die braucht eh nix. Wir san eigentlich froh, dass mas hob'n, weil die baut die anderen auf.“ (T3 2019, Z 116-120)

Auf die Interview-Frage, was sie denn gebraucht hätte von der Sozialen Arbeit, antwortet sie: „Also i hätt' scho was braucht. Also dass i immer nicht weiß, wos es jetzt genau is, na? Dass i a bissl mehr Obacht auf mi gib. Weil i hob ja trotzdem weiter gmocht. Also i hab ja sehr viel Arbeit.“ (T3 2019, Z 121-123) Frau P. beschreibt das Dilemma des Funktionieren-müssens im Alltag, trotz keiner Klarheit über ihren gesundheitlichen Zustand. Sie beschreibt den Wunsch nach einer Instanz, die sie bremst, sie auf Auszeiten hinweist, ihre Krankheit ernst nimmt, wenn sie es im Alltag nicht kann. Dennoch ist ihr durch diese Aussage bewusst, dass es nicht ideal ist, einfach weiterzumachen.

### 3.2.3. Interviewpartnerin 3

Frau G. ist 62 Jahre alt, lebt in Wien und ist Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin. Sie kann auf jahrzehntelange Erfahrung im Sozialbereich zurückblicken. Sie arbeitete auch als Dozentin an einer Fachhochschule. Derzeit arbeitet sie in einem Krankenhaus in Wien und führt dort in

erster Linie Krisenentlastungsgespräche und betreibt Case Work um nachhaltig die Stabilität ihrer Patient\*innen zu fördern.

## 4 Datenauswertung

Die Interviews wurden durch die Methode „offenes Kodieren“ ausgewertet. Przyborski und Wohlrab-Sahr (2010) bezeichnen offenes Kodieren als „den ersten, noch nicht theoretisch eingeschränkten Schritt bei der Konzeptentwicklung (ebd.:204). Diese Methode beruht auf einer „Zeile-für-Zeile“- bzw. „Wort-für-Wort“-Analyse. Ziel ist die Entwicklung vorläufiger Konzepte, die neue Fragen aufwerfen können. Dabei ist es zentral, sich von Daten zu lösen und in Konzepten zu denken (ebd.:204). Eingeordnet wurden also Sätze, die mit Hilfe von Eigenschaften (z.B. Dimension, Passage, Konzept) analysiert werden konnten. Daraus resultierende Notizen – Memos – wurden anschließend zur eigenen gedanklichen Einordnung erstellt.

## 5 Ergebnisdarstellung

In diesem, für die vorliegende Arbeit zentralen Kapitel sind die Ergebnisse der Forschungsarbeit dargestellt. Diese wurden über die Analyse von drei Ebenen abgeleitet: Antworten von Betroffenen und einer Expertin in den Interviews, die Sicht einer Sozialarbeiterin im Krankenhaus und Literatur zum Thema. Diese vier Ebenen wurden durch eigene Reflexion verknüpft. Da ein Ziel der Arbeit die Entwicklung von sozialarbeiterischen Handlungskonzepten war, musste die praktische Feldforschung mit der theoretischen Ebene der Literatur verbunden werden.

### 5.1. Präsenz der Sozialen Arbeit im Bereich chronisch lungenkranker Menschen

„Ich wusste gar nicht, dass es das gibt. Ich finde, die Information an die Menschen sollte umfangreicher sein, was es gibt. Durch Zufall erfährt man zum Beispiel, dass es ein Entlassungsservice gibt im Spital oder so.“ (T1 2019, Z 48-50) Dieses Zitat stammt von Frau K., die an COPD, Stadium IV leidet und im Interview immer wieder angibt, sich die Informationen über psychosoziale Unterstützung selbst angeeignet zu haben. Auf die Frage, ob Frau P. nach den verschiedenen Diagnosen, die sie in den vergangenen 14 Jahren erhalten hat, mit Sozialer Arbeit in Kontakt gekommen ist, sagt sie:

„Nein. Also i hob a bis jetzt, es ist bis jetzt no kaner an mi herangetreten, niemand. Den anzigem sozialen Kontakt, den i hob is, wie mi die von der MA irgendwos wieder anrufen hot und gsogt hot: Was is mit Ihrer TBC? Und i hob gsogt: I hobs ned. Des wors. Mehr hab ich nicht.“ (T3 Z 99 – 102)

Frau P. nennt als sozialen Kontakt, bei dem sie sich aufgehoben fühlt, einen Arzt, der sehr empathisch sei. (vgl. T3:2019, Z 104 – 105)

## 5.2. Handlungskonzepte aus der Literatur

Unter diesem Punkt sind aus der Fachliteratur stammende, theoretische Ansätze für Handlungskonzepte der Sozialen Arbeit mit chronisch kranken Menschen angeführt.

Annemarie Jost beschreibt in ihrem Buch „Gesundheit und Soziale Arbeit“ die Schocksituation, die Betroffene und Angehörige nach einem Schlaganfall erleben. Dies kann auf Diagnosen im Bereich der chronischen Krankheiten umgemünzt werden, denn sie bedeuten eine meist lebenslängliche Einschränkung für die Betroffenen. In solchen das Leben nachhaltig prägenden Momenten bzw. Phasen ist es die Aufgabe der Sozialen Arbeit, empathisch zuzuhören, aufzufangen, Fragen zu beantworten, Ordnung in das Chaos zu bringen (vgl. Jost 2013:137).

