

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Soziale Arbeit und Pflege
Studiendepartment Soziale Arbeit

**Der Sozialdienst im Krankenhaus aus der Perspektive der
Patientinnen und Patienten**

**Eine empirische Erhebung am Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf**

Diplomarbeit

Tag der Abgabe:

09.10.2007

Vorgelegt von:

Samari, Faezeh



Betreuender Prüfer:

Herr Prof. Dr. Harald Ansen

Zweiter Prüfer:

Herr Prof. Dr. Dieter Röh

Hiermit versichere ich, dass ich die Diplomarbeit selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Faezeh Samari

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Theoretisch-systematische Grundlagen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus	2
2.1	Ethische Grundsätze und der Krankheitsbegriff der Sozialen Arbeit	2
2.1.1	Ethische Grundsätze der Sozialen Arbeit	2
2.1.2	Zum Krankheitsbegriff der Sozialen Arbeit	3
2.2	Adressat/-innen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus	6
2.2.1	Allgemeine Charakterisierung der Adressat/-innen der Sozialen Arbeit	6
2.2.2	Patientinnen mit Brustkrebs als Adressatinnen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus	8
2.3	Methodologische Aspekte der Sozialen Arbeit im Krankenhaus	12
2.3.1	Das Konzept einer „Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit“	12
2.3.1.1	Zur Genese und Fundierung des Konzepts	13
2.3.1.2	Rekonstruktion der Lebenswelt	15
2.3.1.3	Dimensionen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit	17
2.3.1.4	Handlungsmaximen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit	19
2.3.1.5	Kurzes Resümee und weitere Aspekte	20
2.3.2	Das Konzept der Salutogenese	23
2.3.2.1	Allgemeine Charakterisierung des Konzepts der Salutogenese	23
2.3.2.2	Salutogenese in der Onkologie: Interdisziplinäres und interprofessionelles Vorgehen	26
2.3.2.3	Salutogenetisch orientierte Intervention	27
2.3.2.4	Salutogenetische Interventionsziele und Interventionsmethoden	29
2.4	Behandlungsbeiträge der Sozialen Arbeit im Krankenhaus	35
2.4.1	Soziale Beratung im Krankenhaus	35
2.4.1.1	Ziele der Sozialen Beratung	35
2.4.1.2	Methodik der Sozialen Beratung	37
2.4.1.3	Interventionen in der Sozialen Beratung	41
2.4.2	Case-Management im Krankenhaus	46
2.4.2.1	Charakterisierung von Case-Management als Behandlungsbeitrag der Sozialen Arbeit	46
2.4.2.2	Nutzen und Ziele von Case-Management im Krankenhaus	47
2.4.2.3	Zu den Funktionen des Case-Managers und der Praxis des Case-Managements	48
2.5	Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus	51
2.5.1	Auftrag und Selbstverständnis der Sozialen Arbeit im Krankenhaus	51
2.5.2	Strukturbezogene Merkmale der Sozialen Arbeit	54
2.5.2.1	Einige Feststellungen zur Lage der Sozialen Dienste im Krankenhaus	55
2.5.2.2	Anforderungen an die Soziale Arbeit im Krankenhaus	55
2.6	Perspektiven der Sozialen Arbeit im Krankenhaus	58
2.6.1	Bedrohte Existenz der Sozialen Arbeit im Krankenhaus	58
2.6.2	Zur fachlichen Situation der Sozialen Arbeit im Krankenhaus	61
2.6.3	Strategien der Existenzsicherung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus	63

3	Praxisteil	66
3.1	Das Beratungsangebot des Sozialen Dienstes am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	66
3.2	Empirische Befunde über den Unterstützungsbedarf	68
3.3	Zur Forschungshypothese und Forschungsmethode meiner Befragung	70
3.4	Auswertung und Interpretation der Antworten	71
4	Schluss	81
5	Literatur	83

Anhang

1 Einleitung

Die vorliegende Untersuchung beschreibt die Arbeit des Sozialdienstes im Krankenhaus aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten. Ziel der Arbeit ist es, einen Einblick in die Praxis der Sozialen Arbeit im Krankenhaus zu geben und dabei die Bedeutung und Unverzichtbarkeit dieser Arbeit aufzuzeigen. Dies scheint umso dringender geboten, als die Existenz der Sozialen Arbeit im Krankenhaus gefährdet ist: Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland ist von erheblichen Einsparmaßnahmen betroffen, denen die Soziale Arbeit im Krankenhaus zum Opfer fallen könnte. Ohne jeden Zweifel wäre dies eine katastrophale Entwicklung, da – wie zu zeigen sein wird – die vielfältigen Aktivitäten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes Wesentliches zur Genesung erkrankter Menschen bzw. zur Verbesserung ihrer sozialen Teilhabe beitragen. Dies gilt insbesondere für chronisch Erkrankte, etwa für Onkologie-Patienten, mit denen ich mich im Rahmen meiner Arbeit näher befasse. Chronisch erkrankte Menschen sind in ihrer biopsychosozialen Befindlichkeit zutiefst erschüttert und bedürfen neben der medizinischen Versorgung dringend einer psychosozialen Begleitung durch die Soziale Arbeit. Diese Überzeugung wird durch die Ergebnisse einer Befragung unterstützt, die ich unter Patienten der Onkologie-Station des Universitäts-Klinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt habe. Die systematische Auswertung dieser Befragung, mit der erkundet werden sollte, inwieweit die Patienten mit der Sozialen Arbeit am UKE zufrieden waren und sie als wichtig empfanden, bildet den empirischen Kern der vorliegenden Untersuchung.

Bevor ich mich aber der Auswertung der Befragung zuwende, werden zunächst die theoretisch-systematischen Grundlagen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus dargelegt: An die Erläuterung der ethischen Grundsätze und des Krankheitsbegriffs der Sozialen Arbeit (2.1) schließt sich eine Charakterisierung der Adressat/-innen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus an (2.2). Dabei wird aufzuzeigen sein, in welcher prekärer Lage sich diese Patienten befinden und wie sehr sie der interprofessionellen Hilfe bedürfen, zu der unbedingt auch die Leistungen der Sozialen Arbeit gehören. Sodann werden methodologische Aspekte der Sozialen Arbeit im Krankenhaus erörtert: In den Abschnitten (2.3.1) und (2.3.2) stelle ich die Konzepte einer „Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit“ bzw. der „Salutogenese“ dar, aus denen die Soziale Arbeit ihre theoretische Fundierung und ihre Handlungsmaximen ableitet.

Im zentralen theoretisch-methodologischen Kapitel (2.4) stelle ich als Behandlungsbeiträge der Sozialen Arbeit im Krankenhaus einerseits die Soziale Beratung (2.4.1) und andererseits das Case-Management (2.4.2) dar. Im anschließenden Kapitel (2.5) geht es um das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit im Krankenhaus. Danach werden die Perspektiven der Sozialen Arbeit im Krankenhaus beleuchtet (2.6). Im darauf folgenden dritten Kapitel werden sodann die Befragung und deren Auswertung dargestellt. Im letzten Kapitel fasse ich schließlich noch einmal die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung zusammen.

2 Theoretisch-systematische Grundlagen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit sind geprägt durch ein spezifisches Menschenbild sowie ethische Grundsätze, deren Darlegung und Erläuterung im Abschnitt 2.1.1 erfolgt. Dem Denken und Handeln in der Sozialen Arbeit liegt ferner ein Krankheitsbegriff zugrunde, der deutlich von der alltagsweltlichen Vorstellung abweicht. Um die Explikation des Krankheitsbegriffs der Sozialen Arbeit geht es in den Ausführungen im Abschnitt 2.1.2.

2.1 Ethische Grundsätze und der Krankheitsbegriff der Sozialen Arbeit

2.1.1 Ethische Grundsätze der Sozialen Arbeit

In seiner Entwicklung der theoretisch-systematischen Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit im Gesundheitswesen postuliert Ansen¹, entscheidend sei eine ethische Orientierung, die dazu verpflichte, den Klienten als Person zu würdigen. Er schlägt die Besinnung auf den Schutz der Menschenwürde vor, der als das höchste Gut unserer Sozial- und Rechtsordnung anzusehen und in Artikel 1, Abs. 1 des Grundgesetzes verbindlich vorgeschrieben ist: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist die Aufgabe aller staatlichen Gewalt“. Aus einer solchen ethischen Orientierung resultieren eine Reihe von Grundsätzen und Forderungen, die für eine „konsequent am Subjekt orientierte Soziale Arbeit“² von immenser Bedeutung sind, u. z. sowohl in ihrer theoretischen Fundierung als auch in ihrer praktischen Arbeit:

- Auch (und gerade) in der Klinischen Sozialarbeit muss die Würde des Menschen im Mittelpunkt stehen.

¹ Vgl. zum Folgenden Ansen (2002, 88f.) und Ansen (2006, 93-99)

² Ansen (2002, 87)

- Gesundheitliche Hilfen sind nicht nur ein Kostenfaktor. Vielmehr lassen sie sich aus Artikel 2 des Grundgesetzes ableiten, der das Recht und Leben und körperliche Unversehrtheit garantiert.
- Der Schutz der Menschenwürde verbietet es, den Erkrankten zu einem Objekt der Fürsorge zu degradieren. Er ist ein Subjekt und nicht jemand, den man an der Behandlung nur unzureichend beteiligt.
- Da der Erkrankte ein Subjekt ist, verbietet sich jede Form der Bevormundung. Vielmehr ist er in seiner inneren Wirklichkeit zu achten³ und es müssen ihm Entwicklungsräume verschafft werden, die es ihm ermöglichen, eigenverantwortlich zu leben.⁴

Nach Ansen (2002), auf den ich mich im Vorstehenden im Wesentlichen bezogen habe, tangiert die Maxime der Menschenwürde sowohl die Interaktion mit kranken Menschen als auch die Förderung von Lebensumständen, die „ein Höchstmaß an Autonomie trotz Krankheit und Behinderung ermöglichen“.⁵

Im Folgenden wende ich mich nun dem Begriff von „Krankheit“ zu, der in der Sozialen Arbeit zugrunde gelegt wird.

2.1.2 Zum Krankheitsbegriff der Sozialen Arbeit

Der Begriff „Krankheit“ ist nicht gesetzlich definiert. Allgemein herrscht eine biomedizinische Betrachtungsweise vor, nach der es sich bei einer Krankheit um „eine spezifische Störung von Zellen, Gewebe oder biochemischen Abläufen“⁶ handelt, die zu charakteristischen Symptomen und zu einer ärztlichen Behandlungsbedürftigkeit führt. Eine solche Sichtweise liegt, wie Ansen (2002, 89f.) ausführt, auch dem sozialrechtlichen Krankheitsverständnis zugrunde. Dabei obliegt die Feststellung und Behandlung von Krankheiten den Ärzten.⁷

Auf dem Hintergrund einer von Morris⁸ getroffenen Unterscheidung können wir sagen, dass der biomedizinische Krankheitsbegriff zwar die Krankheit (*disease*) im Sinne einer Störung von Körperfunktionen oder –strukturen berücksichtigt, nicht aber das Kranksein (*illness*) als subjektive Erfahrung des Patienten. Ein solcher Krankheitsbegriff aber, der die Perspektive des erkrankten Menschen ausblendet, muss als für die Soziale Arbeit absolut

³ Vgl. Besselmann u. a. (2001, 41f.)

⁴ Vgl. Wetz (1998, 87f.)

⁵ Ansen (2002, 89)

⁶ Ansen (2002, 89)

⁷ Vgl. Bäcker u. a. (2000, 22)

⁸ Morris (2000, 40)

ungeeignet zurückgewiesen werden, weil er reduktionistisch ist: Gerade für Menschen mit komplikationsreichen und chronischen Erkrankungen gilt, dass die psychischen und sozialen Folgen ihrer Erkrankung erheblich sind und entsprechend in der Behandlung berücksichtigt werden müssen. Indem die Soziale Arbeit das Kranksein als subjektives Erleben des Patienten in den Blick nimmt, übersieht oder missachtet sie selbstverständlich nicht das biologische Faktum der Krankheit; vielmehr geht es ihr darum, dass in ihren Behandlungsbeiträgen beide Ebenen berücksichtigt werden.

Schließlich spielt noch ein dritter Begriff in der Analyse von Krankheiten eine bedeutende Rolle, nämlich „*sickness*“. Unter diesen Begriff werden die sozialen Konsequenzen einer Krankheit subsumiert, etwa „Rollenverluste, mögliche Stigmatisierungen und auch finanzielle Einbußen, beispielsweise bei Krankengeldzahlungen, die heute etwa 80% des letzten Nettoeinkommens betragen und für maximal 78 Wochen für die gleiche Krankheit innerhalb von drei Jahren gezahlt werden.“⁹

Die sozialen und persönlichen Folgen von Erkrankungen lassen sich nach einem Vorschlag von Ansen¹⁰ in vier Gruppen zusammenfassen, die hier kurz als „Dimensionen der Krankheit“ dargestellt und erläutert werden sollen:

Die subjektive Dimension:

Patienten reagieren auf ihre Krankheit sehr unterschiedlich; sie erleben ihr Kranksein verschieden: Manche leiden unter Bedrohungsgefühlen, obwohl ihre Erkrankung durchaus heilbar ist; andere blenden Gefahren und Folgen bei chronischen oder gefährlichen Erkrankungen aus. Die Art und Weise, in der ein Patient seine Erkrankung wahrnimmt und verarbeitet, ist insofern relevant, als sie darüber entscheidet, wie sehr er bereit ist, an seiner Behandlung aktiv mitzuwirken. Sie beeinflusst also das Ausmaß seiner „Compliance“. Der Patient muss auch in der Sozialen Beratung darin unterstützt werden, zu einer angemessenen Wahrnehmung seiner Erkrankung zu gelangen, weil dies unmittelbare Auswirkungen darauf hat, wie er seine Erkrankung bewältigt und welchen Verlauf seine Krankheit nimmt. Selbstverständlich ist es nicht allein Aufgabe der Sozialen Beratung, durch emotionalen Beistand und kognitive Unterstützungen, etwa Aufklärung und korrigierende Hinweise, dem Patienten zu einer angemessenen Wahrnehmung seiner Erkrankung zu verhelfen. Vielmehr sind hierbei auch Pflegekräfte und Ärzte in gleicher Weise gefordert.

⁹ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 14)

¹⁰ Vgl. zum Folgenden Ansen (2007)

Die akute Dimension:

Kommt es im Falle akuter Erkrankungen, die behandelbar und in der Regel heilbar sind, zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit des Patienten, die über die Lohnfortzahlungsfrist von normalerweise sechs Wochen hinausgeht, so entstehen möglicherweise finanzielle Probleme auf Seiten des Erkrankten, bei deren Lösung die Soziale Beratung gefordert ist: Behandlungsketten müssen aufgebaut, Finanzierungsfragen geklärt und gegebenenfalls für vorübergehend nicht versorgte Kinder oder pflegebedürftige Angehörige Regelungen arrangiert werden.

Die chronische Dimension:

Bei einer chronischen Erkrankung handelt es sich „um eine nicht heilbare Krankheit, die den Betroffenen auch in symptomfreien Abschnitten lebenslang begleitet.“¹¹ Zu den chronischen Krankheiten, auf die heute etwa drei Viertel aller Erkrankungen entfallen, gehören vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Beschwerden des Muskel- und Skelettsystems, Stoffwechselerkrankungen, bösartige Neubildungen sowie psychische Störungen.¹² Im Zentrum der vorliegenden Untersuchung steht die Frage, wie Onkologie-PatientInnen ihre Erkrankung wahrnehmen und welche Behandlungsbeiträge der Sozialen Arbeit zur Verbesserung der Lebensumstände dieser Menschen geeignet sind. Ich werde mich daher im folgenden Abschnitt (2.2) eingehender mit der lebensweltlichen Situation dieser PatientInnen auseinandersetzen und darlegen, welchen spezifischen Belastungen sie auf Grund ihrer Erkrankung ausgesetzt sind. Hier sei generell angemerkt, dass chronisch Kranke eine „Zäsur in ihrer Lebensgeschichte“¹³ erleben und widrige Umstände erdulden müssen, von denen die häufigsten im Folgenden genannt sind:¹⁴

- Die Betroffenen müssen lernen, Krankheitssymptome realistisch wahrzunehmen, mit Schmerzen umzugehen, Behandlungsentscheidungen zu treffen und mit einem unberechenbaren Krankheitsverlauf zu leben.
- Die Betroffenen erleben weitreichende Veränderungen des Alltags, sie müssen sich einrichten, Über- und Unterforderungen vermeiden und einen Wechsel in ihren Berufs-, Familien- und Freizeitrollen verkraften, die auch ihr soziales Umfeld verändern.

¹¹ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 14)

¹² Vgl. Rosenbrock/Gerlinger (2004, 41)

¹³ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 14f.)

¹⁴ Schaeffer/Moers (2000, 451f.)

- Die Betroffenen müssen sich auf Versorgungssysteme einstellen, mit unterschiedlichen Fachkräften umgehen, die je eigene Relevanzkriterien verfolgen.
- Die Betroffenen müssen auch finanzielle Einbußen hinnehmen und teilweise akzeptieren, dass sie auf Sozialleistungen angewiesen bleiben.

Es versteht sich, dass derart einschneidende Konsequenzen einen besonders behutsamen Umgang mit chronisch Erkrankten erforderlich machen.

Die soziale Dimension:

Oben war bereits von sozialen Konsequenzen einer Krankheit, etwa Rollenverlust oder Stigmatisierung, die Rede. Zur sozialen Dimension von Krankheit gehört aber auch, dass es Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage von Menschen und ihrer Gesundheit bzw. Krankheit gibt. So heißt es in einer Veröffentlichung des Deutschen Bundestages aus dem Jahre 2001¹⁵: „Die Wahrscheinlichkeit, einen schlechten Gesundheitszustand zu haben, ist für beide Geschlechter in der Unterschicht mehr als doppelt so hoch.“ Weiter wird festgestellt, dass Risikofaktoren wie Rauchen, starkes Übergewicht, sportliche Inaktivität und eine mangelnde Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung gehäuft auftreten.¹⁶

2.2 Adressat/-innen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

2.2.1 Allgemeine Charakterisierung der Adressat/-innen der Sozialen Arbeit

Soziale Arbeit ist nicht bei jeder Krankheit notwendig. Sie ist vielmehr dann erforderlich, wenn Erkrankungen komplikationsreich verlaufen und „mit sozialen Konsequenzen verbunden sind, die die Patienten belasten und den Heilungsprozess beeinflussen.“¹⁷ Dies gilt vor allem für chronische Erkrankungen, auf die, wie bereits oben festgestellt, inzwischen mehr als drei Viertel aller Krankheiten fallen. Um Menschen mit einer chronischen Erkrankung wirksam zu helfen, reichen natürlich die kurativen Interventionen von Medizinern bei weitem nicht aus. Erforderlich sind vielmehr auch persönliche Hilfen zur Krankheitsbewältigung, ökonomische Kompensationen und die Sicherung von sozialer Unterstützung, die bei einem längeren Krankheitsverlauf immer gefährdet ist.¹⁸

Akut und chronisch kranke Menschen sowie ihre Angehörigen nehmen vor allem dann mit der Sozialen Arbeit Kontakt auf, „wenn es im Umfeld der Erkrankung zu persönlichen,

¹⁵ Deutscher Bundestag (2001, 123), hier zitiert nach Ansen (2002, 94)

¹⁶ Zu den Erklärungshypothesen des Sozialgradienten in Bezug auf Krankheit vgl. Ansen (2002, 95)

¹⁷ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 13)

¹⁸ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 13)

finanziellen und/oder sozialen Schwierigkeiten kommt, berufliche Fragen geklärt werden müssen oder die weitere Versorgung nach der Entlassung nicht sichergestellt ist.“¹⁹

Als typische Beratungsthemen kommen dabei in Betracht:²⁰

- Mögliche Einschränkungen der Autonomie im Alltag
- Die mit diesen Einschränkungen verbundenen Abhängigkeiten von Angehörigen und dem Versorgungssystem
- Negative Auswirkungen auf soziale Netze, die häufig bei lang anhaltenden Erkrankungen instabiler werden
- Familiäre Konsequenzen, etwa durch den Verlust der Ernährerrolle
- Finanzielle und berufliche Fragen
- Gefahren, die mit der krankheitsbedingten sozialen Ausgrenzung verbunden sind

Mit Bezug auf die Begleitung von Menschen mit chronischen Erkrankungen hat Rauchfleisch folgende Grundsätze aufgestellt²¹: Hauptziel ist es, den Prozess der Annahme der Krankheit zu begleiten und den Klientinnen und Klienten dabei behilflich zu sein, sich in realitäts-gerechter Weise mit ihrer psychischen, körperlichen und sozialen Situation auseinander zu setzen. Dazu gehören die Reflexion der beruflichen und finanziellen Situation, die Klärung und gegebenenfalls die Neustrukturierung der Beziehungen in Familie und Freundeskreis, aber auch die Trauer um die eingeschränkte Gesundheit und den Verlust von Lebensqualität bis hin zur Auseinandersetzung mit dem Sinn des Leidens und mit dem Tod.“

Im Weiteren möchte ich mich nun auf der Grundlage einer Veröffentlichung von Monika Köppel²² etwas eingehender mit der besonders prekären Situation einer bestimmten Gruppe chronisch erkrankter Menschen, nämlich Patientinnen mit Brustkrebs, befassen. Ich tue dies, weil die Autorin mit großer Eindringlichkeit darlegt, dass und wie bei diesen Patientinnen „das gesamte bio-psychoziale Gefüge der Betroffenen in besonderem Maße erschüttert wird und deshalb neben der medizinischen Versorgung eine psychosoziale

¹⁹ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 36). Vgl. auch v. Kardorff (1999, 346)

²⁰ Vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 47f.) und Schwarzer/Höhn-Beste 2002, 172)

²¹ Rauchfleisch (2001)

²² Köppel (2005)

Begleitung durch die Soziale Arbeit (...) zwingend erforderlich ist.“²³ Ich gehe davon aus, dass die von mir befragten Onkologie-Patient/-innen ihre jeweilige Erkrankung in vergleichbarer Weise als belastend empfinden, sodass Köppels Beobachtungen und Überlegungen auch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung von erheblicher Bedeutung sind.

2.2.2 Patientinnen mit Brustkrebs als Adressatinnen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

In ihrer Beschreibung der Auswirkungen des Mammakarzinoms und seiner medizinischen Therapie auf die betroffenen Patientinnen unterscheidet Köppel zwischen physischen, psychischen bzw. emotionalen und sozialen Auswirkungen. Sie sollen im Folgenden benannt und gegebenenfalls erläutert werden.

Physische Auswirkungen

Als Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen der Strahlen- und Chemotherapie können bei Patientinnen mit Brustkrebs zahlreiche Belastungen auf somatischer Ebene auftreten, von denen hier einige angeführt seien:²⁴

- Übelkeit bis Erbrechen
- Geruchs- und Geschmacksstörungen
- Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Kurzatmigkeit durch Anämie
- Leberzirrhose bis Leberfibrose
- Allergische Reaktionen bis zum anaphylaktischen Schock

Die behandelnden Ärzte und Ärztinnen verfügen über diverse Mittel und Möglichkeiten, derartige Belastungen zu lindern. Anders verhält es sich dagegen bei den Auswirkungen psychischer bzw. emotionaler Art, die nun betrachtet werden sollen.

Psychische / emotionale Auswirkungen

Monika Köppel stellt fest, dass das Thema „Brustkrebs“ immer noch gesellschaftlich tabuisiert wird: „Über Brustkrebs spricht man nicht, zumindest nicht öffentlich (...) Fehlendes Bewusstsein und Verständnis für die Problemlagen sind die Folgen. Die

²³ Köppel (2005, 123). Vgl. auch Ikemi u. a. (1975)

²⁴ Vgl. Köppel (2005, 128). Insgesamt listet die Autorin 22 physische Auswirkungen auf.

Betroffenen fühlen sich mit ihrer Problematik allein, da ein öffentliches Schweigegebot besteht. Die Diagnose Krebs kommt in den Köpfen der meisten Menschen immer noch einem Todesurteil gleich, und dieser Schrecken darf nicht in die Öffentlichkeit getragen werden.“²⁵ Aus einer solchen Tabuisierung resultieren für die betroffenen Frauen die folgenden psychischen bzw. emotionalen Auswirkungen:²⁶

- Todesangst
- Angst vor „Verstümmelung“
- Angst vor Verlust der Weiblichkeit
- Zerstörung des individuellen Körperbildes
- Verlust der geschlechtlichen Identität
- Verlust der individuellen Sexualität
- Erschütterung / Verlust des Selbstwertgefühls
- Depression / Hoffnungslosigkeit
- Traumatisierung
- Wut und Verzweiflung
- Veränderte Ansprüche an Familie und Partnerschaft
- Erschöpfung persönlicher Copingstrategien

Da in unserer Kultur die äußeren Merkmale eines schönen Körpers einen sehr hohen Stellenwert haben, ist es nur allzu verständlich, wenn Brustkrebspatientinnen sich vor einer eventuell erforderlichen Brustamputation fürchten und sie als „Verstümmelung“ ihres Körpers ansehen würden. Ebenso nachvollziehbar ist, wenn sie auf ihre Erkrankung mit Todesangst, Depression, Wut und Verzweiflung reagieren. Es mag sein, dass einige von ihnen in der Lage sind, mit der veränderten Situation allein fertig zu werden und Strategien der Krankheitsbewältigung (Coping)²⁷ zu erarbeiten. Für viele aber dürfte gelten, dass ihre persönlichen Copingstrategien – wie Köppel es formuliert – alsbald erschöpft sind. In einem solchen Fall sowie bei Auftreten der übrigen genannten psychischen und emotionalen Auswirkungen ist aber eine professionelle psychosoziale Betreuung der Patientinnen unabdingbar. Die ist aber, wie Köppel feststellt, „derzeit noch nicht generell

²⁵ Köppel (2005, 124)

²⁶ Köppel (2005, 128)

²⁷ Nach Heim / Meyer (1998) kann „Coping“ definiert werden als das Bemühen, „bereits bestehende oder erwartete Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional / kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln vorbeugend auszugleichen oder ihre Manifestation zu verarbeiten und zu meistern.“

in den medizinischen Behandlungsplan integriert und wird bestenfalls in einigen großen Kliniken, die sich auf die Behandlung von Patientinnen mit Mammakarzinom spezialisiert haben, angeboten, wobei diese dann in der Regel „nebenbei“ von den behandelnden ÄrztInnen miterledigt werden, ohne dass diese speziell dafür ausgebildet wurden.“²⁸

Befassen wir uns schließlich noch mit den sozialen Auswirkungen des Mammakarzinoms und seiner medizinischen Therapie.

Soziale Auswirkungen

Zu den gravierendsten Konsequenzen, die sich aus einer Brustkrebserkrankung und deren Behandlung für die betroffenen Frauen ergeben können, gehören²⁹:

- Veränderte Zukunftsperspektiven
- Arbeitsunfähigkeit, evtl. Verlust des Arbeitsplatzes
- Partieller Verlust der Attraktivität
- Sozialer Rückzug (von Familie, Freunden usw.), Ausgrenzung, Isolation
- Veränderung bisheriger Verhaltensmuster
- Erschöpfung familiärer Copingsstrategien
- Eskalation dysfunktionaler Bewältigungs- und Interaktionsmuster
- Eskalation dysfunktionaler familiärer Strukturen.

Bereits in seiner erstmals 1930 vorgelegten Studie über das Wesen der Krankheit hat Viktor von Weizsäcker geschrieben³⁰: „Die Krankheit ist schlimm, aber das Leiden an den psychologischen, sozialen und ökonomischen Folgen der Insuffizienz ist schlimmer.“ Bei Betrachtung der von Köppel zusammengestellten Auswirkungen kann man der Auffassung v. Weizäckers nur vorbehaltlos zustimmen: Patientinnen mit Mammakarzinom befinden sich in einer „biopsychosozialen Notlage“³¹, in der sie jede nur erdenkliche Hilfe von professioneller Seite bräuchten. Tatsächlich werden aber nur die körperbezogenen Bedürfnisse der Patientinnen vom Versorgungssystem berücksichtigt, während eine systematische Bearbeitung der psychosozialen Problematik nicht stattfindet. Mediziner/innen sind, wie bereits festgestellt, aufgrund ihrer pathogen-kurativ orientierten Ausbildung und Ausrichtung meist nicht in der Lage, mit den emotionalen und sozialen

²⁸ Köppel (2005, 125)

²⁹ Köppel (2005, 128f.)

³⁰ Zitiert nach Ansen (2002, 100)

³¹ Köppel (2005, 124)

Auswirkungen einer Krebserkrankung und der Therapie sachgerecht und fachmännisch umzugehen. Aber selbst wenn sie über eine entsprechende Qualifizierung verfügten, wären sie kaum in der Lage, ihren Patientinnen angemessen zu helfen, und zwar aus folgendem Grund: „Zusätzlich schränkt der wachsende Kostendruck innerhalb des Gesundheitssystems den zeitlichen Rahmen, der den Ärzten und Ärztinnen für die einzelne Patientin zur Verfügung steht, derart ein, dass eine Bearbeitung der durch die Krankheit ausgelösten psychosozialen Problematik selbst dann nicht möglich wäre, wenn die ÄrztInnen über eine entsprechende Ausbildung verfügten. Hieraus ergibt sich für die Patientinnen eine defizitäre Betreuungslage.“³²

Was hier am Beispiel von Patientinnen mit einer Brustkrebserkrankung dargelegt und erläutert wurde, gilt im Prinzip für alle Menschen mit einer chronischen Erkrankung: Viele von ihnen geraten in eine tiefe Krise, deren Verlauf sich bei fehlender oder unzureichender psychosozialer Intervention negativ auf den gesamten Behandlungs- und Heilungsprozess auswirken kann. Das heißt aber, dass für Menschen mit einer chronischen Erkrankung neben der medizinischen Betreuung sozialprofessionelle Hilfe dringend erforderlich ist. Diese wird von Sozialarbeiter/-innen im Gesundheitswesen mit entsprechender Qualifikation geleistet. Über die Notwendigkeit einer Kombination von medizinischer Behandlung und psychosozialer Betreuung merkt Ansen an: „Es liegt auf der Hand, dass der krankheitsbedingt umfassende Versorgungsauftrag bei chronischen Erkrankungen von der Medizin allein nicht bewältigt werden kann. Die aufeinander abgestimmte pflegerische Versorgung und die soziale Beratung und Begleitung werden bei der Zunahme chronischer Erkrankungen immer wichtiger. Diese Leistungen müssen in das Gesundheitssystem integriert werden.“³³ Ebenso wie Ansen plädiert auch Francke für eine umfassende und intensive Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegern und Sozialarbeitern zum Wohle der PatientInnen: „Eine hoch entwickelte interprofessionelle Kooperation erweist sich heute als Qualitätsvoraussetzung der medizinischen Versorgung. Nur ein effektives Zusammenwirken von ärztlichen Leistungen, nichtärztlichen Heilberufen, Pflegediensten und sozialer Betreuung des Patienten kann bei der Versorgung chronisch und Langzeiterkrankter sowie in der psychiatrischen Versorgung als angemessene Krankenbehandlung angesehen werden.“³⁴

³² Köppel (2005, 123)

³³ Ansen (2002, 93). Vgl. auch Badura/Schellschmidt 1999, 65

³⁴ Francke (1999, 259)

In den folgenden zwei Kapiteln soll es darum gehen, die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen näher zu charakterisieren. Dabei werden zunächst methodologische Aspekte der Sozialen Arbeit im Krankenhaus dargestellt und erörtert (2.3), während es im anschließenden Kapitel (2.4) darum geht aufzuzeigen, welche Behandlungsbeiträge der Sozialen Arbeit im Krankenhaus realisiert werden, also die verschiedenen Interventionsmethoden vorzustellen, mit deren Anwendung die Aufgaben der Sozialen Arbeit erfüllt werden sollen.

2.3 Methodologische Aspekte der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

In der methodologischen Diskussion der Sozialen Arbeit spielen zwei Konzepte eine herausragende Rolle, nämlich das Konzept einer „Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit“ einerseits sowie das Konzept der „Salutogenese“ andererseits. Die Darlegung und Erläuterung der wesentlichen Prinzipien und zentralen Begriffe dieser Konzepte ist Gegenstand der folgenden Abschnitte (2.3.1) und (2.3.2). Die Auseinandersetzung mit den beiden Konzepten erfolgt hier in einiger Ausführlichkeit und Intensität, weil – wie zu zeigen sein wird – die Behandlungsbeiträge der Sozialen Arbeit im Krankenhaus nur dann erfolgreich sein und überzeugend vermittelt werden können, wenn sie in theoretischer und methodologischer Hinsicht hinreichend fundiert sind.

2.3.1. Das Konzept einer „Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit“

Lebensweltorientierung im Umgang mit erkrankten Menschen ist in Deutschland in den letzten Jahren zum zentralen Aspekt der Sozialen Arbeit geworden. Eine Lebensweltorientierte Soziale Arbeit konzentriert sich auf die individuellen Lebensumstände von Erkrankten. Sie kann so Behandlungsangebote unterbreiten, die auf die individuellen Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen zugeschnitten sind. Diese Angebote werden sodann mit den erkrankten Personen, die als die Experten ihrer Lebenswelt angesehen werden, diskutiert, sodass am Ende ein gemeinsam erarbeitetes Behandlungskonzept vorliegt.

Charakteristisch für eine Lebensweltorientierte Soziale Arbeit ist somit zum einen die Berücksichtigung der je spezifischen Gegebenheiten bei den erkrankten Personen und zum anderen die Überzeugung, dass Soziale Arbeit die Wünsche, Vorstellungen und Kompetenzen der Erkrankten ernst nehmen und in die Planung und Gestaltung von Behandlungskonzepten einbeziehen muss. Im Folgenden möchte ich nun das Konzept der

Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit sowie die Methoden einer Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit darstellen.

2.3.1.1 Zur Genese und Fundierung des Konzepts

Etwa seit dem Ende der 60er Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts kommt es infolge zunehmender Industrialisierung zu soziostrukturellen Veränderungen in der Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland: Zu beobachten ist eine Pluralisierung von Lebenslagen bei gleichzeitiger Individualisierung der Lebensführung. Dabei besagt *Pluralisierung der Lebenslagen*, dass sich die Lebensbedingungen der Menschen in der bundesrepublikanischen zunehmend voneinander unterscheiden. *Individualisierung der Lebensführung* hingegen reflektiert den Umstand, dass aufgrund der erwähnten Änderungen soziostruktureller Art überkommene Lebensformen und Deutungsmuster zunehmend fragwürdig, vielleicht sogar obsolet werden und sich infolgedessen offenere Möglichkeiten der Gestaltung des Lebens ergeben.³⁵ Werden durch die Individualisierung der Lebensführung einerseits Möglichkeiten zu einer alternativen Lebensführung geschaffen, so sind mit ihr andererseits aber auch beträchtliche Gefahren verbunden: Sie bringt unter Umständen einen Verlust an Orientierung mit sich, da tradierte, verlässliche Deutungs- und Handlungsmuster immer weniger verfügbar sind. Konfrontiert mit einer Vielzahl heterogener, vielleicht sogar einander widersprechender Trends und Stile, sehen sich die Menschen vor die Aufgabe gestellt, sich selbst eine Orientierung zu verschaffen, ihren *Sitz im Leben* zu finden bzw. zu bestimmen. Diese Aufgabe ist aber nur schwierig und mit erheblichem Aufwand zu bewältigen: „Sie bedeutet in der Zumutung der Selbstbehauptung zugleich Chance und Überforderung.“³⁶

Die Entwicklung des Konzepts der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ist sozusagen die Antwort auf die hier kurz skizzierten gesellschaftlichen und sozialpolitischen Veränderungen: Hatte sie sich bislang an den Problemen der von ihr betreuten Menschen orientiert und sich um die Entwicklung angemessener Behandlungskonzepte bemüht, so wechselt sie nun zu einer ganzheitlichen Wahrnehmung der Menschen mit ihren je spezifischen Lebenslagen.

Sie will damit dem Umstand der Pluralisierung der Lebenslagen und der zunehmenden Individualisierung der Lebensführung Rechnung tragen. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit geht nicht nur davon aus, dass sich mit den strukturellen Veränderungen in der Gesellschaft die Lebensbedingungen der Menschen geändert haben; sie interessiert sich

³⁵ Vgl. Thiersch (1992, 20)

³⁶ Thiersch (1992, 21)

gleichzeitig dafür, wie sich diese Änderungen in der Lebensführung des Einzelnen bemerkbar machen. Sie operiert somit an der „Schnittstelle“ zwischen Gesellschaft und Individuum.

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit fokussiert die subjektive Seite der Lebensbedingungen: Sie interessiert sich in besonderer Weise dafür, wie sich die Menschen ihre Umwelt *aneignen*, sie aktiv mitgestalten. Dabei wird postuliert, dass sich die Individuen im Prozess der handelnden Aneignung ihre eigenen Deutungs- und Handlungsmuster entwickeln, mit denen sie ihre je gegebenen Lebenswelten zu verstehen und gestalten versuchen. Als methodologische Option für den Umgang mit den von ihnen betreuten Menschen resultiert daraus, dass Lebensweltorientierte Soziale Arbeit auf die Anwendung vorgefertigter, standardisierter Maßnahmen verzichtet und stattdessen in einen Dialog mit den Menschen tritt, in dem sie

- die je spezifischen Bedürfnisse der von ihr betreuten Personen erkundet,
- bei ihnen eventuell vorhandene Ressourcen zur Lebensbewältigung eruiert,
- um auf dieser Grundlage schließlich Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten.

Eine qualifizierte Lebensweltorientierte Soziale Arbeit setzt die genaue Kenntnis der Lebenswelt und des Alltags ihrer Adressat/-innen voraus. Hier ergibt sich allerdings ein methodisches Problem, das von Thiersch³⁷ folgendermaßen gefasst wird: „In der durch die Pluralisierung von Lebenslagen und die Individualisierung der Lebensführung charakterisierbaren Situation wird es für einzelne und Gruppen in neuer Weise notwendig, sich zu orientieren, sich die Verhältnisse zu gestalten, sich in Optionen auszuweisen und zu entscheiden; der Mensch (...) wird zum Regisseur seines Lebens.“ Das heißt aber, dass der Alltag der Individuen nur für sie selbst einsichtig ist, während er anderen verschlossen bleiben muss. Die Akteure des Alltags werden als Experten ihres täglichen Lebens betrachtet und damit als kompetente Subjekte anerkannt und respektiert.³⁸ Soll aber die Lebenswelt der Adressat/-innen der Sozialen Arbeit erkundet werden, so gelingt dies nur, wenn eine genaue Analyse des Alltags dieser Menschen erfolgt, wenn ihre Handlungs- und Deutungsmuster akribisch beobachtet und erfasst werden. Derlei Beobachtungen ermöglichen sodann Rückschlüsse auf die von den Adressat/-innen erlebten Lebenswelten.