Zur Bewältigung einer schwierigen Situation ist es für Betroffene wichtig, Erklärungsmodelle von ihrem Umfeld und professionellen Helfer\*innen angeboten zu bekommen, um das Schicksal besser annehmen zu können (vgl. Jost 2013:138). Wichtig zur Stärkung des Kohärenzgefühls ist es, die Selbstwirksamkeitserwartungen zu unterstützen, jedoch mit Blick auf die tatsächlichen Ressourcen. Damit sind materielle Mittel, das soziale Umfeld und die eigenen erlernten Strategien gemeint (vgl. Jost 2013:139). Jost fasst zusammen, dass in der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich folgende Aspekte zu beachten sind:

- Das Erkennen gesundheitlicher Risiken und Benachteiligungen
- Eine ganzheitliche Gesundheitsförderung
- Die Stärkung der Selbstsorge und der Selbstbestimmung in Gesundheitsfragen
- Und die Unterstützung von Gruppen und Aktivitäten im Gemeinwesen

(Jost 2013:7)

Der deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge bietet folgende Handlungskonzepte für die Soziale Arbeit mit chronisch kranken Menschen an:

- Integrierte Versorgung
- Passgenaue Versorgungspfade
- Ausbau von Disease Management (strukturierte, leitliniengestützte, qualitätsgesicherte Behandlungsprogramme der Krankenversicherungen)

- Leicht zugängliche Patient\*inneninformationen
- Case Management (Einzelfallarbeit)

(vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2017:152)

Im Laufe ihrer Arbeit im Krankenhaus in der Abteilung für lungenkranke Menschen erstellte Frau G. einen Leitfaden mit Optionen für die Soziale Arbeit mit von COPD Betroffenen. Dieser wurde unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebensphasen chronologisch erstellt.

Das folgende theoretische Konzept ist keine klassische Literatur, stellt aber ein aussagekräftiges Handlungskonzept, resultierend aus jahrelanger Erfahrung der Sozialarbeiterin Frau G. dar:

| <b>Metachronologie der COPD</b>   | <b>Optionen der Sozialarbeit</b>  |
|---|---|
| Beginn des Nikotinabusus in der Jugend                                  | Gesundheitsvorsorge im Bereich Jugendliche  |
| Fortsetzen des Nikotinabusus  |   |
| Eintreten diverser Lebensereignisse                                     | Beratung durch Sozialarbeit, mögliche Überweisung an Psychotherapie, andere ExpertInnen |
| Fortsetzung des Nikotinabusus als Form des Coping/Selbstmedikation      |   |
| Phase erhöhten Alkoholkonsums   | Beratung im spezifischen Bereich Alkoholproblematik                                     |
| Beendigung dieser Phase   |   |
| Eintreten erster Symptome durch das Rauchen                             | Beratung zur Nikotinentwöhnung  |
| Lebensereignisse, Veränderungen<br>Infekt, Diagnose einer leichten COPD | Präventive Beratungsmöglichkeit   |
| Versuch einer Nikotinentwöhnung   | Beratungsmöglichkeit  |
| Fortsetzung des Nikotinkonsums  |   |

|   |   |
|---|---|
| Neuerlicher Infekt mit Spitalsaufenthalt, Diagnose einer nur mehr teilweise reversiblen Obstruktion | Möglichkeit des Kontakts zur Kliniksozialarbeit                 |
| Rehabilitation, nächster Versuch einer Nikotinentwöhnung  | Mögliche Unterstützung bei der Nikotinentwöhnung                |
| Trotz Nikotinabstinenz Belastung durch die COPD   |   |
| Eintritt depressiver Verstimmungen, die zunehmend manifester werden                                 |   |
| Schwerer Infekt-Spitalsaufenthalt durch schwere COPD Eintritt in die Phase der LTOT                 | Beratung durch Kliniksozialarbeit                               |
| Notwendigkeit fremder Hilfe für den Alltag  | Beratung über Hilfsmöglichkeiten zu Hause                       |
| Neuerlicher Spitalsaufenthalt nach Exazerbation durch Infekt  | Vernetzung mit ExpertInnen<br>Beratung durch Kliniksozialarbeit |
| Schwerste Form der COPD mit psychischer und physischer Beeinträchtigung, ausgeprägte Depression     | Beratung durch Kliniksozialarbeit                               |
| Eintritt in die Phase der Notwendigkeit von Palliativpflege   | Vernetzung mit mobilem Hospiz und Palliativstation              |

(Gneist 2009)

Die hauptsächlichen Tätigkeiten der Sozialen Arbeit mit von COPD betroffenen Menschen sind mit Blick auf diesen Leitfaden Beratung und Vernetzung. Aussagekräftig sind hier auch die Chronologie der Krankheit und die dafür passenden Interventionsweisen der Sozialen Arbeit. Dies deutet klar darauf hin, dass in gewissen Abständen immer neu erhoben werden muss, wo der von einer chronischen Lungenkrankheit betroffene Mensch zum Zeitpunkt des Zusammentreffens mit Sozialer Arbeit steht. Körperlich, sowie psychosozial. Unterschieden werden in dieser Darstellung akute Situationen, die Beratungen erfordern. Die Form von Beratung können Krisenentlastungsgespräche sein. Krisenentlastung durch Soziale Arbeit besteht aus dem Anbieten von persönlicher Hilfestellung, Unterstützung, Stabilisierung eines Ausnahmezustands und gegebenenfalls Weitervermittlung (vgl. Fellhöcker o.A. :6)

### 5.3. Aus den Interviews abgeleitete Verbesserungsvorschläge

Im folgenden Kapitel werden Handlungskonzepte für die Soziale Arbeit aus Sicht der chronisch lungenkranken Menschen und einer Sozialarbeiterin dargestellt. Die Handlungskonzepte leiten sich aus Verbesserungsvorschlägen der Befragten ab.

Frau K., die erste Befragte, die an COPD Stufe IV leidet, erzählte in ihrem Interview:

„Und nein, es tut einfach gut und i glaub ja, dass es auch speziell bei Lungen- und Herzkranken, aber bei Lungenkranken ganz ganz wichtig ist: Das soziale Netzwerk geht so und so. Also einfach die Hilfe anbieten, weil ma wird so dünnhäutig mit dieser Krankheit, das hätt ich mir nie denken können, weil i war immer tough und stark und so und dass i so dünnhäutig wird´ und so leicht aus der Fassung zu bringen bin, hat mit der Krankheit zu tun, weil des is´ ned mein Naturell.“ (T1 2019, Z 18-23)

Aus dieser Erzählung ist eine tiefe Reflexion und Auseinandersetzung mit der Veränderung, die eine chronische Krankheit mit sich bringen kann, sichtbar. Die Dünnhäutigkeit kann sich in vielen Facetten bemerkbar machen. Beispielsweise durch Aggression am Anfang, die Jost als vorübergehende Auseinandersetzung der Patient\*innen mit der Krankheit sieht. Sozialarbeiter\*innen sollen dies anerkennen und auf keinen Fall mit Gegenvorwürfen reagieren. (vgl. Jost 2013:137) In der anfänglichen Phase der Krankheitsbewältigung ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, zwei Bereiche zu fördern: Einerseits die realistische Sicht auf die neue Situation und andererseits Kompetenzen, Ressourcen und Netzwerke. Die Ziele sollen dabei erreichbar sein, kleine Erfolge dürfen gefeiert werden, um die Motivation der Betroffenen aufrecht zu erhalten (vgl. Jost 2013: 138). In den zwei Interviews mit Frau K. und Frau P. konnten folgende Wünsche nach Verbesserung im Bereich der Sozialen Arbeit mit chronisch kranken Menschen erhoben werden:

- Leichter zugängliche Informationen für Betroffene
- Aufsuchende Sozialarbeit
- Bessere Vernetzung unter den Professionen
- Bessere Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der Sozialen Arbeit
- Erforschung der Bedürfnisse von Betroffenen mittels Fragebogen

Diese Punkte deuten auf den Wunsch nach aktiver und sichtbarer Sozialer Arbeit hin. Die von COPD betroffene Frau K. äußert sich dazu folgendermaßen: „Also das wäre also wirklich wichtig. Die Information, dass ma´ auch dem Patient sowas sogt: Wenn Sie das und das brauchen, nehmen Sie das in Anspruch. I was gar ned was es alles gibt, bis heute nicht.“ (T1 2019, Z 59-62)

Frau P. konnte eine sehr klare Antwort auf die Frage geben, wie Sozialarbeiter\*innen mit chronisch kranken Menschen umgehen sollen:

„Was auf jeden Fall wichtig ist, is dass ma scho sogt: A wenn des jetzt momentan a Hammer is, dass ma sich aber ned ewig drauf aufhängt. Dass das Leben trotzdem weitergeht und ma schauen muaß, dass ma das Beste draus mocht. Und a, dass ma aus so viel Kleinigkeiten auch Kraft

schöpfen kann, a wenn ma schwer krank is. Und dass ma anfoch so wenig wie möglich schlechte Gedanken aufkommen lassen sollt. Des is ganz wichtig.“ (T3 Z 146 – 149)

### 5.3.1. Perspektive der Sozialarbeiterin

Die Sozialarbeiterin Frau G. konnte die Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich bereits in sehr unterschiedlichen Phasen erleben. Diese betrafen etwa die Präsenz, die Aufgabenbereiche und ihre eigene Wahrnehmung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus. Den Handlungsspielraum der Sozialarbeiterin im Krankenhaus beschreibt Frau G. wie folgt:

„und sie darf nur agieren, wenn das Entlassungsmanagement sie anfordert. Sie darf von sich aus keine Handlung setzen, auch wenn sie von sich aus eine Notwendigkeit sehen würde, oder wenn sie irgendetwas telefonisch konsultiert. Und ich merk auch, manchmal rufen Leute an, suchen eine Sozialarbeit im Haus und es gibt faktisch keine. (T2 Z 43-47)

Diese Aussage deutet auf die Schwierigkeit hin, dass die Soziale Arbeit im Krankenhaus wenig Handlungsspielraum besitzt und durch eigene Kraft nicht aufsuchend sein kann. Aufsuchend im Sinne von aktiver Sozialarbeit, die aus eigener Kraft intervenieren darf und konkret im Krankenhaus-Kontext, die Patient\*innen an den Betten besucht. Für die Betroffenen ist es – laut Frau G. – bereits beruhigend zu wissen, dass es jemand Außenstehenden gibt, der in dieser schweren Zeit für sie da ist: „Die Soziale Arbeit kann allein durch ihre Präsenz für chronisch Kranke oft schon eine Wirkung haben, weil diese Möglichkeit anzudocken, zu , chronisch kranken Menschen ist.“ (T1 2019, Z 10-13)