³⁷ Thiersch (1992, 45)

³⁸ Vgl. Stimmer (2000, 415)

Die Rekonstruktion der Lebenswelt ist also nur möglich auf dem Weg einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Alltag jener Menschen, mit denen Lebensweltorientierte Soziale Arbeit befasst ist.

Im Weiteren wird nun zu erläutern sein, auf welche Weise die Rekonstruktion der Lebenswelt erfolgt.

2.3.1.2 Rekonstruktion der Lebenswelt

In der Rekonstruktion von Lebenswelt als Grundlage einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit lassen sich nach Thiersch/Grunwald/Königter³⁹ fünf Zugänge unterscheiden:

1. Phänomenologischer Zugang:

Lebenswelt ist ein phänomenologisch ausgerichtetes Konzept, das den Menschen nicht als isoliertes Individuum, sondern in Verbindung mit seiner persönlich erfahrenen Wirklichkeit betrachtet. In dieser Wirklichkeit bemüht sich der Mensch, die Aufgaben zu bewältigen, mit denen er sich konfrontiert sieht. Lebensweltorientierung fokussiert insbesondere die Anstrengungen der Menschen, die darauf gerichtet sind, sich in den gegebenen Verhältnissen zu behaupten. Zu diesen Bemühungen zählen neben Versuchen der Selbstbehauptung und der Selbstinszenierung auch Kompensation, Überanpassung und Stigmamanagements. Selbst defizitäres und/oder abweichendes Verhalten wird in einer solchen Sichtweise als Ergebnis des Bemühens der Menschen verstanden, sich in den aktuellen Verhältnissen zu behaupten. Entsprechend der Forderung, dass das Individuum als autonom Handelnder anzusehen sei, müssen solche Bemühungen zunächst ebenfalls respektiert werden.

2. Gliederung in soziale Felder:

Menschen leben in unterschiedlichen Lebensfeldern oder Lebensräumen. Die lebensweltlichen Erfahrungen, die sie in diesen Feldern machen, können sich wechselseitig ergänzen. Möglich ist aber auch, dass sie sich blockieren und zu Traumatisierungen führen. Das Lebensweltorientierte Konzept bemüht sich um eine Rekonstruktion der Verhältnisse in diesen Lebensfeldern. Ferner geht es ihr darum, Probleme der Anpassung und Vermittlung zwischen den Lebensfeldern aufzuzeigen und die im Verlauf eines Lebens erworbenen Ressourcen aufzudecken.

³⁹ Vgl. zum Folgenden die Ausführung in Thiersch /Grunwald/Königter (2002, 169-171)

3. Normativ-kritische Aspekte:

Das Lebensweltorientierte Konzept ist darüber hinaus ein normativ-kritisches: Die Existenz von Deutungs- und Handlungsmustern wird einerseits von den Individuen als entlastend erfahren, da diese Muster soziale Sicherheit und Identität bieten; andererseits werden die Deutungs- und Handlungsmuster als einengend, ausgrenzend und blockierend und somit als in sich widersprüchlich erlebt. Als normativ-kritisches Konzept ist die Lebensweltorientierung darum bemüht, diese Ambivalenz aufzudecken und Gelingendes bzw. Verfehltes aufzuzeigen.

4. Schnittstelle von Strukturen und Handlungsmustern:

Bei der Rekonstruktion von Lebenswelt ist zu beachten, dass sie auch ein historisches und sozial konkretes Konzept darstellt. Die Wirklichkeit ist durch gesellschaftliche, historisch gewachsene Strukturen bestimmt. In der Lebenswelt treffen die gesellschaftlichen und individuellen Handlungsmuster aufeinander. Die Reflektion des Umstands, dass Lebenswelt „die Schnittstelle von Objektivem und Subjektivem“⁴⁰ ist, verhindert eine Analyse von Gesellschaft als ein Konglomerat von Situationen sowie Deutungs- und Handlungsmustern ohne eine Bezugnahme auf die in ihr lebenden Individuen.

5. Herausforderungen durch neue Soziale Ungleichheiten:

Das Konzept der Lebenswelt analysiert Ungleichheiten in den Ressourcen ebenso wie jene Widersprüchlichkeiten, die sich durch neue gesellschaftliche Anforderungen, etwa Pluralisierung und Individualisierung der Lebensverhältnisse, ergeben. Hier macht es sich das Konzept zur Aufgabe, Belastungen und Überforderung in den Lebensentwürfen zu entdecken und zwischen Widersprüchen und Offenheiten einerseits sowie Verlässlichkeit und Perspektivität andererseits zu vermitteln.

Thiersch/Grunwald/Königter stellen zu den Zugängen Sozialer Arbeit im Kontext von Lebensweltorientierung fest, es ergebe sich „zunächst aus dem Rekurs auf die heutigen Strukturen von Lebenswelt, also im Rekurs auf die Erfahrungen in Zeit, Raum, sozialen Bezügen, auf Pragmatik und Lebensbewältigung, wie sie sich in den heutigen gesellschaftlichen Konstellationen in der Spannung von Ressourcen und Optionen, Gegebenem und Aufgegebenem zeigen.“⁴¹ Damit sind die Dimensionen einer

⁴⁰ Thiersch/Grunwald/Königter (2002, 170)

⁴¹ Thiersch/Grunwald/Königter (2002, 171)

Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit angesprochen, die im Weiteren darzustellen und zu erläutern sein werden.

2.3.1.3 Dimensionen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit

Bei den von Thiersch/Grunwald/Königter⁴² ausdifferenzierten Dimensionen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit handelt es sich im Einzelnen um:

- die Dimension der erfahrenen Zeit
- die Dimension des erfahrenen Raums
- die Dimension der sozialen Beziehungen
- die Dimension der alltäglichen Bewältigungsaufgaben
- die Dimension der Hilfe zur Selbsthilfe
- die Dimension der gesellschaftlichen Bedingungen

1. Dimension der erfahrenen Zeit:

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit handelt in der Dimension der erfahrenen Zeit. Da die Zukunft zunehmend ungewiss wird und klar konturierte, vorbestimmte Lebensläufe immer seltener werden, kommt der Gegenwart ein eigenständiges Gewicht zu. Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, dass sie nicht länger mehr darauf bedacht sein kann, auf eine Verbesserung der Situation der Menschen in der Zukunft hinzuwirken, sondern dass sie sich verstärkt der Gegenwart dieser Menschen zuwenden muss. Soziale Arbeit bezieht sich dann auf die Bewältigungsaufgaben, die sich in der jeweiligen Gegenwart der Klienten stellen.

2. Dimension des erfahrenen Raums:

Die zweite Dimension, in der Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert, ist die des erfahrenen Raumes. Das Interesse richtet sich dabei auf die Einbettung der Menschen in ihre räumlichen Verhältnisse sowie darauf, wie die Menschen diese Verhältnisse wahrnehmen. Die Aktivitäten der Sozialen Arbeit in dieser Dimension zielen darauf ab, gegebene Ressourcen zugänglich zu machen und neue Ressourcen und Möglichkeiten zur Lebensbewältigung aufzuzeigen.

⁴² Vgl. zum Folgenden Thiersch/Grunwald/Königter (2002, 171-173)

3. Dimension der sozialen Beziehungen:

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert ferner in den Strukturen der sozialen Bezüge. Dabei sollen Spannungen ebenso wie Möglichkeiten, die sich aus den sozialen Geflechten ergeben, aufdeckt und genutzt werden. Die von der Sozialen Arbeit betreuten Menschen werden somit nicht isoliert gesehen, sondern eingebunden in ein soziales Geflecht. Entsprechend spielt die Arbeit mit den Bezugsgruppen eine große Rolle.

4. Dimension der alltäglichen Bewältigungsaufgaben:

Auf dem Hintergrund der Dimensionen ‚erfahrene Zeit‘, ‚erfahrener Raum‘ und ‚soziale Beziehungen‘ geht es in der vierten Dimension darum, mit respektvollem Blick die alltäglichen Bewältigungsaufgaben der Menschen zu erkunden und zu analysieren. Soziale Arbeit zielt dabei darauf ab, eine sinnvolle Strukturierung des Alltags zu ermöglichen, also dabei mitzuwirken, überschaubare, transparente und klare Strukturen zu schaffen.

5. Dimension der Hilfe zur Selbsthilfe:

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit richtet ihre Unterstützung so aus, dass die Menschen, die ihrer Hilfe bedürfen, sich dennoch als Subjekte ihrer Verhältnisse erfahren können. Sie „zielt auf Hilfe zur Selbsthilfe, auf Empowerment, auf Identitätsarbeit.“⁴³ Die Menschen sollen befähigt werden, ihre eigenen Stärken zu entdecken. Dies geschieht im Wissen, dass es den Menschen nicht zumutbar ist, sich auf Lebensentwürfe einzulassen, die von außen an sie herangetragen wurden und im Grunde keine Bedeutung für ihre Lebensgestaltung haben.

6. Dimension der gesellschaftlichen Bedingungen:

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit geht davon aus, dass individuelle Lebensverhältnisse immer auch eine gesellschaftliche Dimension haben und dass entsprechend die hinter den individuellen Problemen liegenden gesellschaftlichen Probleme ebenfalls zu analysieren und zu lösen sind. Insofern ist mit einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit immer auch ein politischer Anspruch verknüpft.

⁴³ Thiersch/Grunwald/Königter (2002, 171)

2.3.1.4 Handlungsmaximen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit

Aus den soeben charakterisierten Dimensionen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit leiten Thiersch bzw. Thiersch/Grunwald/Königter⁴⁴ eine Reihe von Handlungsmaximen ab, in denen sich Lebensweltorientierte Soziale Arbeit konkretisiert. Es handelt sich dabei um die folgenden Maximen:

- Prävention
- Alltagsnähe
- Integration
- Partizipation
- Dezentralisierung/Regionalisierung und Vernetzung

Diese Struktur- und Handlungsmaximen sollen im Weiteren kurz erläutert werden:

1. Prävention:

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit bemüht sich, wie bereits oben dargelegt, um eine ganzheitliche Wahrnehmung der Lebenslagen von Menschen. Insofern ist es nahe liegend und einleuchtend, dass sie nicht erst dann aktiv wird, wenn sich Menschen in einer Notlage befinden. Vielmehr zielt sie auch darauf ab, durch präventive Maßnahmen die Entstehung prekärer Situationen zu verhindern. Durch Prävention sollen also belastbare Strukturen geschaffen werden, die gerechte Lebensverhältnisse ermöglichen.

2. Alltagsnähe:

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit bemüht sich darum, jederzeit für Adressat/-innen problemlos erreichbar zu sein und leicht erreichbare Angebote zu machen. Erforderlich ist also die Entwicklung und Offerierung von ‚niedrigschwelligen‘ Hilfsangeboten.

3. Integration:

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit erstrebt eine Lebenswelt ohne Ausgrenzung, Unterdrückung und Gleichgültigkeit. Die Handlungsmaxime der Integration verlangt somit die respektvolle, offene Anerkennung individueller Unterschiede ebenso wie die Sicherung von Rechten und Hilfen auf Seiten der Menschen, mit denen Soziale Arbeit befasst ist.

⁴⁴ Vgl. zum Folgenden Thiersch (1992, 30-32) bzw. Thiersch/Grunwald/Königter (2002, 173f.)

4. Partizipation:

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit erstrebt Mitbestimmung der Betreuten als ein konstitutives Merkmal Sozialer Arbeit. Partizipation zielt darauf ab, auf der Basis der Integration den Klienten aktiv am Hilfeprozess zu beteiligen und ihm ein größtmögliches Mitbestimmungsrecht zuzugestehen. Thiersch unterstreicht die Relevanz dieser Maxime, indem er anmerkt: „Die Sicherung der Antrags-, Einspruchs- und Verweigerungsrechte ist ebenso notwendig wie die Sicherung von Mitbestimmungsmöglichkeiten in bezug auf Planung, Gestaltung und Durchführung von Angeboten“⁴⁵.

5. Dezentralisierung/Regionalisierung und Vernetzung:

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit bemüht sich darum, konkrete lokale und regionale Angebote „vor Ort“ machen zu können. Dezentralisierung weist somit auf die Alltagsnähe der Hilfen hin. Diese müssen vor Ort in die jeweiligen Gegebenheiten installiert werden und für die betreuten Menschen problemlos erreichbar sein.

Im Weiteren möchte ich nun noch kurz einige weitere Aspekte ansprechen, durch die das Konzept der Lebensweltorientierung bzw. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit ausgezeichnet ist. Anschließend wird es dann darum gehen, das Konzept der Salutogenese darzustellen und zu erläutern.

2.3.1.5 Kurzes Resümee und weitere Aspekte

Zielsetzung:

Lebensweltorientierung erstrebt die Reorganisation gegebener Lebensverhältnisse, damit ein gelingenderer Alltag möglich wird.

Ausgangspunkt:

Lebensweltorientierung geht dabei von den alltäglichen Erfahrungen der Menschen in ihrer gesellschaftlichen Situation aus. Dieser konsequente Ausgang von den Bedürfnissen und Interessen der Adressat/-innen in ihrer Lebenswelt verbindet sich mit einem besonderen Engagement für die Vielschichtigkeit und Komplexität pädagogischer Situationen.

⁴⁵ Thiersch (1992, 33)

Relevante Aspekte:

Lebensweltorientierung berücksichtigt den Alltag der Menschen in seiner gesellschaftlichen Bedingtheit, ferner die eigensinnigen Strukturen im Alltag. Relevant sind zudem die praktischen Bewältigungsversuche und das Selbstverständnis der Beteiligten. Lebensweltorientierung sieht die Bühne des Alltäglichen strukturiert in den Regelungen von Zeit, Raum und Beziehungen. Sie sieht vor allem „die Gemengelage von Ressourcen und Problemen im sozialen Feld“.⁴⁶

Methodische Optionen:

Lebensweltorientierung sucht nach Gestaltungsräumen innerhalb der gegebenen Verhältnisse. Sie respektiert die jeweiligen Gegebenheiten, vertraut aber auf Potenziale und Entwicklungsmöglichkeiten im Feld. Sie sieht ihre Aufgaben im „Fördern, Behüten und Gegenwirken“.⁴⁷

Abgrenzungen:

Lebensweltorientierung grenzt sich sowohl von traditionell obrigkeitlich bestimmten, disziplinierenden Konzepten als auch von neuen expertokratisch bestimmten Arbeitsformen ab. Gesellschaftspolitisch gesehen hält sie dabei zugleich am Ziel gerechterer Lebensverhältnisse, an Demokratisierung und Emanzipation fest.

Pragmatische Fundierung der Lebensweltorientierung:

Erforderlich wurde die Entwicklung einer Lebensweltorientierung u. a. infolge der zunehmend deutlicher werdenden Individualisierung und Pluralisierung von Lebensverhältnissen als auch der „Erosion tradiertener Lebensmuster.“⁴⁸ Lebensweltorientierte Soziale Arbeit antwortet darauf mit der Inszenierung neuer, belastbarer Lebensverhältnisse sowie mit der Ausarbeitung differenzierter Hilfsangebote.

Wissenschaftstheoretische Fundierung des Konzepts der Lebensweltorientierung:

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit steht erstens in der *hermeneutisch-pragmatischen Traditionslinie* der Erziehungswissenschaft, in deren Zentrum sich die bereits vorgefundene und vorinterpretierte, jedoch zugleich veränderbare Lebenswirklichkeit in ihrer historischen, kulturellen und sozialen Dimension befindet.

⁴⁶ Thiersch/Grunwald/Königeter (2002, 164)

⁴⁷ Thiersch/Grunwald/Königeter (2002, 165)

⁴⁸ Thiersch/Grunwald/Königeter (2002, 165)

Sie steht zweitens in der *phänomenologisch-interaktionistischen Tradition*, in der Lebenswirklichkeit vor allem unter dem Gesichtspunkt der Alltäglichkeit rekonstruiert wird. Die Rekonstruktion der alltäglichen Lebenswelt ermöglicht es, die Menschen in ihren alltäglichen Verhältnissen zu sehen, von denen sie geprägt werden, die sie aber auch aktiv mitgestalten können. Die dritte Traditionslinie ist die kritische Variante der *phänomenologischen Alltagstheorie*. Eine an ihr orientierte Soziale Arbeit agiert im Respekt vor den Handlungsroutinen und Bewältigungsstrategien der Menschen, sucht aber dennoch nach neuen Optionen für einen besser gelingenden Alltag.

Diagnose im Modus des Aushandelns:

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit möchte erreichen, dass eine Planung von Hilfsmaßnahmen unter Beteiligung aller Betroffenen erfolgt und nicht – wie einst – über die Köpfe der Betreuten hinweg stattfindet. Dabei müssen individuelle Ressourcen erschlossen und zugleich organisationelle Vorkehrungen getroffen werden, damit gleichberechtigte Verhandlungen möglich sind.

Integration und Flexibilisierung von Hilfen:

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit möchte Hilfen anbieten, die sich flexibel den je gegebenen individuellen und situativen Bedingungen anpassen und ihnen entsprechen.

Demokratisierung:

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit setzt auf Formen der „Selbstzuständigkeit“⁴⁹: Neben Formen der professionellen Hilfe durch die sozialen Dienste soll auch auf die immer schon gegebenen Formen der im Alltagsleben selbstverständlichen gegenseitigen Hilfen zurückgegriffen werden. Auf diesem Weg sollen zum einen jene Zonen erreichbar werden, in die die sozialen Dienste nicht hineinwirken können. Zum anderen soll dadurch der „Enteignung und Entfremdung der alltäglichen Selbstzuständigkeit“ entgegengewirkt werden. Zu überlegen bleibt, welche Formen des Ineinanderspiels von professioneller und ehrenamtlicher, alltagskompetenter Hilfe entwickelt werden können.

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert ferner kooperierend und koalierend mit anderen Institutionen und in den Möglichkeiten der demokratischen

⁴⁹ Thiersch/Grunwald/Königter (2002, 175)

Bürgergesellschaft zum Wohle der von ihnen betreuten Menschen. Sie setzt schließlich auch auf das Prinzip der Nachhaltigkeit: Es sollen lebensweltliche Bedingungen geschaffen werden, in denen „die Menschen sich anerkannt und als Subjekte in gerechten Verhältnissen erfahren können.“⁵⁰

Zum Abschluss der Auseinandersetzung mit dem Konzept einer Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit zitierte ich die folgende Passage aus dem Beitrag von Thiersch/ Grunwald/ Köngeter,⁵¹ die alle Bestimmungsstücke einer Theorie der Lebenswelt-orientierten Sozialen Arbeit enthält, wie sie in diesem Abschnitt erläutert wurden: „Lebensweltorientierung verbindet die Analyse von gegenwärtig spezifischen Lebensverhältnissen mit pädagogischen Konsequenzen. Sie betont – in der Abkehr von traditionell defizitärem und individualisierendem Blick auf soziale Probleme – das Zusammenspiel von Problemen und Möglichkeiten, von Stärken und Schwächen im sozialen Feld und gewinnt daraus das Handlungsrepertoire, zwischen Vertrauen, Niedrigschwelligkeit, Zugangsmöglichkeiten und gemeinsamen Konstruktionen von Hilfsentwürfen auszubalancieren. Lebensweltorientierung ist das Konzept eines Handels, das auf gegenwärtig spezifische Lebensverhältnisse antwortet und es erlaubt, methodische und institutionelle Konsequenzen zu ziehen.“⁵²

Im folgenden Abschnitt wende ich mich nun der Darstellung und Erläuterung des Konzepts der Salutogenese zu.