Die Sozialarbeiterin Frau G. kann dem Drehtüreffekt auch einen positiven Blickwinkel abgewinnen, der auf eine Entschleunigung im Krankenhausalltag hinweist:

„Das ist die Beruhigung im Spital. Und es ist auch eine gewisse Routine fürs Spitalpersonal, weil sie kennen die, die immer kommen, die Drehtürpatienten, die kennen sie relativ gut. Da sind manche sehr mühsam, aber manche sind sozusagen easy going, weil „Ah, schon wieder“ und „Der hat’s schon wieder.“ und so. Also das sind sozusagen Alltagspatienten, manchmal bringt’s ihnen nach der Aufnahme, dass es ihnen ein bissl besser geht und sie sind noch zur Stabilisierung da. Das sind die, die auch eine gewisse Routine gewährleisten, weil wenn man ununterbrochen nur akute Katastrophenfälle hätte, könnte man die Arbeit überhaupt nicht machen, weil eigentlich würd’ man verrückt werden damit.“ (T2 2019, Z 60-70)

Dieses Zitat deutet darauf hin, dass der Drehtüreffekt eine Stressreduktion für das Klima in einem Krankenhaus bewirken kann, denn das Prozedere scheint immer dasselbe zu sein, da diese Personen bekannt sind. Diese Aussage von der Sozialarbeiterin tritt dem oft negativ behafteten Drehtüreffekt positiv entgegen. Auch für die Patient\*innen selbst sind die Krankenhausbesuche ein Aufsuchen von bekanntem Territorium und eine klare Beruhigungsmöglichkeit.

Im Kontext der Ausbildung von Sozialarbeiter\*innen merkt Frau G. kritisch an:

„Ich hab´ auch lange unterrichtet: Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Das war eine Pflichtvorlesung, was ich sehr geschätzt hab. Aber viele von den Jungen haben dann gesagt, ich werd nie mit solchen Leuten arbeiten. Ich hab´ dann gesagt: „Was glaubt´s ihr, wer zum Beispiel braucht Sozialhilfe? Da sind sehr viele dabei, die eine chronische Erkrankung haben und dann letztendlich aus traurigem Anlass nicht wieder eingliederbar sind in irgendeinen Arbeitsprozess und mit sehr wenig Geld sehr schlecht leben müssen. Ich glaube, das ist ein Bereich, der in der Sozialen Arbeit nicht so extrem forciert wird in der Ausbildung.“ (T2 2019, Z 149-155)

Damit erklärt Frau G., dass Soziale Arbeit feldübergreifend mit Gesundheit zu tun hat. Sie hat ihren Student\*innen vermittelt, dass Gesundheit klar auch mit der psychosozialen Lebenslage zu tun hat und nicht abgesondert betrachtet werden kann.

Auch in der Projektwerkstatt, im Rahmen derer die vorliegende Bachelorarbeit entstanden ist, wurde über das Thema Gesundheit und Soziale Arbeit diskutiert. Die Kernaussage der Studierenden und der Dozent\*innen war, dass Soziale Arbeit in jedem Bereich und in jedem Feld mit Gesundheit zu tun hat. Dies greift auch der Sozialmediziner und Gesundheitswissenschaftler Heiko Waller in seinem Artikel „Der Beitrag der Sozialen Arbeit zur Prävention gesundheitlicher Benachteiligung“ auf:

„Soziale Benachteiligung ist mit gesundheitlicher Benachteiligung in vielfacher Hinsicht vergesellschaftet. Das bedeutet für die Sozialarbeit, dass sie – in Theorie und Praxis – nicht nur mit den sozialen Problemen ihrer Klienten [sic!] befasst ist, sondern auch mit den damit verbundenen gesundheitlichen Problemen. Mit der Verschärfung der sozialen Probleme in unserer Gesellschaft potenzieren sich auch die Gesundheitsprobleme. Soziale Arbeit muss deshalb auch (wieder) Gesundheitsarbeit werden, will sie nicht auf den Ganzheitlichkeitsanspruch ihrer Hilfen verzichten.“ (Waller o.A.:74)

Waller weist klar auf den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung hin. Probleme im psychosozialen Bereich können gesundheitliche Folgen haben und umgekehrt.

#### 5.4. Forschungsfragen

Dieses Kapitel stellt zwei grundlegende Fragestellungen dar, die sich während des Forschungsprozesses ergeben haben. Die Hauptfrage war bereits kurz nach der Wahl des Schwerpunkts festgelegt, die Unterfrage erschloss sich durch das Verknüpfen der drei Forschungsebenen (Literatur, Sichtweise der Betroffenen und Sichtweise einer Sozialarbeiterin). Wichtig ist neuerlich zu erwähnen, dass die Forschung im Rahmen dieser Bachelorarbeit sich rein auf chronisch lungenkranke Menschen spezialisiert hat, die grundlegenden Ansätze möglicherweise auch für andere chronische Erkrankungen überlegt werden können.

#### 5.4.1. Hauptfrage: Wie kann die Soziale Arbeit Drehtürpatient\*innen mit einer chronischen Lungenkrankheit in ihren psychosozialen Bedürfnissen unterstützen?

Um multiperspektivische Unterstützungsmöglichkeiten darzustellen, wurden die eben erwähnten drei Ebenen verknüpft. Somit ergab die Sicht der Sozialarbeiterin, jene der Betroffenen und die Auswertung der Literatur ein stimmiges Bild, um konkrete Vorgangsweisen und Vorschläge für Sozialarbeiter\*innen herauszuarbeiten:

- Schaffung von leichter zugänglichen Informationen für Betroffene
- Aufsuchende Sozialarbeit
- Erforschung der Bedürfnisse von Betroffenen
- Bemühen um mehr Handlungsspielraum und unabhängigere Interventionsmöglichkeiten

In den oben erwähnten Punkten steckt ein eigener Handlungsansatz der Sozialen Arbeit. Case Work auch Einzelfallhilfe genannt, ist als kooperativer Prozess angelegt. Diese Methode soll durch personenzentrierte, bedarfsorientierte Fallarbeit gesundheitsfördernd sein und Menschen in komplexen Lebenslagen unterstützen. (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2017:147).

Eine chronische Erkrankung bringt automatisch komplexe Problemstellungen mit sich, die auch multiperspektivische Lösungen erfordern. Case Work bedient sich an einem methodisch definierten Regelkreis:

- Klärung und Aufnahme
- Bedarfsermittlung
- Planung
- Linking und Durchführung
- Leistungssteuerung und Monitoring
- Evaluation

(Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2017:147)

Nach der Durchführung der oben erwähnten Schritte, kann eine Unterstützung durch Verknüpfung verschiedener informeller und formeller Hilfen erfolgen (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2017:148).

Ein weiterer Bereich, der sozialarbeiterischer Unterstützung bedarf, sind die Angehörigen. Sozialarbeiterin Frau G. schreibt dazu in ihrer Diplomarbeit:

„Aus dem Methodenrepertoire sind die Beratung und Stärkung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, Einzelfallarbeit, Sozialarbeit mit dem Familiensystem und Case- Management anzubieten. Ziel der sozialarbeiterischen Interventionen ist immer die Verringerung von körperlichem und seelischem Leiden bei den PatientInnen und ihrem sozialen Umfeld.“ (Gneist 2009)

Damit weist die Sozialarbeiterin auf das unmittelbare Umfeld von Menschen mit chronischen Lungenkrankheiten hin. Freund\*innen, Partner\*innen oder Familienmitglieder können durch die Krankheit eine starke Belastungssituation erfahren und müssen bei der Entwicklung von sozialarbeiterischen Handlungskonzepten immer mit bedacht werden.

Angehörige sind unverzichtbar für unsere Gesellschaft, denn sie stabilisieren die Betroffenen, fördern deren Genesung, helfen ihnen, mit der komplexen Situation umzugehen, und vergessen dabei, auf sich selbst zu achten. Folge davon können aber Überlastung, Konflikte und Erkrankungen durch Überforderung sein (vgl. Schönberger/Kardorff 2004:6)

#### 5.4.2. Wo liegen die Diskrepanzen zwischen Handlungskonzepten und der Umsetzung in der Praxis?

Die Diskrepanz zwischen der Theorie und der Umsetzung in die Praxis liegt auf unterschiedlichen Ebenen. Eine Ebene ist aus den beiden Betroffenen-Interviews herauszulesen. Diese beschreibt, dass die Soziale Arbeit nicht aufsuchend bzw. aktiv und sichtbar war. Frau K. wusste nicht, dass es Soziale Arbeit im Spital gibt. (vgl. T1 2019, Z 48-50) Einen Grund dafür beschrieb die Sozialarbeiterin Frau G. wie folgt: Sozialarbeit kann im klassischen Sinne nicht aufsuchend sein, „(...) wenn das Entlassungsmanagement sie anfordert.“ (T2 2019, Z 43)

Die Schlüsse, die aus der Literatur und den Interviews gezogen werden können, lauten folgendermaßen: Aus diesem Spannungsfeld, das sich durch den Ist- und Soll-Zustand aufbaut, wird die Notwendigkeit von personenzentrierten und bedarfsorientierten Handlungskonzepten deutlich. Die Konzepte müssen aber auf technischer, politischer und ökonomischer Ebene umsetzbar sein, um nachhaltig zu funktionieren. Damit ist ein realistischer Blick auf das aktuelle Sozialsystem und die für die Soziale Arbeit vorhandenen personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen nötig.

#### 5.4.3. Wie äußert sich der Drehtüreffekt bei Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen?

Allein die somatischen Beschwerden von chronisch lungenkranken Menschen erfordern eine stete Inanspruchnahme des Versorgungswesens (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2017:151). Der hier in der Arbeit verwendete Begriff „Drehtüreffekt“ bezieht sich darum nicht nur auf das Körperliche, sondern weist auf ein verstärktes Aufsuchen von Hilfeeinrichtungen durch die Patient\*innen aufgrund von psychosozialen Problemen hin.