2.3.2 Das Konzept der Salutogenese

2.3.2.1 Allgemeine Charakterisierung des Konzepts der Salutogenese

Die Salutogenese, die nach Ansen⁵³ für die Klinische Sozialarbeit im Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung ist, wurde von dem Medizinsoziologen Antonovsky in die Diskussion eingeführt. Ausgangspunkt für dieses Konzept ist dabei, wie Ansen⁵⁴ ausführt, die je spezifische individuelle Krankheitserfahrung der Person, „die mit ihrer gesamten Lebenssituation betroffen ist und vor der Aufgabe steht, einen konstruktiven Umgang mit lebensgeschichtlich unvermeidlichen Belastungen und Stressoren zu finden. Wichtig ist für Antonovsky die Feststellung, dass Krankheit und Gesundheit auf einem Kontinuum

⁵⁰ Thiersch/Grunwald/Köngeter (2002, 176)

⁵¹ Thiersch/Grunwald/Köngeter (2002, 161)

⁵² Thiersch/Grunwald/Köngeter (2002, 161)

⁵³ Ansen (2002, 106)

⁵⁴ Vgl. zum Folgenden Ansen (2002, 106f.)

angesiedelt sind, eine eindeutige Trennung nicht möglich ist.“⁵⁵ Die zentrale Frage für die Salutogenese ist, „wie es Menschen trotz krankheitserregender Belastungen gelingt, gesund zu bleiben.“⁵⁶ Im Zentrum der Antwort steht für Antonovsky das so genannte „Kohärenzgefühl“ (*Sense of Coherence*)⁵⁷, mit dem vor allem die personalen Faktoren angesprochen sind, die für die Gesunderhaltung und den Umgang mit Krankheit eine wesentliche Rolle spielen. Antonovsky erläutert das Kohärenzgefühl folgendermaßen⁵⁸: „Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

- die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
- einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“

Übertragen wir dieses Konzept auf den Umgang mit Krankheit, so bedeutet das Vorhanden-sein von Kohärenzgefühl auf Seiten des Patienten bzw. der Patientin,

- dass die erkrankte Person die Krankheit (= Stimulus) dann bestmöglich konstruktiv verarbeitet, wenn sie sie versteht, weil sie über ausreichende Informationen verfügt, die ihr zuvor vermittelt worden sein müssen.
- Das Verstehen der Krankheit wiederum ist die Basis dafür, dass dem erkrankten Menschen die Krankheit am ehesten auch handhabbar erscheint. Die Krankheit „ist dann kein unabwendbares Schicksal, dem der Patient willenlos ausgeliefert ist.“⁵⁹
- Erkennt der Patient, dass es sinnvoll ist, aktiv und konstruktiv mit der Erkrankung umzugehen, sind die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass er die Krankheit als Herausforderung wahrnimmt und bereit ist, sich im Interesse seines weiteren Lebens engagiert mit ihr auseinanderzusetzen.

Ansen betont, dass das Konzept der Salutogenese der Klinischen Sozialarbeit wichtige Impulse für die Planung und Durchführung von Interventionen liefere, vor allem im Hinblick auf die Unterstützung von Patienten bei der persönlichen Bewältigung ihrer

⁵⁵ Vgl. Antonovsky (1997, 23f.)

⁵⁶ Ansen (2002, 106)

⁵⁷ Zum Konzept „Kohärenzgefühl“ siehe u. a. auch Geyer (2001a)

⁵⁸ Antonovsky (1997, 36)

⁵⁹ Ansen (2002, 107)

Krankheit. Diese Impulse werden von ihm folgendermaßen spezifiziert:⁶⁰„Die soziale Unterstützung zielt auf die positiven Wirkungen von sozialen Netzen, die für die Krankheitsbewältigung relevant sind. In der Forschung werden primäre Netze (Familie, Freunde) von sekundären Netzen unterschieden, die – wie Vereine, Selbsthilfegruppen – organisiert werden müssen. Soziale Unterstützung durch primäre und sekundäre Netze leistet für den kranken Menschen emotionalen Beistand durch Nähe und Vertrauen, sie trägt zu einer verbesserten Problem-lösung durch Gespräche, Ermutigung und die Vermittlung bedeutsamer Informationen bei, sie liefert praktische Unterstützung, z. B. im materiellen Bereich, und sie trägt zu einer verbesserten sozialen Integration bei. Diese Wirkungen von sozialer Unterstützung verringern einerseits das Auftreten von überfordernden Belastungen, sie reduzieren aber auch z.B. krankheitsbedingte Belastungen durch ihre Pufferwirkung.“⁶¹

Klinische Sozialarbeit im Gesundheitswesen muss, so stellt Ansen resümierend fest, mehrdimensional angelegt werden, um die möglichen Behandlungsbeiträge in der erforderlichen Breite zu entwickeln. Auf diesem Weg lasse sich ein verbesserter Umgang mit Belastungen und Krankheiten erreichen, Vulnerabilitäten würden reduziert.⁶² Ergänzend hierzu sei Geyer⁶³ zitiert, die ausführt: „Sofern Vulnerabilitäten psychischer oder sozialer Art sind, werden sie nicht notwendigerweise als manifeste Belastungen erlebt. Sie beinhalten einen Mangel an Kapazitäten oder Mitteln, der im Alltag nicht unbedingt spürbar sein muss, jedoch in Belastungs- und Bedrohungssituationen zum Tragen kommt, indem Ressourcen zur Bewältigung anstehender Probleme nicht oder nicht mehr zur Verfügung stehen. Beispiele sind das Fehlen sozialer Unterstützung, die Auswirkungen sozialer Lagen oder angespannte materielle Verhältnisse. Personenbezogene Vulnerabilitäten beziehen sich z.B. auf eine geringe Qualifikation oder die Konsequenzen früher Verlustereignisse, die in Gestalt von Sozialisationsdefiziten das Bewältigungsverhalten beeinträchtigen können.“

Im Weiteren soll es nun darum gehen darzustellen, wie ein salutogenetisch fundiertes Interventionskonzept der Sozialen Arbeit in der Onkologie konzipiert sein könnte. Dabei liegt wiederum der Beitrag von Köppel⁶⁴ zugrunde, der bereits im Abschnitt (2.2.2) eine zentrale Rolle spielte, als es darum ging, Patientinnen mit Brustkrebs als Adressatinnen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus zu charakterisieren.

⁶⁰ Ansen (2002, 107f.)

⁶¹ Vgl. hierzu auch Paulus (1997, 179f.)

⁶² Vgl. Ansen (2002, 108)

⁶³ Geyer (2001, 208)

⁶⁴ Köppel (2005)

2.3.2.2 Salutogenese in der Onkologie: Interdisziplinäres und interprofessionelles Vorgehen

Monika Köppel entwickelt und erläutert in ihrem Beitrag⁶⁵ das „aus Sicht der Sozialen Arbeit in der Onkologie anzustrebende multidimensionale, ganzheitliche Versorgungskonzept der Salutogenese mit seinem patienten- und ressourcenorientierten Ansatz.“⁶⁶ Eine zentrale Bedeutung kommt in diesem Konzept der Forderung nach Interdisziplinarität und Interprofessionalität in der Vorgehensweise zu, die folgendermaßen begründet wird: Mit der Komplexität des Krankheitsbegriffs⁶⁷ korrespondiert zwangsläufig die Forderung nach Ganzheitlichkeit in den Interventionsbemühungen. Köppel merkt dazu an: „Festzuhalten ist, dass die Auswirkungen der Brustkrebserkrankung sowie die Auswirkungen ihrer Behandlung multifaktoriell sind und somit auch einer multifaktorellen und damit unweigerlich interprofessionellen Intervention bedürfen, die sich nach den Besonderheiten des Einzelfalles richtet.“⁶⁸ So könne es beispielsweise sein, dass Patientinnen nach der Diagnosenennung nicht in der Lage sind, den weiteren Ausführungen der Ärztinnen bzw. Ärzte zu folgen, „sodass eine regelrechte ‚Nachinformation‘ notwendig sein kann, die von der SozialpädagogIn/SozialarbeiterIn geleistet werden kann.“⁶⁹ Für eine ausreichende Aufklärung und Betreuung der Patientinnen ist nach Köppel eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit unerlässlich. Mit Nachdruck weist Köppel darauf hin, dass der Eindruck vermieden werden müsse, Soziale Arbeit wolle in Konkurrenz zu Ärzten/Ärztinnen und Pflegern/Pflegerinnen treten, die mit der medizinischen Versorgung der Erkrankten befasst sind: „Beabsichtigt ist nicht, in Konkurrenz zur derzeitig praktizierten medizinischen Versorgung zu treten, sondern vielmehr die medizinische Behandlung durch eine psychosozial orientierte, salutogenetisch fundierte Herangehensweise durch die Sozialarbeit zu ergänzen und zum Zwecke der Effizienzsteigerung der Versorgung zu vervollständigen. Die Betroffenen sollen so von einem interdisziplinären Netzwerk profitieren, das in der Lage ist, sie in ihrer biopsychosozialen Gesamtheit wahrzunehmen, zu betreuen und optimal zu versorgen.“⁷⁰ Allerdings ist Köppel durchaus der Meinung, dass die psychosozialen Probleme chronisch erkrankter Menschen ebenso gravierend sind wie deren körperliche Probleme und dass

⁶⁵ Vgl. zum Folgenden Köppel (2005, 129-136)

⁶⁶ Köppel (2005, 123)

⁶⁷ Siehe hierzu die Ausführungen zum Krankheitsbegriff der Sozialen Arbeit im Abschnitt (2.1.2)

⁶⁸ Köppel (2005, 127)

⁶⁹ Köppel (2005, 129)

⁷⁰ Köppel (2005, 124)

eine adäquate Behandlung der psychosozialen Schwierigkeiten nur von Menschen mit entsprechender Qualifikation zu erwarten ist: „Unserer Auffassung nach sollten Medizin und Soziale Arbeit zu einer verbesserten, nachhaltigen, kontinuierlichen Zusammenarbeit gelangen, da längst zweifelsfrei erkannt wurde, dass neben den körperlichen Problemen – die die Domäne der Medizin ist – die psychosozialen eine ebenso große Rolle spielen und diese nur durch solche Berufsgruppen aufgefangen und adäquat versorgt werden können, die hierfür ausgebildet wurden. Aus Sicht der Sozialen Arbeit gilt es, hier im Sinne der Optimierung von Versorgung gezielte Kooperation zu generalisieren.“⁷¹

Im Folgenden soll es nun darum gehen, die zentralen Prinzipien und Postulate einer salutogenetisch orientierten Intervention zu erläutern.

2.3.2.3 Salutogenetisch orientierte Intervention

Eine salutogenetisch orientierte Intervention im Sinne von Köppel⁷² geht von einer Interdependenz der körperlichen Ebene und der psychosozialen Ebene beim erkrankten Menschen aus. Entsprechend nimmt sie an, dass „jede Störung in einer der drei Komponenten unweigerlich eine Störung in den anderen Komponenten nach sich zieht (...) und dass eine positive Unterstützung in einem der Bereiche ebenso auch positive Effekte in den anderen beinhaltet.“⁷³ Das heißt also, dass Unterstützung auf psychosozialer Ebene im Rahmen Sozialer Arbeit notwendig auch positive Wirkungen auf der körperlichen Ebene zur Folge hat.

Ein zweites Postulat ist, dass die Intervenierenden ein umfassendes Kriseninterventionsangebot bereithalten müssen, um die Krankheitsverarbeitung auf Seiten der erkrankten Personen und ihren Allgemeinzustand optimal zu unterstützen. Eine dritte Forderung lautet, dass sich beratende und intervenierende Hilfen nicht nur auf die Patienten bzw. Patientinnen beziehen, sondern auch Angehörige und Menschen im weiteren sozialen Umfeld berücksichtigen. Dieser Forderung liegt die Überzeugung zugrunde, dass auch das Leben der Angehörigen und von Menschen der weiteren sozialen Umwelt durch die Erkrankung verändert wird und entsprechend auch hier „beratende und intervenierende Hilfen notwendig sind.“⁷⁴ Ein viertes Moment einer salutogenetisch orientierten Intervention ist, dass sie ein ‚patientenzentrierter Ansatz‘ ist, und zwar insofern, als dieser Ansatz „den Patienten mit seinen individuellen Bedürfnissen, seiner spezifischen

⁷¹ Köppel (2005, 126)

⁷² Vgl. zum Folgenden insbesondere Köppel (2005, 130f.)

⁷³ Köppel (2005, 130)

⁷⁴ Köppel (2005, 130)

Lebensgeschichte und Lebenssituation in den Mittelpunkt aller Bemühungen stellt und somit Individualität und Autonomie als Richtlinie vorgibt. Dieses Vorgehen ist aus der Sicht der Sozialen Arbeit erforderlich, um den Bewältigungsprozess zu optimieren.⁷⁵ Das Hauptziel einer psychosozialen Beratung nach dem Konzept der Salutogenese besteht nach Köppel schließlich in der „Stärkung des individuellen Kohärenzgefühls der Betroffenen. Das bedeutet, den Patientinnen die Möglichkeit der Selbstkontrolle und Selbstbestimmung zu vermitteln, nach individuellen gesundheitsfördernden Ressourcen zu suchen und diese konsequent zu fördern, um so die drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zu stärken.“⁷⁶ Da im Abschnitt (2.3.2.1) dargelegt wurde, was im Rahmen des Konzepts der Salutogenese unter ‚Kohärenzgefühl‘ verstanden wird, erübrigt es sich an dieser Stelle, auf die Zielformulierung von Monika Köppel näher einzugehen. Stattdessen sollen nun noch einmal kurz die wesentlichen Punkte einer salutogenetisch orientierten Intervention im Überblick dargelegt werden, bevor daran anschließend Interventionsziele und –methoden der Salutogenese dargelegt und erläutert werden.

Prinzipien, Postulate und Ziele einer salutogenetisch orientierten Intervention:

- Unterstützung auf psychosozialer Ebene hat positive Wirkungen auf körperlicher Ebene zur Folge.
- Ein umfassendes Kriseninterventionsangebot vermag die Krankheitsverarbeitung und den Allgemeinzustand des erkrankten Menschen positiv zu beeinflussen.
- Beratende und intervenierende Hilfen sollten nicht nur für die Erkrankten, sondern auch für deren Angehörige und für Menschen im weiteren Umfeld der Patienten und Patientinnen bereitgehalten werden.
- Eine salutogenetisch orientierte Intervention praktiziert einen patientenzentrierten Ansatz, da er geeignet ist, den Bewältigungsprozess auf Seiten des oder der Erkrankten zu optimieren.
- Hauptziel einer salutogenetisch orientierten Intervention ist die Stärkung des individuellen Kohärenzgefühls der Betroffenen.

⁷⁵ Köppel (2005, 130f.)

⁷⁶ Köppel (2005, 131)

2.3.2.4 Salutogenetische Interventionsziele und Interventionsmethoden

Köppel⁷⁷ benennt insgesamt 13 Ziele einer salutogenetisch orientierten Sozialen Arbeit mit chronisch kranken Patientinnen, die sie wiederum zwei verschiedenen Ebenen zuordnet, nämlich der ‚Individualebene‘ und der ‚strukturellen Ebene‘. Im Weiteren soll es nun darum gehen, die den zwei Ebenen zugeordneten Ziele darzulegen und sie kurz zu charakterisieren.

Interventionsziele auf Individualebene:

- Emotionale Entlastung der Patientinnen

Eine salutogenetisch orientierte Soziale Arbeit muss darauf bedacht sein, in Einzel- und Gruppengesprächen mit chronisch kranken Menschen zu deren ‚emotionaler Entlastung‘ beizutragen. Sie erreicht dies, indem sie den „Umgang mit Verlusten, Konflikten, Ängsten und Depressionen“⁷⁸ zum Thema macht. Dieser Zielsetzung liegt die oben beschriebene Annahme zugrunde, dass eine Entlastung auf der psychosozialen Ebene positive Wirkungen auf der körperlichen Ebene zur Folge haben wird.

- Unterstützung bei der Sinnfindung

Das Ziel der Unterstützung bei der Sinnfindung dient letztlich der Stärkung des Kohärenzgefühls bei den erkrankten Personen: Sie sollen befähigt werden, „die Krankheit als Teil ihres Lebens anzunehmen und einordnen zu können.“⁷⁹ Indem Soziale Arbeit die Sinnfindungsprozesse der von ihr betreuten Menschen begleitet und fördert, trägt sie indirekt dazu bei, dass die Krankheitsverarbeitung und der Allgemeinzustand der Erkrankten positiv beeinflusst werden.⁸⁰ Gleiches gilt für das folgende Interventionsziel:

⁷⁷ Vgl. zu den Ausführungen in diesem Abschnitt Köppel (2005, 133-135). Eine vergleichbare Benennung der Aufgabenfelder und Handlungsansätze der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen findet sich in Lützenkirchen (2005, 14-16)

⁷⁸ Köppel (2005, 133)

⁷⁹ Köppel (2005, 133)

⁸⁰ Zum Beleg der Relevanz des Kohärenzgefühls verweist Köppel (2005, 127) mit Bezug auf Uexküll (1997, 1041) auf eine psychosoziale Langzeitstudie am Kings-College-Hospital in London. Diese Untersuchung habe ergeben, „dass bei Patientinnen mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl und sicherer sozialer Einbindung eine eindeutig günstigere Prognose hinsichtlich der metastasenfren Überlebensrate zu verzeichnen (sei)“.

- Wiedererlangung bzw. Stärkung der Autonomie

Zu dieser Zielsetzung Sozialer Arbeit merkt Köppel⁸¹ an: „Gerade Onkologie-Patientinnen sehen ihre Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Selbstkontrolle gefährdet und sollen dabei unterstützt werden, Autonomie so weit wie möglich aufrecht zu erhalten, z. B. was medizinische Behandlungen anbetrifft und die Lebensgestaltung nach der biomedizinischen Behandlung.“ In der Auseinandersetzung mit den ethischen Grundsätzen der Sozialen Arbeit im Abschnitt (2.1.1) hatte sich gezeigt, dass die erkrankte Person als ein Subjekt angesehen wird und nicht als jemand, den man an der Behandlung nur unzureichend beteiligt oder dessen Wünsche und Vorstellungen gar übergangen werden. Entsprechend muss es ein Ziel Sozialer Arbeit sein, dem Patienten bzw. der Patientin Entwicklungsräume zu verschaffen, die es ihm bzw. ihr ermöglichen, eigenverantwortlich zu leben.

- Reflexion und ggf. Überarbeitung sozialer Rollen

Bei der Erläuterung des Krankheitsbegriffs der Sozialen Arbeit im Abschnitt (2.1.2) hatte sich gezeigt, dass auch die sozialen Konsequenzen von Krankheiten, etwa Rollenverluste, mögliche Stigmatisierungen oder finanzielle Einbußen, die unter dem Begriff ‚sickness‘ zusammengefasst werden, berücksichtigt werden müssen. Entsprechend ist eines der Interventionsziele der Sozialen Arbeit, gemeinsam mit dem Betroffenen die aktuelle und zukünftige Übernahme sozialer Rollen zu überdenken. Dabei muss, wie Köppel betont, darauf geachtet werden, „dass weder eine Über- noch eine Unterforderung entstehen.“⁸²

- Reflexion und ggf. Bearbeitung des Körperbildes und des individuellen Schönheitsideals

Dieses Interventionsziel gilt natürlich in erster Linie für Soziale Arbeit mit Brustkrebspatientinnen, die dabei unterstützt werden müssen, mit den therapiebedingten Veränderungen ihres Körpers fertig zu werden. Generell sollte in der Sozialen Arbeit mit chronisch Kranken aber angestrebt werden, bei den Betroffenen ein positives Körpergefühl zu erzeugen.