Bei Frau P. war der Drehtüreffekt deutlich zu erkennen, da sie – ohne sich im komplexen System des Gesundheitssystems auszukennen – von Arzt/Ärztin zu Arzt/Ärztin geschickt wurde. Sie benannte dieses Suchen nach Lösungen im Interview ein „Martyrium“. (T3 2019, Z 103)

Die Soziale Arbeit trat erst im vergangenen Jahr in ihr Leben. Somit kämpfte Frau P. 14 Jahre lang alleine mit unterschiedlichen Diagnosen und einer sie schwer beeinträchtigenden Lungenkrankheit. Damit fühlte sie sich alleine gelassen: „(...) aber i bin eigentlich aus dem Spitol ohne irgend aner Information entloss ´n worden. Musste dann regelmäßig zur Kontrolle.“ (T3 2019, Z 60-61) Zu dem Zeitpunkt, wenn ein/e Patient\*in die Diagnose einer chronischen Krankheit erhält, kann der Drehtüreffekt aus rein somatischer Sicht kaum verhindert werden (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2017:151). Der Drehtüreffekt im psycho-somatischen Bereich ist jedoch ein Fall für Case Management in der Sozialen Arbeit. Denn Case Management arbeitet personenzentriert, bedarfsorientiert und ist ein Handlungsansatz, der durch komplexe Hilfeprozesse begleitet (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2017:148).

## 6 Resümee

Dieses Kapitel fasst die Ergebnisse noch einmal zusammen, um daraus einen Blick in die Zukunft zu werfen, der dann im letzten Kapitel „Ausblick“ zu einem kritischen Diskurs anregen soll. Diese Perspektive bietet Ansätze zur Weiterentwicklung von Handlungskonzepten für die Soziale Arbeit mit chronisch lungenkranken Menschen.

Nachdem die Interviews transkribiert waren, zeigten sich weitere Details, die neue Gedankengänge anstießen. Frau P. kam durch die Phasen immer wieder neu gestellter Diagnosen nicht mit der Sozialen Arbeit in Berührung. An manchen Stellen, wenn sie im Interview von schmerzhaften, mühsamen, schwierigen Situationen sprach, wurde das „ich“ zum „wir“ oder zum „du“. Als hätte sie die fehlende Hilfe von außen durch eine starke Seite – das „wir“ –, die vieles aushält, im Innen gefunden: „Gut, *wir* haben aber trotzdem brav das Kortison weiter genommen“ (T3 2019, Z 89). Oder so, als müsste es ausgelagert werden, weil es so schwer war: „(...) dasselbe in grün, nur dort hatte ich einen Termin und du bist aber trotzdem zwa Stund´ dort g’sess’n. Dann haben wir die TBC-Tabletten abgesetzt und haben noch mehr Kortison genommen“ (T3 2019, Z 83-85). Diese Gespräche verdeutlichten, dass die zwei betroffenen Frauen für viele andere chronisch kranke Menschen stehen, die entweder durch Unterstützung ihrer Angehörigen, oder ganz alleine durch diese krisenhafte Zeit gehen müssen.

Die Verknüpfung zwischen dem Thema „Drehtüreffekt“, Empirie und fachlicher Optionen lässt auf folgenden Zusammenhang schließen: Da die Soziale Arbeit in beiden Fällen nicht oder kaum aufsuchend war, suchten die zwei Frauen selbst nach Lösungen. Inmitten der körperlichen Belastungen musste Frau P. ständig wechselnde Ärzt\*innen besuchen, um dort unterschiedliche Diagnosen zu erhalten. Frau K. hingegen eignete sich die Informationen, um

mit ihrer Krankheit umgehen zu können, selbst an. Beide Frauen verband Stärke nach außen und eine große Portion Humor. Es war ihnen anzumerken, dass sie Strategien gefunden hatten, um mit den komplexen Herausforderungen, die eine chronische Krankheit mit sich bringt, umzugehen.

Der Drehtüreffekt entsteht hier also durch Mangel an Informationen und ein lückenhaftes bzw. gar nicht vorhandenes emotional unterstützendes und begleitendes Auffangnetz. Wichtig erscheint mir, kritisch auf das System zu blicken, das als „Drehtürsystem“ bezeichnet werden kann. Damit ist ein großes Hilfsangebot gemeint, das unübersichtlich sein kann für Patient\*innen. In vielen Fällen ist es auch schwer zu erkennen, welche Stelle für bestimmte Problemstellungen zuständig ist. Da die Soziale Arbeit eine stark vernetzende Profession ist, kann diese den Drehtüreffekt zumindest dahingehend vermindern, dass sie – metaphorisch gesehen – den Patient\*innen immer wieder Ausgänge weist.

## 7 Ausblick

Dieses Kapitel soll einen abschließenden Blick in die Zukunft bieten und zur Diskussion anregen. Nachdem diese Bachelorarbeit auf einer ganzheitlichen Betrachtungsweise fußt, gilt es am Ende noch eine Auffassung des Gesundheitsbegriffes von Politik und Gesellschaft einzuholen. Zu diesem Zweck werden die zehn Gesundheitsziele aufgelistet, die im Sommer 2012 vom Ministerrat und von der Bundesgesundheitskommission beschlossen wurden.

Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen

Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen

Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern

Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken

Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen

Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen

Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern

Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern

Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

(Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017)

Diese zehn Ziele schließen ganz klar den Alltag und die Lebenswelt der Österreicher\*innen ein. Die Gesundheitsziele sind somit ganzheitlich gestaltet und beinhalten Umweltfaktoren, Chancengleichheit, Stärkung der Kompetenzen, Zusammenhalt, Förderung von körperlicher, sowie seelischer Gesundheit und Nachhaltigkeit. Mit Blick auf chronische Erkrankungen ist eine Berücksichtigung der zehn Gesundheitsziele eine effiziente Möglichkeit, die Lebensqualität von chronisch lungenkranken Menschen zu steigern.