⁸¹ Köppel (2005, 133)

⁸² Köppel (2005, 133)

- Verhaltensänderung risikoreicher Lebensweisen

Indem eine salutogenetisch orientierte Soziale Arbeit Hilfestellungen bei Verhaltensänderungen auf Seiten der Patienten und Patientinnen gibt, etwa bei der Raucherentwöhnung und Ernährungsumstellung, trägt sie zur Verbesserung des Genesungsprozesses bei. Ferner hat sie die Möglichkeit, die erkrankten Menschen mit Methoden der Stressbewältigung vertraut zu machen. Das Verfügen über derartige Verfahren wiederum kann zu einer Stärkung des Kohärenzgefühls bei den Betroffenen führen.

- Steigerung der individuellen und familiären Compliance

Chronisch kranke Menschen stehen in der Gefahr, auf ihre Krankheit mit Wut oder Depression zu reagieren, was wiederum eine Einschränkung der ‚Compliance‘, also ihrer Bereitschaft, aktiv an der Therapie mitzuwirken, zur Folge haben kann. Eine solche Einschränkung der Bereitschaft zur Mitwirkung könnte aber fatale Konsequenzen für den Genesungsprozess haben. Insofern muss eine salutogenetisch orientierte Soziale Arbeit das Ziel verfolgen, durch Aufklärungsarbeit und Beratung die Patientinnen und Patienten von der Notwendigkeit der Compliance zu überzeugen.

Im Weiteren wende ich mich nun den Zielsetzungen Sozialer Arbeit auf struktureller Ebene zu.

Interventionsziele auf struktureller Ebene:

- Unterstützung der Familie bei ihrer Reorganisation

Geht man mit Uexküll⁸³ davon aus, dass die chronische Erkrankung eines Familienmitglieds das Kohärenzgefühl einer Familie erschüttern kann und dass sich dieser Umstand wiederum negativ auf den Krankheitsverlauf und die Krankheitsbewältigung der erkrankten Person auswirken kann, so liegt es aus Sicht der Sozialen Arbeit nahe, zu fordern, dass Beratungs- und Interventionsbemühungen die Familie mit einbeziehen. Dabei sollten nach Ansicht von Monika Köppel⁸⁴ „alle Familienmitglieder dabei unterstützt

⁸³ Vgl. Uexküll (1997)

⁸⁴ Köppel (2005, 134)

werden, dysfunktionale Bewältigungs- und Interaktionsmuster gemeinsam zu verändern, innerfamiliäre Unterstützungsfunktionen für alle zu mobilisieren und bisherige Rollenverteilungen zu reflektieren.“ Dass intakte Beziehungen geeignet sind, das Wohlbefinden von Ratsuchenden zu fördern und Belastungen abzufedern, wird auch von Ansen hervorgehoben.⁸⁵

- Förderung weiterer protektiver Bindungen

Bei der Ausdifferenzierung und Charakterisierung der „Dimensionen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit“ im Abschnitt (2.3.1.4) wurde bezüglich der Dimension der sozialen Beziehungen Folgendes festgestellt: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert auch in den Strukturen der sozialen Bezüge. Dabei geht es ihr darum, Möglichkeiten aufzudecken und zu nutzen, die sich aus den sozialen Geflechten ergeben. In vergleichbarer Weise ist auch eine salutogenetisch orientierte Soziale Arbeit darauf bedacht, das über die Familie hinaus gehende soziale Netz unter dem Aspekt zu betrachten, ob sich in ihm mögliche Ressourcen erschließen lassen, die für eine Optimierung des Krankheitsverlaufs und der Krankheitsbewältigung einer erkrankten Person nutzbar gemacht werden können.⁸⁶

- Verbesserung der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen untereinander und mit den Bezugspersonen

Im Abschnitt (2.3.2.2) wurde vergleichsweise ausführlich dargelegt und erläutert, warum die Salutogenese in der Onkologie Interdisziplinarität und Interprofessionalität in der Vorgehensweise propagiert, sodass es sich an dieser Stelle erübrigt, auf das Interventionsziel einer Verbesserung der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen untereinander und mit den Bezugspersonen näher einzugehen. Angemerkt sei lediglich, das eine solche Verbesserung dringend erforderlich ist, da, wie Köppel feststellt, „das Gesundheitsversorgungssystem bislang stark fraktioniert und hierarchisiert war.“⁸⁷

⁸⁵ Vgl. Ansen (2007, 12) sowie Nestmann (2005, 1687f.) und Pearson (1997, 24f.)

⁸⁶ In Ansen (2007, 13) wird zwischen ‚primären Netzen‘ (Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis), ‚sekundären Netzen‘ (Institutionen, Beratungsstellen, Pflegedienste) und ‚tertiären Netzen‘ (Selbsthilfegruppen) unterschieden, wobei Selbsthilfegruppen die Funktion haben, zwischen den anderen Netzen zu vermitteln. Das Ziel der Netzwerkarbeit wird von Ansen (2007, 13) darin gesehen, „Ratsuchende zu unterstützen, vorhandene soziale Ressourcen zu nutzen, Netze zu stärken oder auszubauen und professionelle Hilfe zu koordinieren.“

⁸⁷ Köppel (2005, 135)

- Leistungsberatung und Hilfe bei der Beantragung von Geldern, z. B. für Rehamaßnahmen

Eine salutogenetisch orientierte Soziale Arbeit setzt sich auch zum Ziel, im Rahmen einer umfassenden Versorgung der von ihr betreuten Personen Leistungsberatung zu praktizieren. Dabei kann es entweder um die Bewältigung finanzieller Probleme der Patientinnen und Patienten oder um die Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen oder um Hilfen bei einer frühzeitigen Besorgung mit Heil- und Hilfsmitteln gehen.

- Stärkung des Selbsthilfepotentials

Das Ziel, die Selbsthilfepotenziale der erkrankten Menschen durch Information und Vermittlung zu stärken (*Empowerment*), steht in einer gewissen Nähe zum oben angeführten Ziel der Wiedererlangung bzw. Stärkung der Autonomie auf Seiten der Patientinnen und Patienten und es korreliert mit der im Abschnitt (2.3.1.4) erläuterten „Dimension der Hilfe zur Selbsthilfe“ im Konzept einer Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit: Es geht der Sozialen Arbeit darum, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten und die betreuten Personen zu befähigen und zu motivieren, sich aktiv und engagiert um ihre Belange, die mit ihrer Erkrankung zu tun haben bzw. aus ihr resultieren, zu kümmern. Letztlich zielt auch die Stärkung des Selbsthilfe-potenzials darauf ab, das Kohärenzgefühl bei den erkrankten Personen zu stärken bzw. es herzustellen. Ansen⁸⁸ merkt mit Verweis auf Faltermeier⁸⁹ und Hurrelmann⁹⁰ an, eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung wirke sich positiv auf soziale Beziehungen und das Selbstwertgefühl des Patienten aus. Durch einen reflektierten Umgang mit der Krankheit werde die Alltagsbewältigung verbessert und es würden Selbsthilfepotenziale freigesetzt, die für die Behandlung besonders wichtig seien. Es sei wichtig, Patienten über die Krankheit und mögliche Folgen für den Alltag aufzuklären. Ferner sollten die Kommunikations- und Interaktionskompetenzen für den Umgang mit Angehörigen sowie mit Professionellen gestärkt werden. Schließlich sei es für die Patienten bedeutsam, dass sie Handlungs-möglichkeiten kennen lernen, mit denen sie den Verlauf ihrer Erkrankungen beeinflussen können.

⁸⁸ Ansen (2007, 13f.)

⁸⁹ Vgl. Faltermeier (2004, 1074)

⁹⁰ Hurrelmann (2000, 120f.)

- Soziale Arbeit auf politischer Ebene

Im Abschnitt (2.2.2) wurde unter Bezugnahme auf den Beitrag von Monika Köppel festgestellt, dass das Thema „Brustkrebs“ immer noch gesellschaftlich tabuisiert wird und dass eine solche Tabuisierung für die betroffenen Frauen zahlreiche negative psychische bzw. emotionale Auswirkungen mit sich bringt. Entsprechend ist es nur konsequent, wenn Köppel⁹¹ in der gesellschaftlichen Enttabuisierung des Themas durch Öffentlichkeitsarbeit eine weitere strukturelle Aufgabe auf der Makroebene sieht.

Die Frage, wie die genannten Interventionsziele auf der Individualebene bzw. der strukturellen Ebene erreicht werden können, beantwortet Köppel in der Form, dass sie die folgende ungeordnete Liste mit „Interventionsmethoden“ präsentiert:⁹²

- Case Management
- Klientenzentrierte Beratung
- Krisenintervention
- Empowerment
- Mediation
- Familienberatung, Systemische Beratung
- Psychoedukation
- Umfeldbezogene Methoden (z.B. Hilfe bei der Arbeitsbeschaffung und bei der beruflichen Rehabilitation)
- Förderung von Selbsthilfe
- Sozialberatung
- Gesundheitsberatung
- Aufklärung, Information
- Gesundheitsbildung, -edukation
- Nachsorgebetreuung
- Netz-, Gemeinwesenarbeit
- Interessenvertretung, Anwaltschaft
- Vermittlung, Vernetzung, Organisation
- Integrationshilfen
- Aktivierung

Sicherlich wäre es reizvoll, Interventionsziele und –methoden einander zuzuordnen, also zu klären, mit Hilfe welcher Verfahren welche Interventionsziele erreicht werden können. Dafür ist hier allerdings nicht der richtige Ort. Stattdessen möchte ich abschließend die von Monika Köppel erstellte Liste der Interventionsmethoden folgendermaßen kommentieren: Sie vermittelt auf eindrucksvolle Weise die Vielzahl und Vielfältigkeit jener Methoden, die

⁹¹ Vgl. Köppel (2005, 135)

⁹² Köppel (2005, 135f.)

in der salutogenetisch orientierten Sozialen Arbeit eingesetzt werden, um die Aufgabe, chronisch erkrankten Menschen ein multidimensionales, ganzheitliches Versorgungskonzept anzubieten, optimal erfüllen zu können.

Mit zwei der in der Liste aufgeführten Interventionsmethoden, nämlich „Soziale Beratung“ und „Case Management“, befassen sich die Ausführungen in den folgenden Abschnitten (2.4.1) und (2.4.2).

2.4 Behandlungsbeiträge der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

2.4.1 Soziale Beratung im Krankenhaus

Im Weiteren soll es darum gehen, erstens die Ziele Sozialer Beratung bei Krankheit darzulegen (2.4.1.1), zweitens die Methodik der Sozialen Beratung zu erläutern (2.4.1.2) und schließlich drittens jene Interventionsansätze aufzuführen, die zur Erlangung der Ziele der Sozialen Beratung bei Krankheit geeignet sind (2.4.1.3).⁹³

2.4.1.1 Ziele der Sozialen Beratung

Soziale Beratung, „eine zentrale Handlungsmethode der Sozialen Arbeit“⁹⁴, zielt nach Ansen⁹⁵ auf „die Verbesserung der sozialen Teilhabe von Ratsuchenden“. Diese Zielbestimmung entspricht derjenigen der Salutogenese, die, wie im Abschnitt 2.3.2.3 erläutert, eine Stärkung des individuellen Kohärenzgefühls der Betroffenen erstrebt. Erreicht werden soll dieses Ziel auf dreifache Weise, nämlich:

- durch eine hinreichende sozialökonomische Grundsicherung
- durch tragfähige formelle und informelle Formen der sozialen Unterstützung
- durch die persönliche Befähigung der erkrankten Person zur Teilnahme am Leben der Gesellschaft.

Im Verlauf der Beratungskommunikation, deren Struktur im folgenden Abschnitt erläutert wird, geht es darum, dem Ratsuchenden mehr Klarheit über seine Probleme zu verschaffen und ihm Möglichkeiten zur Bewältigung dieser Probleme aufzuzeigen. Die wesentliche Aufgabe des Beraters ist es somit, in der Interaktion mit dem Ratsuchenden dessen

⁹³ Vgl. zum Folgenden insbesondere Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 61-74) und Ansen (2007)

⁹⁴ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 61)

⁹⁵ Ansen (2007, 1). Siehe auch Ansen (2006, 163f.)

Problemlösungskompetenz zu erweitern.⁹⁶ Dabei kann die Problemlösung „kognitive, emotionale und praktische Elemente umfassen.“⁹⁷ Indem die Soziale Beratung darauf abzielt, die Problemlösungskompetenz des Ratsuchenden zu stärken, entspricht sie dem Postulat einer Lebensweltlichen Sozialen Arbeit bzw. der Salutogenese, ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ zu leisten und nicht etwa über die Köpfe der erkrankten Menschen hinweg zu entscheiden.⁹⁸ Durch die Weitergabe von „handlungsbefähigenden Informationen und Wissen an Ratsuchende“⁹⁹ soll dieses Ziel erreicht werden. Der Erlangung der übrigen oben genannten Ziele der Sozialen Beratung dienen Maßnahmen zur Sicherung der materiellen Lebensgrundlagen sowie die Förderung von sozialen Netzen und der persönliche Beistand in bedrängenden Situationen. Davon wird weiter unten noch die Rede sein.

Hier sei noch angemerkt, dass nicht jeder Patient auf die soeben genannten Hilfen der Sozialen Beratung angewiesen ist, dass sie aber, wie Ansen feststellt, „für die Unterstützung von Menschen mit komplexen Erkrankungen ohne Abstriche relevant (sind).“¹⁰⁰ Mit einer komplexen Erkrankung sind oftmals soziale, berufliche, persönliche und finanzielle Probleme verbunden, bei deren Bewältigung Soziale Arbeit einen entscheidenden Beitrag leisten kann.¹⁰¹

Bei der Durchführung der Sozialen Beratung sind auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Fähigkeit und die Bereitschaft zu einem behutsamen und empathischen Umgang mit den Erkrankten vonnöten. Zur Begründung schreibt Ansen: „Möglicherweise löst die Beratung über die Anerkennung als Schwerbehinderter oder über Vorsorgemaßnahmen wie eine Patientenverfügung bei den Betroffenen Panik aus. Eine bedrohliche Erkrankung verändert die Wahrnehmungsmuster der Ratsuchenden und lässt sie teilweise sehr sensibel reagieren. In der Sozialen Beratung ist deshalb ein empathischer Umgang besonders wichtig, in dem der Berater an die Sichtweisen und Verstehensmöglichkeiten der Ratsuchenden anschließt. Eine nur an den Inhalten orientierte Soziale Beratung kann mehr schaden als nützen.“¹⁰² Schließlich ist festzustellen, dass Soziale Beratung bei Krankheit eine zentrale Handlungsmethode der Klinischen Sozialarbeit ist. Dabei wird die klinische Dimension der Sozialen Beratung in der Charakterisierung der

⁹⁶ Vgl. Rechten (1998, 16)

⁹⁷ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 62)

⁹⁸ Vgl. hierzu die Ausführungen in den Abschnitten 2.3.1.4 und 2.3.2.4 sowie zu den ethischen Grundsätzen der Sozialen Arbeit im Abschnitt 2.1.1

⁹⁹ Ansen (2007, 2)

¹⁰⁰ Ansen (2007,2)

¹⁰¹ Siehe hierzu auch Ortman/Waller 2005,2)

¹⁰² Ansen (2007, 2)

Behandlungsbeiträge der Sozialen Arbeit durch Geißler-Piltz/Mühlum/Pauls¹⁰³ deutlich gemacht: „In der psychosozial beratenden und behandelnden Tätigkeit richtet sich die Aufmerksamkeit sowohl auf die Sicherung der materiellen Basis und der Alltagskompetenzen als auch auf die Aktivierung versteckter Fähigkeiten der Klienten. Ferner konzentriert sie sich auf Personen und Kontexte in ihrem Lebensalltag, die positiv besetzt sind, und auf bislang unentdeckte und ungenutzte Entwicklungspotenziale.“

Im Weiteren wende ich mich nun den Behandlungsbeiträgen der Sozialen Beratung und der Methodik der Sozialen Beratung zu.

2.4.1.2 Methodik der Sozialen Beratung

Anzumerken ist zunächst, dass die Behandlungsbeiträge der Sozialen Beratung in der Regel eher unspezifischer Natur sind. Damit ist gemeint, dass „eine kausal wirksame Symptom-behandlung (...) mit der Sozialen Beratung nicht möglich (ist).“¹⁰⁴ Dennoch ist Soziale Beratung bei Krankheit von immenser Bedeutung, da es vielfältige und empirisch nachgewiesene Zusammenhänge zwischen den sozialen Lebensumständen erkrankter Menschen und ihren Krankheitsbelastungen gibt. Diese Zusammenhänge, auf die hier nicht im Einzelnen eingegangen werden kann, werden u. a. in den Untersuchungen von Mühlum (2004), Wilkinson (2003), Schneider (2003) und Rosenbrock/Gerlinger (2004) aufgezeigt. Resümierend stellt Ansen fest: „Im Ergebnis gilt für die Soziale Beratung bei Krankheit, dass durch die Verbesserung der sozialen Lebensumstände vor allem in den Bereichen Einkommen, Wohnen, Arbeit und soziale Kontakte Krankheiten vermieden oder die Behandlungsaussichten verbessert werden können.“¹⁰⁵

In der nun folgenden Auseinandersetzung mit der Methodik der Sozialen Beratung sollen die folgenden vier Aspekte berücksichtigt werden:¹⁰⁶

- Soziale Diagnostik
- Ziele in der Sozialen Beratung
- Interventionen in der Sozialen Beratung
- Aspekte der Beratungsbeziehung

¹⁰³ Vgl. Geißler-Piltz/Mühlum/Pauls (2005, 28)

¹⁰⁴ Ansen (2007, 6). Vgl. hierzu auch Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 65): „Gelingt es, die persönlichen und sozialen Folgen einer Erkrankung zu bewältigen, trägt dies zu einer Verbesserung des Allgemeinzustands und einem stabileren Immunsystem bei. Die Soziale Beratung liefert somit unspezifische Behandlungsbeiträge ab, die die medizinische Therapie optimieren.“

¹⁰⁵ Ansen (2007, 7f.)

¹⁰⁶ Vgl. zum Folgenden insbesondere Ansen (2007, 8-10)

Soziale Diagnostik

Ziel der sozialen Diagnostik ist es, den Unterstützungsbedarf eines erkrankten Menschen zu erkunden. Dabei gilt, dass eine „genauere Analyse des Unterstützungsbedarfs von Patienten mit komplikationsreichen Erkrankungen (...) dazu beiträgt, die möglichen Themen der Sozialen Beratung zu spezifizieren.“¹⁰⁷ In der sozialen Diagnostik werden drei Kategorien berücksichtigt, denen wiederum jeweils einzelne Aspekte zugeordnet werden, die im Folgenden in Form von Fragen angeführt sind:

(1) Die materiellen Lebensgrundlagen der erkrankten Person:

- Gibt es für die erkrankte Person eine ausreichende finanzielle Grundsicherung?
- Gibt es für die erkrankte Person eine ausreichende Wohnungsversorgung?
- Wie stark sind die mit der Krankheit verbundenen finanziellen Belastungen?
- Ist die vorhandene Wohnung geeignet, trotz der Erkrankung ein Höchstmaß an Autonomie im Alltag zu gewährleisten?