Mit den in der vorliegenden Arbeit lukrierten Ergebnissen können nun unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit konkrete Handlungskonzepte für die Soziale Arbeit mit chronisch lungenkranken Menschen entwickelt werden. Wie kann ein hoher Bedarf an Sozialer Arbeit bei einem demographischen Wandel, der immer mehr alte und kranke Menschen hervorbringt, abgedeckt werden (vgl. Schipfer 2005:3)?

Da auch in den Interviews die Soziale Arbeit nicht zentral als Unterstützung im Leben der Betroffenen zu erkennen war, geht es in erster Linie um ein Sichtbarmachen dieser oft im Hintergrund netzwerkenden Profession. Sozialarbeiter\*innen arbeiten in den unterschiedlichsten Bereichen und werden von den Nutzer\*innen oft nicht wahrgenommen. Daraus resultiert die nächste Überlegung: Wie könnte die Soziale Arbeit vernetzend zwischen dem stationären und dem niedergelassenen Bereich wirken und ihre Expertise präventiv einbringen?

Bereits in meiner ersten Bachelorarbeit, die als zentrales Thema die Sicht von Senior\*innen in einem Tageszentrum behandelte, war der Sozialarbeiter einfach nur der E. (Vorname des Sozialarbeiters). Somit wurde der Sozialarbeiter nicht so klar durch seine Profession definiert, wie dies beispielsweise bei Ärzt\*innen der Fall ist. Die Bezeichnungen für Soziale Arbeit sind vielfältig: Bewährungshelfer\*in, Beratungslehrer\*in, Streitschlichter\*in, Berater\*in. Um also deutlich zu machen, dass Soziale Arbeit eine eigenständige Profession ist, die auf Augenhöhe mit Ärzt\*innen, Pflegefachkräften und anderen Professionen zusammenarbeiten kann, ist es wichtig, ebendas regelmäßig öffentlich zu artikulieren.

Wie bereits in der Projektwerkstatt mit den Studierenden und den Dozent\*innen besprochen, kann die Soziale Arbeit auch als Gesundheitsberuf eingeordnet werden. Heiko Waller beschreibt die Thematik folgendermaßen:

„Menschen in Armut haben einen schlechteren Gesundheitszustand und eine höhere Sterblichkeit als nicht-arme Bevölkerungsgruppen. Dies gilt für nahezu alle körperlichen und psychischen Erkrankungen (Ausnahmen sind z.B. Allergien und Brustkrebs). – Menschen in Armut zeigen ein riskanteres Gesundheitsverhalten (hinsichtlich Rauchen [sic!], Ernährung, Bewegung etc.) und beteiligen sich seltener an Vorsorgeuntersuchungen. – Menschen in Armut

nehmen die Angebote des Gesundheitswesens unterschiedlich wahr: während soziale Randgruppen wie z.B. Wohnungslose kaum erreicht werden, nehmen andere Armutgruppen die hausärztliche und die stationäre Versorgung eher häufiger wahr. – Menschen in Armut werden durch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung kaum erreicht. – Wohnbezirke mit einem hohen Anteil armer Bevölkerungsgruppen sind mit Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung häufig unterversorgt.“ (Mielck 2000; zit. in Waller o.A.:75)

Dieses Zitat beschreibt die Wechselwirkung zwischen Armut und dem Gesundheitszustand. Das Gesundheitsbewusstsein liegt armen Bevölkerungsgruppen laut Waller damit ferner als wohlhabenderen Menschen bzw. der Mittelschicht. Die Soziale Arbeit erreicht somit die von Waller als schwer zu erreichend beschriebenen Menschengruppen erst in einem Zustand, der gewisse Problemstellungen mitbringt.

Das Ärzteblatt schreibt über Armut und Gesundheit folgendes:

„Armut ist mehr als nur Einkommensarmut. Häufig kommen bei bedürftigen Menschen mehrere Belastungen zusammen, wie etwa geringes Einkommen, ungesicherte und zudem schlechte Wohnverhältnisse, hohe Verschuldung, chronische Erkrankungen, psychische Probleme, langandauernde Arbeitslosigkeit, soziale Ausgrenzung und unzureichende Hilfen. Eine der schlimmsten Auswirkungen von Armut ist der Verlust der eigenen Wohnung.“ Bevölkerungsgruppen, die besonders von Armut betroffen sind, haben ein signifikant erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Krankheit haben zahlreiche sozial- und naturwissenschaftliche Untersuchungen belegt. In einer Erklärung des 99. Deutschen Ärztetages von 1996 heißt es: „Über den Zusammenhang von Krankheit und sozialer Lage gibt es gesicherte Erkenntnisse. Kranke, Behinderte und sozial Schwache brauchen besonders den Schutz der Sozialversicherung.“ (Trabert 1999)

Trabert beschreibt damit deutlich, dass psychosoziale Belastungen eine unmittelbar negative Wirkung auf die körperliche Gesundheit haben können. Damit sind auch die Angehörigen von chronisch lungenkranken Menschen gemeint. Somit kann Soziale Arbeit durch Unterstützung zur Verbesserung der Lebenssituation zu einer gesundheitlichen Verbesserung direkt beitragen. Aus diesem Grund kann darauf hingewiesen werden, dass die Diskussion, ob Soziale Arbeit ein Gesundheitsberuf ist, geführt werden muss.

Abschließen möchte ich mit den Worten von Heiko Waller, der in der Schlussbetrachtung seines Artikels „Beitrag der Sozialen Arbeit zur Prävention gesundheitlicher Benachteiligung“ schreibt:

„Wir haben versucht, den Beitrag der Sozialen Arbeit zur Prävention gesundheitlicher Benachteiligung darzustellen. Die besondere Kompetenz der Sozialen Arbeit in diesem Problembereich haben wir als Gesundheitsarbeit beschrieben. Diese Kompetenz gilt es auszubauen, u.a. im Rahmen der Aus- und Weiterbildung der SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen einschließlich spezieller Masterstudiengänge. Die Bedeutung der Gesundheitsarbeit wird in dem Maße zunehmen wie die sozialen Probleme in der Gesellschaft sich verschärfen und das Gesundheitswesen sich entsolidarisiert. Doch auch die Gesundheitsarbeit ist – als Teil der Sozialen Arbeit – denselben gesellschaftlichen Prozessen unterworfen. Sie wird ihrer gesundheitsbezogenen Aufgabe nur dann nachkommen können, wenn die gesellschaftliche Solidarität und das Netz sozialer Hilfen für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen bestehen bleiben.“ (Waller o.A.:83)

## 8 Literaturverzeichnis

Böhmer, Veronika, Novosad, Heinz, o.A. Kurzbeschreibung.  
[https://ecampus.fhstp.ac.at/pluginfile.php/535940/mod\\_resource/content/1/SOA%20Handlungskonzepte%20Kurzbeschreibung.pdf](https://ecampus.fhstp.ac.at/pluginfile.php/535940/mod_resource/content/1/SOA%20Handlungskonzepte%20Kurzbeschreibung.pdf) [20.3.2019].

Böhmer, Veronika, Novosad, Heinz, o.A. living document.  
[https://ecampus.fhstp.ac.at/pluginfile.php/535942/mod\\_resource/content/2/Living%20Document.pdf](https://ecampus.fhstp.ac.at/pluginfile.php/535942/mod_resource/content/2/Living%20Document.pdf) [10.4.2019].

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Gesundheitsziele Österreich  
Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Kurzfassung.  
[https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz\\_kurzfassung\\_2018.pdf](https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_kurzfassung_2018.pdf) [10.4.2019].

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2017) Fachlexikon der sozialen Arbeit. 8. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Fellhöcker (o.A.): Krisenintervention und Suizidverhütung. Dokument o.A.

Gesundheitsziele Österreich: Kurzfassung <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/>  
[10.4.2019].

Gneist, Konstanze (2009): Aufgaben klinischer Sozialarbeit im Rahmen der COPD-Therapie.  
Diplomarbeit, Fachhochschule St. Pölten

Jost, Annemarie (2013): Gesundheit und Soziale Arbeit. 1. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer

Przyborski, Aglaja, Wohlrab-Sahr, Monika (2010): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 3. Auflage, München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH

Redelsteiner, Christoph (2018): Primärversorgung: Welche Rolle spielt dabei der Rettungsdienst bzw. die Soziale Arbeit? Tagungsband der Österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (öGERN)

Schipfer, Karl Rudolf (2005): Österreichisches Institut für Familienforschung. Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich Auswirkungen auf Regionen und Kommunen.  
<https://www.bmfj.gv.at/dam/jcr:9fac9431-a9af-4c5c-8d9c-1b170412b741/Der%20Wandel%20der%20Bev%C3%B6lkerungsstruktur%20in%20%C3%96sterreich.pdf>. [2.4.2019]

Schönberger, Christine, Kardorff, Ernst (2004) Angehörige chronisch kranker Menschen. In: Mit dem kranken Partner leben. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Trabert, Gerhard (1999): Armut und Gesundheit: Soziale Dimension von Krankheit vernachlässigt. Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/16267/Armut-und-Gesundheit-Soziale-Dimension-von-Krankheit-vernachlaessigt> [10.4.2019].

Waller, Heiko (o.A.): Jahrbuch für kritische Medizin. Der Beitrag der Sozialen Arbeit zur Prävention gesundheitlicher Benachteiligung. [http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM\\_Band43\\_Kapitel07\\_Waller.pdf](http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band43_Kapitel07_Waller.pdf) [3.4.2019].

WHO: CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION  
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> [11.3.2019].

## 9 Datenverzeichnis

T1, Transkript 1 der Aufnahmen im Feld mit der lungenkranken Frau K., erstellt von Liora Enzi, Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

T2, Transkript 2 der Aufnahmen im Feld mit der Sozialarbeiterin Frau G., erstellt von Liora Enzi Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

T3, Transkript 3 der Aufnahmen im Feld mit der lungenkranken Frau P., erstellt von Liora Enzi, Februar 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

## Abkürzungen

|      |                                       |
|------|---------------------------------------|
| bzw. | beziehungsweise                       |
| COPD | Chronic Obstructive Pulmonary Disease |
| WHO  | World Health Organization             |

# 10 Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Liora Enzi**, geboren am **24.09.1985** in **Schruns**, erkläre,

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

**Wien**, am 25.4.2019

**Unterschrift**