(2) Die soziale Unterstützung der erkrankten Person:

- Welche sozialen Formen der Unterstützung der erkrankten Person im Alltag sind vorhanden?
- Welche Auswirkungen hat die Krankheit auf die familiären und informellen sozialen Netze, die durch Rollenverluste des oder der Erkrankten erodieren können?
- Gibt es bereits professionelle Hilfen zur Weiterführung des Haushalts oder des Pflegedienstes?
- Ist es erforderlich, derlei formelle Netze einzurichten?

(3) Die persönlichen Fähigkeiten der erkrankten Person:

- Ist die erkrankte Person in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen?

¹⁰⁷ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 63)

- Ist die erkrankte Person fähig, mit ihrer Erkrankung angemessen umzugehen?
- Verfügt die erkrankte Person über hinreichende soziale Kompetenzen, die für die soziale Teilhabe unerlässlich sind?

Soll die soziale Diagnostik im Rahmen der Beratungskommunikation erfolgreich sein, ist die Partizipation des Ratsuchenden unverzichtbar¹⁰⁸. Sie wird durch eine Gesprächshaltung des Beraters begünstigt, der auf Fragen unterschiedlichen Typs wie a.) bis d.) bzw. auf Paraphrasen wie e.) und f.) zurückgreift:¹⁰⁹

- a) Was meinen Sie, werden Sie, wenn Sie wieder zu Hause sind, allein zurechtkommen?
- b) Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?
- c) Könnten Sie sich vorstellen, später einen anderen Beruf zu ergreifen?
- d) Wer in Ihrer Familie könnte Ihnen dabei helfen, Anträge bei Behörden zu stellen?
- e) Wenn ich Sie richtig verstanden habe, kommt es Ihnen vor allem darauf an, dass ...
- f) Ich möchte noch einmal kurz zusammenfassen, was wir jetzt besprochen haben: ...

Veranlassen ‚offene Fragen‘ wie a.) den Ratsuchenden zu einer persönlichen Einschätzung seiner Situation, zielen ‚direkte Fragen‘ wie b.) auf konkrete Sachverhalte, die der Berater in Erfahrung bringen muss, um den tatsächlichen Unterstützungsbedarf des oder der Erkrankten angemessen einschätzen zu können. Bei Fragen wie c.) handelt es sich dagegen um ‚reflektierende Fragen‘, „durch die Patienten möglicherweise animiert werden, die Bedeutung einer Erkrankung für ihr weiteres Leben zu kommunizieren.“¹¹⁰ Schließlich werden PatientInnen mit ‚Ressourcen aufdeckenden Fragen‘ wie d.) veranlasst, über eventuell bereits vorhandene Potentiale zur Bewältigung ihrer Erkrankung nachzudenken. Fragen dieser Art entsprechen den Prinzipien der Salutogenese insofern, als mit ihnen darauf abgezielt wird, das Selbsthilfepotential einer erkrankten Person zu erkunden und es gegebenenfalls zu aktivieren.¹¹¹ Paraphrasen wie e.) dienen nicht nur der Verständnissicherung auf Seiten des Beraters; sie können auch dazu beitragen, dass der

¹⁰⁸ Hierzu merken Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 62) an: „Der Erfolg einer Beratung hängt nicht nur von den eingebrachten Inhalten und Gesprächstechniken ab, sondern auch von der Bereitschaft des Ratsuchenden, sich auf die Beratung einzulassen und mitzuarbeiten.“

¹⁰⁹ Vgl. zum Folgenden auch Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 69)

¹¹⁰ Ansen (2007, 9)

¹¹¹ Vgl. dazu die Ausführungen im Abschnitt (2.3.2.3)

Ratsuchende selbst zu einer klareren Einschätzung seiner Situation gelangt. Die gesprächsstrukturelle Funktion solcher Paraphrasen kann darin bestehen, dass durch sie ein spezieller Aspekt fokussiert wird, der im weiteren Verlauf der Interaktion eingehender behandelt wird. Paraphrasen wie f.) schließlich haben hauptsächlich die Funktion der Ergebnissicherung. Außerdem vermögen auch sie zu einer weiteren Klärung der gegebenen Situation beizutragen.

Ziele in der Sozialen Beratung

Ist der Unterstützungsbedarf einer erkrankten Person erkundet, werden in einem nächsten Schritt „mit dem Ratsuchenden Ziele für mögliche Interventionen verabredet“.¹¹² Die gemeinsame Festlegung solcher Ziele vermittelt dem erkrankten Menschen den Eindruck, dass die Verbesserung seiner sozialen Teilhabe, wie sie durch die Soziale Beratung angestrebt wird, ein planbarer Prozess ist, der nur gelingt, wenn der Ratsuchende in jeder einzelnen Phase kooperiert.¹¹³ Die gleichberechtigte Mitwirkung von PatientInnen an der Festlegung von Zielen erhöht ihre Bereitschaft zur „Compliance“, die wiederum, wie an anderer Stelle ausgeführt,¹¹⁴ wesentlich für den Erfolg des Genesungsprozesses ist.

Nach einem Vorschlag von Spiegel¹¹⁵ können zwei Arten von Zielen unterschieden werden, nämlich *Wirkungsziele* einerseits und *Handlungsziele* andererseits. Wirkungsziele geben, wie Ansen es formuliert, „die Gesamtrichtung der Beratung an.“¹¹⁶ Sie beschreiben einen Zustand, den eine erkrankte Person erstrebt, etwa die vollständige Wiederherstellung der Gesundheit. Um diesen angestrebten Zielzustand zu erreichen, kann es zweckmäßig sein, den Gesamtprozess in Etappen zu zerlegen und für jede dieser Etappen eine Teilzielsetzung zu formulieren. Diese Teilziele wiederum werden durch den Vollzug von Interventionen, die der Berater veranlasst, angestrebt. Interventionen und die mit ihnen verknüpften Handlungsziele sind somit auf die Herbeiführung des übergeordneten Wirkungsziels ausgerichtet. Die von Spiegel vorgeschlagene Ausdifferenzierung unterschiedlicher Zieltypen erweist sich auch im Hinblick auf „eine begleitende und abschließende Evaluation des Beratungsprozesses“¹¹⁷ als zweckmäßig. Sie erlaubt eine Bewertung der Beratungskommunikation auf der Grundlage von Fragen wie:

¹¹² Ansen (2007, 10)

¹¹³ Siehe dazu auch Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 68)

¹¹⁴ Vgl. dazu die Ausführungen im Abschnitt (2.3.2.4)

¹¹⁵ Siehe Spiegel (2006, 138f.)

¹¹⁶ Ansen (2007, 10)

¹¹⁷ Ansen (2007, 10)

- War das gemeinsam von Berater und Ratsuchendem festgelegte Wirkungsziel realistisch?
- War die Formulierung eines solchen übergeordneten Wirkungsziels für die erkrankte Person hilfreich?
- War die Ausdifferenzierung funktionaler Phasen mit je spezifischen Teilzielen hilfreich im Hinblick auf die Erlangung des Wirkungsziels?
- Waren die vom Berater veranlassten Interventionen geeignet, die mit ihnen angestrebten Zielzustände zu erreichen?
- Hätten andere Interventionen die angestrebten Zustände besser (schneller, effektiver, kostengünstiger ...) herbeigeführt?

In den folgenden Ausführungen möchte ich nun die Interventionen in der Sozialen Beratung darstellen und erläutern.

2.4.1.3 Interventionen in der Sozialen Beratung

Ging es in den Erläuterungen zur Sozialen Diagnostik darum zu zeigen, wie der Unterstützungsbedarf eines erkrankten Menschen im Hinblick auf seine materiellen Lebensgrundlagen, seine soziale Unterstützung und seine Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung erkundet wird, so sollen nun Interventionsformen vorgestellt werden, die geeignet sein könnten, eventuell vorhandene Defizite zu beseitigen. Dabei ergeben sich folgende Zuordnungen von Interventionsformen und angestrebten Handlungszielen:¹¹⁸

Maßnahmen zur Sicherung der Lebensgrundlagen der erkrankten Person:

- Interventionen zur Gewährleistung der sozialen Grundsicherung
- Interventionen zur Kompensation von krankheitsbedingten Einkommensausfällen
- Interventionen zur Anpassung der Wohnverhältnisse an die verbliebenen Fähigkeiten der erkrankten Person zur Alltagsbewältigung

Den Zusammenhang zwischen diesen Interventionsformen und dem Prozess der Genesung erkrankter Personen zeigt Ansen folgendermaßen auf: „Die mehrdimensionale Sicherung der Lebensgrundlagen reduziert Ängste vor einem krankheitsbedingten sozialen Abstieg

¹¹⁸ Vgl. zum Folgenden Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 69-71) sowie insbesondere Ansen (2006, 156-160) und Ansen (2007, 11-14). Auf die Auflistung der einzelnen Handlungsmöglichkeiten, wie sie in Ansen (2007) erfolgt, muss an dieser Stelle verzichtet werden.

und fördert individuelle Perspektiven, die durch einen drohenden Verlust der materiellen Ressourcen unterminiert werden. Dadurch wird der individuelle Stress eines Patienten abgebaut und seine Bereitschaft zur Mitarbeit in der Behandlung gefördert.“¹¹⁹ Damit dies gelingt, muss der Berater mit unterschiedlichen Kompetenzen ausgestattet sein: Er muss nicht nur über einschlägige Gesetzeskenntnisse verfügen, sondern auch in der Lage sein, sie den erkrankten Personen so zu vermitteln, dass sie möglichst rasch in der Lage sind, eigenverantwortlich zu entscheiden und zu handeln. Gegebenenfalls muss der Berater darüber hinaus Anträge für die erkrankte Person stellen und begründen, Versorgungsketten organisieren, Gutachten erstellen oder unterschiedliche Hilfestellen vernetzen.¹²⁰ Sollen die Lebensgrundlagen einer erkrankten Person gesichert werden, kann also weit mehr als die Weitergabe handlungsrelevanter Wissensbestände im Rahmen der Sozialen Beratung erforderlich sein.

Maßnahmen zur Förderung der sozialen Unterstützung der erkrankten Person:

Soziale Unterstützung, die eine erkrankte Person erfährt, ist dann *informeller* Art, wenn sie im privaten Bereich durch Familieangehörige, Freunde usw. erfolgt. Wird diese soziale Unterstützung dagegen von Pflegediensten oder Beratungs- oder Hilfestellen angeboten, so ist sie *formeller* Natur. Entsprechend können unterschiedliche Interventionen zur Förderung der sozialen Unterstützung unterschieden werden, nämlich:

Maßnahmen zur Förderung der informellen sozialen Unterstützung der erkrankten Person:

- Interventionen in Form von Angehörigenarbeit mit dem Ziel der Förderung belastbarer zwischenmenschlicher Beziehungen.
- Interventionen in Form von Netzwerkarbeit mit dem Ziel, Ratsuchende darin zu unterstützen, „mit anderen zu kommunizieren und Hilfe in Anspruch zu nehmen.“¹²¹

Maßnahmen zur Förderung der formellen sozialen Unterstützung der erkrankten Person:

- Interventionen in Form von Netzwerkarbeit mit dem Ziel der Erkundung der Versorgungsangebote der „sekundären Netze wie Institutionen, Beratungsstellen und Pflegedienste.“¹²²

¹¹⁹ Ansen (2007, 11)

¹²⁰ Vgl. Ansen (2007, 12)

¹²¹ Ansen (2007, 13)

Wie Nestmann¹²³ gezeigt hat, fördern intakte Beziehungen das Wohlergehen eines Menschen und sorgen dafür, dass Belastungen leichter ertragen werden können. Dies gilt vor allem dann, wenn, wie Ansen mit Verweis auf Pearson¹²⁴ schreibt, „Menschen in ihren Beziehungen einen kognitiven, emotionalen, materiellen und praktischen Beistand erfahren.“¹²⁵ Es kann also davon ausgegangen werden, dass sich Maßnahmen zur Förderung der informellen oder formellen sozialen Unterstützung positiv auf den Genesungsprozess einer erkrankten Person auswirken.

Maßnahmen zur Förderung der persönlichen Fähigkeiten der erkrankten Person:

Bei den Maßnahmen zur Förderung der persönlichen Fähigkeiten einer erkrankten Person¹²⁶ geht es im Wesentlichen um Interventionen, die darauf abzielen, den erkrankten Menschen zu einem reflektierten Umgang mit der Erkrankung zu befähigen sowie Selbsthilfepotenziale freizusetzen, die, wie Faltermeier¹²⁷ postuliert, für die Behandlung besonders wichtig sind. Die hier angesprochenen Maßnahmen zielen also auf das bereits an anderer Stelle thematisierte *Empowerment*, das von Sickendiek/Engel/Nestmann¹²⁸ mit so genannten ‚Teilhabestrategien‘ in Verbindung gebracht und folgendermaßen erläutert wird: „Mit den beiden Begriffen ‚empowerment‘ und ‚Teilhabe‘ verbinden sich in der Beratungsarbeit Konzepte, die die direkt von einer Intervention Betroffenen als aktive Subjekte in den Gesamtprozess zu integrieren versuchen. Es ist dies der Versuch, einerseits ‚Kraft (zurück) zu geben‘, andererseits nicht nur *teilnehmen*, sondern auch *teilhaben* zu lassen. Seitens des professionellen Handelns erfordern entsprechende Vorgehensweisen, dass nicht die Defizite und die mangelnden Fähigkeiten der Betroffenen im Zentrum der professionellen Perspektive stehen, sondern dass der Blick auf die vorhandenen Kompetenzen wie auch auf die vorhandenen Fähigkeiten zur Mitgestaltung gerichtet wird, d. h. vor allem auf Ressourcen.“ In Orientierung an Hurrelmann¹²⁹ können dabei drei Handlungsziele ausdifferenziert werden, denen entsprechende Interventionsformen zugeordnet sind:

¹²² Ansen (2007, 13)

¹²³ Siehe Nestmann (2005, 1687f.)

¹²⁴ Pearson (1997, 24f.)

¹²⁵ Ansen (2007, 12)

¹²⁶ Siehe zum Folgenden auch Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 71-74)

¹²⁷ Vgl. Faltermeier (2004, 1074)

¹²⁸ Sickendiek/Engel/Nestmann (2002, 71)

¹²⁹ Hurrelmann (2000, 120f.)

- Interventionen zum Zwecke der Aufklärung der erkrankten Person über die Krankheit und über mögliche Folgen für den Alltag.
- Interventionen zum Zwecke der Verbesserung der Kommunikationskompetenz der erkrankten Person für den Umgang mit Angehörigen und Professionellen.
- Interventionen zum Zwecke der Aufklärung der erkrankten Person über Handlungsmöglichkeiten, „mit denen sie den Verlauf ihrer Erkrankung beeinflussen können.“¹³⁰

Bei der Realisierung dieser Interventionsformen obliegt es dem Berater, zum einen durch die Vermittlung von Informationen über die Krankheit den PatientInnen eine angemessene Vorstellung von ihrer Erkrankung und deren möglichen Folgen zu geben und andererseits gemeinsam mit ihnen über die Krankheit zu reflektieren. Sinn solcher Reflexionen kann es dabei zum Beispiel sein, Zukunftsängste auf Seiten der erkrankten Personen abzubauen, ihnen zu einer veränderten Sichtweise ihrer Erkrankung zu verhelfen oder sie zu einem konstruktiven Umgang mit der Krankheit zu motivieren.¹³¹

Bevor ich mich nun mit dem ‚Case-Management‘ als einem alternativen Behandlungsbeitrag der Sozialen Arbeit im Krankenhaus zuwende, möchte ich noch kurz auf die Frage eingehen, von welcher Art die Beziehung zwischen den an einer Sozialen Beratung Beteiligten sein sollte.

Aspekte der Beratungsbeziehung

Im optimalen Fall handelt es sich bei der Beziehung zwischen BeraterInnen und KlientInnen, die in Sickendiek/Engel/Nestmann als „eine bedeutsame, wenn nicht gar die wichtigste Dimension einer jeden Beratungskonstellation“¹³² erachtet wird, um eine bewusst gestaltete „Arbeitsbeziehung“¹³³, in die sich der Ratgeber mit folgenden Eigenschaften bzw. Verhaltensweisen einbringt, die nur oberflächlich betrachtet einander zu widersprechen scheinen:

- Empathie
- Kompetenz
- Distanz

¹³⁰ Ansen (2007, 14)

¹³¹ Siehe dazu auch Gerdes/Weis (2000,57)

¹³² Sickendiek/Engel/Nestmann (2002, 129)

¹³³ Siehe Ansen (2007, 8) und Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 66) sowie Ansen (2006, 111-116)

Nach Ansen/Gödecker-Geenen/Nau¹³⁴ ist für die Beratung „ein vertrauensförderndes Klima sehr hilfreich. Es entsteht vor allem dann, wenn die Bedürfnisse des Ratsuchenden berücksichtigt, fachlich kompetente Hilfen vorgehalten und keine Maßnahmen gegen den Willen der Ratsuchenden eingeleitet werden.“ Um aber die Bedürfnisse des Ratsuchenden zu erkunden und um dem Anspruch der Sozialen Arbeit Genüge zu tun, das „subjektive Krankheitserleben“¹³⁵ der PatientInnen zu berücksichtigen, bedarf es eines besonderen Einfühlungsvermögens, eben der Empathie auf Seiten des Beraters. Der Begriff *Empathie* ist dabei definiert als „Fähigkeit, sich in die Gefühle und Gedanken einer Person hineinversetzen zu können. Eine empathische Haltung umfasst das Bemühen, einen Menschen in seiner Welt zu verstehen, ihn in seinem Denken, Fühlen und Handeln nachvollziehen zu können, für seine subjektiven und objektiven Möglichkeiten, Grenzen, Rollen etc. ein möglichst tiefgehendes Verständnis zu entwickeln. Diese Empathie soll sich über bestimmte Vorgehensweisen der Berater (...), insbesondere aber über ihre grundlegend sensible Haltung in der Beratungsbeziehung ausdrücken und niederschlagen.“¹³⁶ Andererseits vertraut ein erkrankter Mensch dem Sozialarbeiter „vor allem dann, wenn er geeignete Informationen über die soziale Sicherung bei Krankheit und über seine beruflichen Möglichkeiten erhält.“¹³⁷ Mit anderen Worten: Ein vertrauensvolles Verhältnis entsteht in dem Maße, wie es dem Ratgeber gelingt, durch kompetente Information und Aufklärung dem oder der Erkrankten Wege zur Bewältigung der Krankheit aufzuzeigen. Diesen Sachverhalt formuliert Ansen¹³⁸ mit Verweis auf Finke¹³⁹ wie folgt: „In der bewusst gestalteten Beziehung erfahren Ratsuchende eine halt gebende, motivierende und ermutigende Unterstützung durch die Zuwendung des Beraters und durch gezielte Interventionen. Die halt gewährende Zuwendung kommt u. a. durch die Konzentration auf die Probleme der Ratsuchenden zustande. Der Berater bringt sein theoretisches und Handlungswissen sowie seine beruflichen Erfahrungen in die Arbeitsbeziehung ein.“ Diese Professionalität wird den Berater aber auch dazu veranlassen, eine „vorschnelle Parteinahme für den Ratsuchenden“¹⁴⁰ zu vermeiden und stattdessen eine „ausreichende Distanz (...) zu den Fragen und Problemen der Ratsuchenden“¹⁴¹ zu wahren.

¹³⁴ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 66). Siehe dazu auch Wagenblass (2001, 1938)

¹³⁵ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 65). Siehe dazu auch die Ausführungen zum Krankheitsbegriff der Sozialen Arbeit im Abschnitt 2.1.2

¹³⁶ Sickendiek/Engel/Nestmann (2002, 129f.)

¹³⁷ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 66)

¹³⁸ Ansen (2007, 8)

¹³⁹ Finke (1999, 15f.)

¹⁴⁰ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 67)

¹⁴¹ Ansen (2007, 8)

Nur aus einer solchen Position des Außenstehenden heraus ist es dem Berater möglich, zu einer möglichst unverstellten Problemeinschätzung zu gelangen.¹⁴² Die wiederum ist erforderlich, um für die anstehenden Probleme Lösungsmöglichkeiten aufzeigen zu können, die nicht nur die Wünsche der PatientInnen, sondern auch die Belange von Institutionen, etwa der Krankenhäuser, berücksichtigen.

Im Weiteren wende ich mich nun dem ‚Case-Management‘ als einem alternativen Behandlungsbeitrag der Sozialen Arbeit im Krankenhaus zu.

2.4.2 Case-Management im Krankenhaus

In den folgenden Ausführungen geht es darum, Case-Management als Behandlungsbeitrag der Sozialen Arbeit zu charakterisieren und zu sagen, wann Case-Management im Krankenhaus indiziert ist (2.4.2.1). Sodann werden der Nutzen und die Ziele von Case-Management im Krankenhaus spezifiziert (2.4.2.2), bevor im letzten Abschnitt (2.4.2.3) die verschiedenen Funktionen eines „Case-Managers“ und die Arbeitsschritte im Case-Management kurz dargelegt werden.

2.4.2.1 Charakterisierung von Case-Management als Behandlungsbeitrag der Sozialen Arbeit

Case-Management ist „in komplexen Problemlagen indiziert.“¹⁴³ Zu diesen Problemlagen gehören auch chronische Erkrankungen, bei denen unterschiedliche Hilfen erforderlich sind, die koordiniert werden müssen. Wesentlich für ein Case-Management ist die Ausrichtung an individuellen Problemlagen, die aus der Perspektive all jener, die darin involviert sind, betrachtet und analysiert werden. Dies geschieht mit der Absicht, den Bedarf an Hilfe angemessen zu erheben und dabei gewährleistet zu sehen, dass alle relevanten Aspekte einer gegebenen Problemlage erfasst und berücksichtigt werden. An die multiperspektivische Problemanalyse schließt sich die Verabredung eines gemeinsamen Ziels aller Beteiligten (Klienten, Mitarbeiter unterschiedlicher Dienste und Einrichtungen) an, eines Ziels „das in einem kooperativen Prozess auf der Grundlage einer Versorgungsplanung, der systematischen Implementierung einzelner Maßnahmen und einer gezielten Auswertung realisiert wird.“¹⁴⁴

¹⁴² Vgl. hierzu Ansen (2007, 8), Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 67) sowie Finke (1999)

¹⁴³ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 74). Entsprechend gilt, dass kein Management erforderlich ist, „wenn Menschen einzelne Hilfen brauchen, eine materielle Unterstützung, einen Rat, ein klärendes Gespräch oder akut eine ärztliche Behandlung.“ (Wendt 2001)

¹⁴⁴ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 75)

Von der Sozialen Beratung, wie sie im vorhergehenden Abschnitt charakterisiert wurde, unterscheidet sich Case-Management im Wesentlichen dadurch, dass der Case-Manager sich darum bemüht, den Klienten Zugang zu jenen Einrichtungen zu verschaffen, die bestmögliche Hilfe zur Lösung eines anstehenden Problems leisten können, während der Ratgeber selbst bestrebt ist, in der Interaktion mit dem Ratsuchenden Lösungswege zu finden.

2.4.2.2 Nutzen und Ziele von Case-Management im Krankenhaus

Zu den Zielen und den daraus abgeleiteten methodischen Vorgehensweisen von Case-Management äußert sich Remmel-Faßbender¹⁴⁵ wie folgt: „Case-Management will als soziale Unterstützungsarbeit für Menschen mit vielschichtigen Problemen sowohl Ressourcen der KlientInnen als auch der Umwelt aktivieren und zur Problembewältigung nutzbar machen.“ Die Orientierung an wesentlichen Prinzipien der Salutogenese und der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ist auch im Case-Management evident: Der erkrankte Mensch wird nicht etwa als ‚zu behandelnde‘ Person angesehen, sondern als eine Person, die sich mit ihren Ressourcen ebenso aktiv am Prozess der Wiedergenesung beteiligen soll wie die Menschen im Umfeld der erkrankten Person. Eine weitere Zielexplication von Case-Management findet sich bei Ewers,¹⁴⁶ der postuliert, Case-Management gehe von einzelnen Patienten aus, die persönlich mit dem Hilffssystem verwoben würden. Das Ziel bestehe in der möglichst umfassenden, kontinuierlichen und integrierten Versorgung von Patienten.

Worin besteht der Nutzen eines systematischen Vorgehens im Sinne des Case-Managements?

Die wesentlichen Vorteile sind in der folgenden Übersicht zusammengestellt:

- Case-Management beendet den verbreiteten Zustand der „Parzellierung des Hilfeprozesses, die in der Regel zulasten der Menschen geht, die auf unterschiedliche Hilfen angewiesen sind.“¹⁴⁷
- Case-Management sorgt dafür, dass in einer komplexen Problemlage die notwendigen Mittel rational und kostenbewusst eingesetzt werden.
- Case-Management ermöglicht es, die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Einrichtungen zu koordinieren.¹⁴⁸

¹⁴⁵ Remmel-Faßbender (2003, 65)

¹⁴⁶ Siehe Ewers (2000, 46)

¹⁴⁷ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 76)

- Case-Management hat den Vorteil, „dass verschiedene Interventionen auf die Situation des Patienten abgestimmt und die Behandelnden ohne Reibungsverluste in ihrer Zusammenarbeit unterstützt werden.“¹⁴⁹
- Case-Management hält gute methodische Grundlagen für die vielschichtigen Organisationsaufgaben im Zusammenhang mit der Entlassung von Patienten bereit.¹⁵⁰
- Case-Management ist in der Lage, lange Liegezeiten zu verringern und Fehlbelegungen abzubauen, indem es eine „engere Verzahnung der Krankenhausbehandlung mit dem ambulanten Sektor realisiert.“¹⁵¹

Im Weiteren möchte ich in Umrissen die Strukturen eines medizinisch-sozialen Case-Managements skizzieren.

2.4.2.3 Zu den Funktionen des Case-Managers und der Praxis des Case-Managements

Ansen/Gödecker-Geenen/Nau stellen mit Verweis auf Porz¹⁵² fest, dass für die Soziale Arbeit im Krankenhaus ein medizinisch-soziales Case-Management besonders geeignet ist. „In diesem Zugang werden medizinische, pflegerische und soziale Dienstleistungen verknüpft, auf die vor allem chronisch Kranke angewiesen sind. Gerade bei dieser Patientengruppe erweist sich die Trennung zwischen stationären und ambulanten Maßnahmen, die unzureichende Zusammenarbeit einzelner Dienstleistungsanbieter und die mangelnde Ausrichtung an den Unterstützungsbedarfen für eine kontinuierliche Versorgung als besonders nachteilig.“¹⁵³ Das medizinisch-soziale Case-Management orientiert sich strikt an den Bedarfen von Patientinnen und Patienten. Es rückt den erkrankten Menschen mit seinen Bedürfnissen ins Zentrum der Bemühungen, setzt sich für seine Interessen ein und bemüht sich um die Stärkung seiner Selbsthilfekräfte. Dabei übernimmt der Case-Manager unterschiedliche Funktionen:¹⁵⁴

¹⁴⁸ Zu den Punkten 2 und 3 vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 77)

¹⁴⁹ Wendt (2001, 134)

¹⁵⁰ Vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 79)

¹⁵¹ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 80)

¹⁵² Porz (2003, 5)

¹⁵³ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 82)

¹⁵⁴ Vgl. zum Folgenden insbesondere Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 83f.). Nach Ewers (2000, 63f.) übernimmt der Case-Manager neben den oben genannten drei Funktionen noch eine vierte, nämlich die so genannte „GateKeeper“- Funktion. Sie besteht darin, die Beanspruchung sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen zu kontrollieren, um eine ungerechtfertigte Nutzung zu verhindern. Da die Wahrnehmung dieser Funktion im Case-Management im Krankenhaus keine wichtige Rolle spielt, soll sie hier nicht weiter berücksichtigt werden.

Funktionen des Case-Managers:

- anwaltliche Funktion
- Funktion der (Wieder-) Bemächtigung des Klienten
- Funktion der Vermittlung von Dienstleistungen

Eine *anwaltliche Funktion* übernimmt der Case-Manager insofern, als er für die Interessen eines Klienten gegenüber Institutionen eintritt. Um diese Aufgaben wahrnehmen zu können, benötigt der Case-Manager – ebenso wie der Ratgeber in der Sozialen Beratung¹⁵⁵ - die Fähigkeit zur Empathie, „um auch die nicht ausdrücklich genannten Bedürfnisse des Klienten aufzugreifen.“¹⁵⁶ Indem der Case-Manager die *Aufgabe der (Wieder-)Bemächtigung* des Klienten bei der Regelung seiner Angelegenheiten wahrnimmt, sorgt er dafür, dass die Abhängigkeiten des Klienten „so weit wie möglich vermieden werden“.¹⁵⁷ Das Ziel von Case-Management besteht nach Neuffer darin, „Hilfen anzubieten, die so wenig wie möglich in die bestehende und gewohnte Lebenswelt eingreifen. Die eigenen Ressourcen des Betroffenen und seines ihn umgebenden sozialen Netzes werden Ausgangspunkt für die Hilfen.“¹⁵⁸ Solches Handeln entspricht den wesentlichen Grundsätzen einer Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit und der Salutogenese, nach denen es darum gehen muss, durch ‚Empowerment‘ das individuelle Kohärenzgefühl der erkrankten Menschen zu stärken, ihnen die Möglichkeit der Selbstkontrolle und Selbstbestimmung zu vermitteln und sie zu befähigen und zu ermuntern, nach individuellen gesundheitsfördernden Ressourcen zu suchen.¹⁵⁹ Schließlich übt der Case-Manager die Funktion eines ‚Brokers‘ aus: Er vermittelt zwischen verschiedenen Organisationen und Institutionen, wobei er „eine neutrale Stellung zwischen den Nutzern und den Anbietern medizinischer und sozialer Dienstleistungen (einnimmt).“¹⁶⁰ Auf diese Weise soll eine Versorgung gewährleistet werden, die von allen Beteiligten als optimal empfunden wird. Über welche Qualifikationen und Kompetenzen muss der Case-Manager verfügen, wenn er die soeben kurz charakterisierten Funktionen wahrnehmen will? Hierzu führen Ansen/Gödecker-Geenen/Nau mit Verweis auf Wissert¹⁶¹ Folgendes aus: „Der Case-Manager benötigt Kenntnisse über das Versorgungssystem einschließlich der

¹⁵⁵ Vgl. die Ausführungen im Abschnitt 2.4.1.3

¹⁵⁶ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 83)

¹⁵⁷ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 83)

¹⁵⁸ Neuffer (2002, 19)

¹⁵⁹ Vgl. hierzu die Ausführungen im Abschnitt (2.3.2.2) sowie Neuffer (2002, 21-25).

¹⁶⁰ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 83)

¹⁶¹ Wissert (2003, 185f.)

Zugangswege und der Finanzierungsgrundlagen, er muss auf umfassende sozialrechtliche Kenntnisse zurückgreifen, um die soziale Sicherung der Patienten zu verbessern, er benötigt Gesprächsführungs-, Beratungs- und Verhandlungskompetenzen, er muss sich mit Wohnraumberatung und Wohnungsanpassung auskennen und über organisatorische Fähigkeiten verfügen.“¹⁶²

Derlei Kenntnisse und Kompetenzen benötigt der Case-Manager, um die Arbeitsschritte im Case-Management durchführen zu können, die ich nun abschließend kurz erläutern möchte.

Arbeitsschritte im Case-Management:

Zunächst seien die Arbeitsschritte im Case-Management im Einzelnen genannt:¹⁶³

- Intake
- Assessment
- Planning
- Intervention
- Monitoring
- Evaluation

Das Case-Management beginnt mit dem so genannten *Intake*, also mit der Aufnahme eines Klienten. In dieser einleitenden Phase geht es neben der Anmeldung wesentlich darum festzustellen, „ob ein Klient mit seinem Anliegen für das Case-Management infrage kommt.“¹⁶⁴ Sodann folgt eine Phase, in der die gegebene Problemsituation eingeschätzt und ein eventuell vorhandener Bedarf geklärt wird. Diese Phase, die als *Assessment* bezeichnet wird, entspricht im Wesentlichen der Phase der Sozialen Diagnostik in der Sozialen Beratung: Es geht darum, den Ist-Zustand eines Patienten zu erkunden und zu bewerten und auf dieser Grundlage den Unterstützungs- und Hilfebedarf einzuschätzen. Wichtig ist dabei, dass sich der Case-Manager ein möglichst differenziertes Bild von der Problemsituation macht und dass der Klient „mit der Problemeinschätzung konform geht, denn nur dann kann er sich auf die daraus resultierenden Maßnahmen auch innerlich einlassen.“¹⁶⁵ Auf dem Hintergrund der gemeinsam geteilten Problemeinschätzung werden

¹⁶² Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 88)

¹⁶³ Siehe zum Folgenden Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 84-86). Eine ausführliche Beschreibung der Phasen im Case-Management findet sich in Neuffer (2002, 50-108)

¹⁶⁴ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 85)

¹⁶⁵ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 85). Auch Neuffer (2002, 63f.) betont nachdrücklich die Relevanz einer *gemeinsamen* Einschätzung der gegebenen Situation.

sodann Ziele¹⁶⁶ vereinbart und in einem Planungsprozess, also im sog. *Planning*, Mittel und Wege ersonnen, die zur Erreichung der Ziele führen können. In der sich anschließenden Phase der *Intervention* geht es um die Verteilung der Aufgaben und die Durchführung der vereinbarten Maßnahmen. Während die bislang charakterisierten Phasen des Case-Managements im Krankenhaus realisiert werden können, gilt dies nicht für die Phasen des *Monitoring* und der *Evaluation*. Der Grund dafür ist, dass die Sozialarbeit mit der Entlassung eines Patienten ihre Zuständigkeit verliert und sie entsprechend außerhalb des Krankenhauses keine eigenen Handlungsmöglichkeiten hat. In der Phase des *Monitoring* überwacht der Case-Manager die Durchführung der vereinbarten Maßnahmen, u. z. im Hinblick darauf, ob sie geeignet sind, die gemeinsam vereinbarten Ziele zu erreichen und so den Interessen des Klienten zu entsprechen. Schließlich findet in der Phase der *Evaluation* die Auswertung der eingeleiteten Unterstützungsmaßnahmen statt.

2.5 Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

In den Ausführungen dieses Abschnitts soll es darum gehen, jene Rahmenbedingungen darzustellen und zu erläutern, unter denen Soziale Arbeit im Krankenhaus geleistet wird. An eine Spezifizierung des Auftrags der Sozialen Arbeit sowie ihres Selbstverständnisses (2.5.1) schließt sich dabei die Auseinandersetzung mit strukturbezogenen Merkmalen Sozialer Arbeit an (2.5.2).

2.5.1 Auftrag und Selbstverständnis der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

Die Soziale Arbeit im Krankenhaus ist ein Teil der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, das der Wahrung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung dient.¹⁶⁷ Für diese Aufgaben stehen medizinisch dominierte Vorsorge-, Behandlungs- und Nachsorgemaßnahmen zur Verfügung. Soziale Arbeit ist in verschiedenen Einrichtungen und Arbeitsfeldern mit Gesundheit und Krankheit konfrontiert. In Ansen/Gödecker-Geenen/Nau werden u. a. die folgenden sozialarbeiterischen Einsatzmöglichkeiten genannt:¹⁶⁸

- Krankenhäuser und Fachkliniken
- Suchtkrankenhilfe

¹⁶⁶ Mit der Frage, warum Ziele im Case-Management eine erhebliche Bedeutung haben, wie Ziele zu formulieren sind, welche Arten von Zielen unterschieden werden können und wie Ziele ‚gefunden‘ werden, befasst sich Neuffer (2002, 81-90)

¹⁶⁷ Siehe hierzu und zum Folgenden insbesondere Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, Kap. 1-4)

¹⁶⁸ Vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 12)

- Psychiatrie
- Alten- und Behindertenhilfe (teilweise)

Den Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und die Aufgaben der Sozialarbeiter im Gesundheitswesen charakterisieren Ansen/Gödecker-Geenen/Nau mit Verweis auf Homfeldt¹⁶⁹ wie folgt: „Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen wird tätig, wenn Menschen durch Krankheiten in ihrer lebenspraktischen Autonomie beeinträchtigt sind. Im Mittelpunkt der Tätigkeiten stehen persönliche, soziale, ökonomische, rechtliche und verwaltungsbezogene Hilfen. Sozialarbeiter im Gesundheitswesen beraten, betreuen und unterstützen Patienten, sie organisieren und koordinieren Hilfen und arbeiten mit unterschiedlichen Professionen zusammen.“¹⁷⁰ Dass dabei Soziale Arbeit nur für solche Erkrankungen relevant ist, die komplikationsreich verlaufen und mit sozialen Konsequenzen verbunden sind, habe ich bereits an anderer Stelle ausführlich dargelegt und erläutert.¹⁷¹

„Für die Soziale Arbeit sind“, so Ansen/Gödecker-Geenen/Nau,¹⁷² „die sozialen, ökonomischen und psychischen Implikationen von Krankheiten relevant, um ein fachlich angemessenes Verständnis zu entwickeln und geeignete Interventionen planen und durchführen zu können.“ Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es, unter Würdigung der biologischen Aspekte der Krankheit mitzuhelfen, dass die subjektiven und sozialen Auswirkungen der Erkrankung, die wiederum Ursache für Komplikationen in der Behandlung sein können, bewältigt werden. Dabei liegt die Überzeugung zugrunde, dass die Soziale Arbeit mit ihren Beiträgen zur Verbesserung der Lebensumstände und der Bewältigung von Problemen gesundheitsrelevant ist,¹⁷³ vermag sie doch zumindest mittelbar durch ihre Behandlungsbeiträge auch zum Gelingen der medizinischen Therapie beizutragen, „wenn etwa durch eine Entlastung des Patienten und durch soziale und wirtschaftliche Hilfen der Allgemeinzustand und das Immunsystem verbessert werden.“¹⁷⁴ Gleichwohl fällt es der Sozialen Arbeit im Krankenhaus schwer, ihre Kompetenzen darzustellen und die Eigenständigkeit ihrer Behandlungsmethoden deutlich zu machen. Am ehesten mag dies gelingen, wenn Soziale Arbeit im Krankenhaus als ein Element der ‚Klinischen Sozialarbeit‘ betrachtet wird, zu der Wendt Folgendes ausführte: „Gegenstand

¹⁶⁹ Siehe Homfeldt (2002, 317)

¹⁷⁰ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 12f.)

¹⁷¹ Siehe dazu die Ausführungen im Abschnitt (2.2)

¹⁷² Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 13)

¹⁷³ Vgl. hierzu Mühlum (2001, 115f.)

¹⁷⁴ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 14)

klinischer Sozialarbeit sind psychosoziale Störungen und körperliche Beeinträchtigungen in ihrem sozialen Zusammenhang, wobei mit der professionellen Kompetenz Sozialer Arbeit auf Heilung, Linderung oder Besserung hingewirkt wird. Entweder setzt klinische Sozialarbeit im System der Gesundheitsversorgung an, wenn Erkrankungen eine soziale Problematik mit sich bringen, die behandelt werden muss, oder therapeutisches, präventives oder rehabilitatives Handeln ist in einem sozialen Kontext angebracht, um Gesundheit wiederherzustellen, zu bessern oder zu erhalten.“¹⁷⁵ Um den subjektiven Überforderungen der Klientel ebenso gerecht zu werden wie den sozialen Problemen, verfügt die Klinische Sozialarbeit über ein breites Spektrum an Methoden, die auch in der Sozialen Arbeit im Krankenhaus benötigt werden, nämlich:¹⁷⁶

- Soziale Beratung
- Soziale Unterstützung
- Krisenintervention
- Sozialanwaltliches Engagement
- Praktische Hilfen im Alltag

Zur Bewältigung ihrer vielfältigen Aufgaben im Gesundheitswesen greift Soziale Arbeit zum einen auf ihre sozialarbeiterischen ‚Kernkompetenzen‘ zurück, die sie andererseits mit Erkenntnissen anderer Disziplinen und Berufe kombiniert. Hierzu gehören nach von Kardorff:¹⁷⁷

- Sozialmedizin
- Gesundheitspsychologie
- Pflegewissenschaft
- Gesundheitswissenschaft
- Soziale Gerontologie
- Rehabilitationswissenschaften
- Klinische Psychologie
- Gemeindepsychologie
- Medizinsoziologie

Nach Ansen/Gödecker-Geenen/Nau unterstreicht dieser Katalog erforderlicher Wissensbestandteile den „wissenschaftlichen und professionellen Anspruch der Sozialen Arbeit im Krankenhaus. Als Klinische Sozialarbeit hat sie keinen Grund, ihre

¹⁷⁵ Vgl. Wendt (2000, 4-17)

¹⁷⁶ Siehe Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 19)

¹⁷⁷ Vgl. von Kardorff (1999, 345f.)

Behandlungsbeiträge als gering zu erachten. Sie stehen auf einer Ebene mit den ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen.“¹⁷⁸

Bevor ich mich nun den strukturbezogenen Merkmalen der Sozialen Arbeit zuwende, möchte ich jene Beratungsleistungen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus anführen, die nach Witterstätter¹⁷⁹ im Mittelpunkt der Sozialen Arbeit im Krankenhaus stehen:

Beratungsleistungen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

- Auskunft und Beratung über Sozialleistungen
- Hilfe bei der Bewältigung häuslicher Probleme
- Beratung bei krankheitsbedingten beruflichen Problemen
- Gespräche mit Angehörigen
- Beratung über die Folgen chronischer Erkrankungen
- Hilfen für eine gesundheitsförderliche Lebensweise
- Unterstützung bei der Bewältigung seelischer Konflikte

Dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialdienste ein hohes Maß an methodischen Kompetenzen in den Bereichen Gesprächsführung, Krisenintervention, Gesundheitsberatung, Erschließung von Sozialleistungen, Organisation von Nachsorgemaßnahmen etc. benötigen, wenn sie diese Beratungsleistungen optimal im Sinne ihrer Klienten erbringen wollen, wurde bereits im Kapitel (2.4) verschiedentlich hervorgehoben und soll hier abschließend noch einmal betont werden.

2.5.2 Strukturbezogene Merkmale der Sozialen Arbeit

Da ich mich im Kapitel (2.6) eingehender mit der prekären Situation der Sozialen Arbeit im Krankenhaus befassen werde, mag es an dieser Stelle genügen, auf einige besonders gravierende strukturbezogene Sachverhalte hinzuweisen (2.5.2.1) sowie auf die Anforderungen an die Soziale Arbeit (2.5.2.2) einzugehen. Anschließend befasse ich mich kurz mit der Frage nach den Kooperationspartnern des Sozialen Dienstes im Krankenhaus (2.5.2.3). Sodann wende ich mich einigen rechtlichen und (sozial-)politischen Aspekten des Arbeitsfeldes zu.

¹⁷⁸ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 19)

¹⁷⁹ Witterstätter (2003)

2.5.2.1 Einige Feststellungen zur Lage der Sozialen Dienste im Krankenhaus

Nach Einschätzung von Ansen/Gödecker-Geenen/Nau hat die Soziale Arbeit im Krankenhaus zukünftig eine „Gratwanderung zwischen Beiträgen zur Verkürzung der Liegezeiten und der Aufrechterhaltung ihrer Standards (zu) bewältigen.“¹⁸⁰ Beiträge zur Verkürzung der Liegezeiten werden der Sozialen Arbeit aus ökonomischen Gründen abverlangt. Eine gleichzeitige Aufrechterhaltung der Standards erweist sich dagegen als ausgesprochen schwierig, da Soziale Arbeit im Krankenhaus in quantitativer Hinsicht nur in geringem Umfang präsent ist. Hierzu merken Ansen/Gödecker-Geenen/Nau mit Verweis auf Bollinger/Hohl¹⁸¹ an: „Sozialarbeit ist nicht in dem Maß präsent, wie es im Sinne einer weitergehenden Integration notwendig wäre. Das Bild der beruflichen Aktivitäten bleibt durch diese Randständigkeit verschwommen, und die Notwendigkeit zur permanenten Selbstdarstellung besteht weiterhin.“¹⁸² Dies ist umso bedauerlicher, als empirische Untersuchungen, zum Beispiel die Studie von Hüpper und Slesina,¹⁸³ zu dem Ergebnis kommen, „dass in der Praxis die Ausstattung der Sozialdienste sowie die Zahl der zu betreuenden Patienten erheblich differieren.“¹⁸⁴ Erforderlich wäre also eine personell angemessene Ausstattung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus. Aber das Gegenteil steht zu erwarten, nämlich ein Stellenabbau, der sich natürlich negativ auf das qualitative Niveau der Sozialen Arbeit im Krankenhaus auswirken würde. Eine solche Entwicklung aber wäre fatal, da, wie im Weiteren gezeigt werden soll, die Leistungsangebote sowie die Anforderungen an die Soziale Arbeit bemerkenswert sind.

2.5.2.2 Anforderungen an die Soziale Arbeit im Krankenhaus

Nach von Kardorff¹⁸⁵ nehmen akut und chronisch kranke Menschen und deren Angehörige Kontakt zur Sozialen Arbeit hauptsächlich dann auf, wenn folgende Problemsituationen gegeben sind:

- Bewältigung persönlicher, finanzieller und / oder sozialer Schwierigkeiten im Zusammenhang mit einer Erkrankung
- Klärung beruflicher Fragen

¹⁸⁰ Ansen/Grödecker-Geenen/Nau (2004, 21)

¹⁸¹ Bollinger/Hohl (1981)

¹⁸² Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 23)

¹⁸³ Hüpper/Slesina (2001)

¹⁸⁴ Siehe Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 25)

¹⁸⁵ Siehe von Kardorff (1999, 346)

- Sicherstellung der weiteren Versorgung nach der Entlassung der erkrankten Person

Der Zugang zum Sozialdienst im Krankenhaus erfolgt dabei laut Kurlemann¹⁸⁶ entweder auf Wunsch des Patienten, auf Anregung von Angehörigen, durch Vermittlung von Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Psychologen, Seelsorgern oder durch andere soziale oder rehabilitative Institutionen von außen.

Weitere Anforderungen an die Soziale Arbeit im Krankenhaus ergeben sich nach Ansen/Gödecker-Geenen/Nau aufgrund der im Folgenden genannten demographischen bzw. sozialen Entwicklungen:¹⁸⁷

- Infolge des demographischen Wandels wird die Soziale Arbeit ihre Unterstützungsangebote zukünftig sehr viel stärker auf die Belange älterer Menschen ausrichten müssen.
- Durch ein prophylaktisches Training können vermeintlich alterstypische Abbauprozesse bei älteren Menschen aufgehalten bzw. vermieden werden.
- Soziale und pflegerische Unterstützungsangebote müssen dem Umstand Rechnung tragen, dass es einen Trend zum früheren Ruhestand gibt, dass also die Arbeitsphase früher als in früheren Zeiten abgeschlossen wird, und dass es immer mehr Frauen und Alleinstehende unter den älteren Menschen gibt.
- Um ältere Patienten kompetent beraten zu können, müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes über fundierte Kenntnisse alterstypischer Erkrankungen sowie des weit verzweigten Hilfesystems für ältere Menschen verfügen.
- Für den – immer häufiger vorkommenden - Fall, dass ein Patient nach einer Krankenhausbehandlung nicht in die eigene Wohnung zurückkehren kann, sondern in ein Pflegeheim übersiedeln muss, ergeben sich eine Reihe von Fragen, die vom Berater mit äußerster Behutsamkeit behandelt werden müssen.¹⁸⁸
- Auch die Angehörigen erkrankter Personen bedürfen u. U. einer einfühlsamen Beratung, in der sie zum Beispiel aufkommende Schuldgefühle gegenüber den Pflegebedürftigen kommunizieren können.
- Ebenso sehen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialdienste mit administrativen Anforderungen konfrontiert, in denen es etwa um die Finanzierung der Heimaufnahme, die Klärung von Sozialleistungsansprüchen, die Einrichtung einer Betreuung oder die Beratung über eine Vorsorgevollmacht geht.

¹⁸⁶ Vgl. Kurlemann (2000, 1f.)

¹⁸⁷ Siehe zum Folgenden insbesondere Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 41-49)

¹⁸⁸ In Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 43) werden hierfür exemplarisch die folgenden Fragen genannt: „... ob ein Einzelzimmer zur Verfügung steht, ob eigene Möbel mitgenommen werden können, ob eine Rückkehr in die eigene Wohnung möglich ist oder ob Ersparnisse für die Finanzierung eingebracht werden müssen ...“.

- Zu den „krankheitsunspezifischen Formen der Unterstützung“¹⁸⁹ gehört es, Patienten für ihre Belange zu sensibilisieren, sie im medizinischen Versorgungssystem zu unterstützen und ihre soziale und ökonomische Benachteiligung abzubauen.
- Wenn Stress erzeugende Arbeitsbedingungen das Risiko eines Herzinfarktes erhöhen, kann es ebenfalls Aufgabe der Sozialen Beratung sein, im Sinne der Gesundheitserziehung und –beratung tätig zu werden, „um Patienten darin zu unterstützen, belastende Lebensgewohnheiten zu überwinden.“¹⁹⁰
- Als weitere typische Beratungsthemen bei komplexen Erkrankungen werden in Schwarzer/Höhn-Beste¹⁹¹ genannt: mögliche Einschränkungen der Autonomie im Alltag und die damit verbundenen Abhängigkeiten von Angehörigen und dem Versorgungssystem, negative Auswirkungen auf soziale Netze, die häufig bei lang anhaltenden Erkrankungen instabiler werden, familiäre Konsequenzen, zum Beispiel durch den Verlust der Ernährerrolle, aber auch finanzielle und berufliche Fragen und die Gefahren, die mit der krankheitsbedingten sozialen Ausgrenzung verbunden sind.¹⁹²

Ansen/Gödecker-Geenen/Nau¹⁹³ betonen – mit Verweis auf Rauchfleisch¹⁹⁴ - die Relevanz folgender Grundsätze in der Begleitung von Menschen mit chronischen Erkrankungen:

„Hauptziel ist es, den Prozess der Annahme der Krankheit zu begleiten und den Klientinnen und Klienten dabei behilflich zu sein, sich in realitätsgerechter Weise mit ihrer psychischen, körperlichen und sozialen Situation auseinander zu setzen. Dazu gehören die Reflexion der beruflichen und finanziellen Situation, die Klärung und gegebenenfalls die Neustrukturierung der Beziehungen in Familie und Freundeskreis, aber auch die Trauer um die eingeschränkte Gesundheit und den Verlust von Lebensqualität bis hin zur Auseinandersetzung mit dem Sinn des Leidens und mit dem Tod.“ Es versteht sich von selbst, dass eine derart anspruchsvolle Aufgabe nicht ‚im Nebenbei‘ und nicht von Menschen ohne einschlägige Qualifikation und hinreichende Erfahrung verantwortungsvoll und kompetent wahrgenommen werden kann.¹⁹⁵

¹⁸⁹ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 46)

¹⁹⁰ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 47)

¹⁹¹ Vgl. Schwarzer/Höhn-Beste (2002, 172)

¹⁹² Siehe hierzu auch die Ausführungen im Abschnitt (2.2.2) über die ‚sozialen Auswirkungen‘ einer chronischen Erkrankung.

¹⁹³ Siehe Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 48)

¹⁹⁴ Rauchfleisch (2001)

¹⁹⁵ Vgl. hierzu auch die Anmerkung in Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 49): „Ärzte und Pflegekräfte haben im Klinikablauf oft wenig Zeit für längere Gesprächskontakte.“

2.6 Perspektiven der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

In den bisherigen Ausführungen ging es darum zu zeigen, dass Soziale Arbeit im Krankenhaus methodisch fundiert ist und zahlreiche Behandlungsbeiträge liefert, die es den erkrankten Menschen erleichtern, ihre Erkrankung anzunehmen und konstruktiv mit ihr umzugehen. Obwohl also Soziale Arbeit im Krankenhaus wertvolle Arbeit leistet, befindet sie sich in einer existenziell schwierigen Situation. Im Abschnitt (2.6.1) wird dargestellt, wodurch die Existenz der Sozialen Arbeit gefährdet ist. Abschnitt (2.6.2) weist nach, dass sich die Soziale Arbeit trotz dieser Bedrohung fachlich gesehen in einer vergleichsweise guten Lage befindet. Schließlich sollen im Abschnitt (2.6.3) einige in der Forschungsliteratur entwickelte Strategien dargelegt und erläutert werden, die möglicherweise dazu beitragen, die Soziale Arbeit aus ihrer Existenzbedrohung zu befreien.

2.6.1 Bedrohte Existenz der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

Die Existenzbedrohung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus resultiert u. a. aus den im Folgenden benannten Umständen, die anschließend kurz erläutert werden sollen:

- Bedrohung durch Konkurrenz
- De-Institutionalisierung im Gesundheitssystem
- Ökonomische und naturwissenschaftliche Sichtweise im Gesundheitssystem

Befasst man sich etwas eingehender mit diesen für die Soziale Arbeit bedrohlichen Umständen, so zeigt sich, dass es letztlich nur *einen* Faktor gibt, der über das Fortbestehen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus entscheidet, nämlich die ökonomische Situation im Gesundheitswesen. Betrachten wir nun den zuerst genannten Punkt etwas näher:

Bedrohung durch Konkurrenz

Um zu verstehen, inwiefern Soziale Arbeit im Krankenhaus Konkurrenz fürchten muss und um welche Konkurrenz es sich dabei handelt, müssen wir zunächst auf eine Unterscheidung zu sprechen kommen, die von Ansen¹⁹⁶ folgendermaßen getroffen wird:

¹⁹⁶ Ansen (2006, 98)

„Die Soziale Arbeit liefert einerseits spezifische Behandlungsbeiträge ab, indem sie Patienten unmittelbar bei der Bewältigung ihrer Krankheit durch beratende und vermittelnde Tätigkeiten unterstützt. Andererseits entfaltet die Soziale Arbeit durch eine verbesserte Unterstützung im Alltag präventive und in Bezug auf die Behandlung unspezifische Wirkungen, die in ihrer sozialen, humanitären und auch in ihrer wirtschaftlichen Bedeutung nicht unterschätzt werden sollten. Die Verzahnung von spezifischen und unspezifischen Beiträgen zur Behandlung erschwert es, die Wirkungen der Sozialen Arbeit kausal zu begründen. Insofern ist es nur eingeschränkt möglich, die Kriterien der evidenzbasierten Medizin auf die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen zu übertragen, auch wenn der Druck zunimmt, den Nutzen der Sozialen Arbeit nachzuweisen.“¹⁹⁷ Wenn es sich aber so verhält, dass die Soziale Arbeit auch Behandlungsbeiträge liefert, deren Wirkung auf die Behandlung nicht zweifelsfrei nachweisbar ist, so besteht die Gefahr, dass überlegt wird, ob derlei Beiträge wirklich erforderlich sind und falls ja, ob sie nicht von angrenzenden Professionen, also ‚Konkurrenten‘ der Sozialen Arbeit, mit erledigt werden können. Die aktuelle Situation wird von Ansen so dargestellt: „Angrenzende Professionen wie die Pflege und die Gesundheitswissenschaften drängen teilweise in die Handlungsfelder der Sozialen Arbeit. Die entstandene Konkurrenz zwingt die Soziale Arbeit, ihr Profil zu überprüfen und auf neue Herausforderungen zu reagieren.“¹⁹⁸

De-Institutionalisierung im Gesundheitssystem

In einem 2002 veröffentlichten Beitrag hat sich Burkhard Werner¹⁹⁹ mit Erscheinungen der ‚Institutionalisierung‘ und ‚De-Institutionalisierung‘ im Gesundheits- und Sozialwesen der Bundesrepublik Deutschland befasst. Dabei charakterisiert er De-Institutionalisierung auf der Ebene von Einrichtungen als einen Prozess der „Veränderung von bestehenden Institutionen der Gesellschaft hin zu Einrichtungen und Diensten mit jeweils geringerem Institutionalisierungsgrad. Also ganz konkret ausgedrückt ist De-Institutionalisierung der Prozess weg von großen zentralen (...) Einrichtungen (...) hin zu dezentralen, für kleinräumigere Regionen zuständige Einrichtungen und Dienste, mit Wahlfreiheit der Nutzer/Bürger zwischen Einrichtungen und Diensten ...“.²⁰⁰ Im Bereich des

¹⁹⁷ Vgl. auch Geißler-Pilz/Mühlum/Pauls (2005, 19)

¹⁹⁸ Ansen (2006, 96)

¹⁹⁹ Vgl. zum Folgenden Werner (2002)

²⁰⁰ Werner (2002, 6)

Gesundheitswesens konstatiert Werner eine De-Institutionalisierung, wobei er die folgenden drei Indikatoren zugrunde legt:

- Betten im Krankenhausbereich
- Fallzahl
- Abgerechnete Pflage tage

Im Einzelnen ergibt sich dabei folgendes Bild: Nach Werner hat sich die Zahl der Betten im Krankenhausbereich seit der Wiedervereinigung Deutschlands folgendermaßen entwickelt: „Waren 1990 noch für ganz Deutschland gut 818.000 klinische Betten vorhanden, so finden wir 2000 nur noch knapp 750.000, ein Rückgang um ca. 68.000 Betten (...), im somatischen Bereich minus ca. 34.000 Betten.“²⁰¹

Bezogen auf den Indikator ‚Fallzahl‘ lautet Werners Befund: „Kam 1960 nicht einmal jeder 8. Einwohner Deutschlands ins Krankenhaus, war es 1998 jeder vierte bis fünfte Einwohner. Man kann anhand des Indikators ‚Fallzahl‘ also davon sprechen, dass gesundheitliche Problemlagen (...) erheblich häufiger zu einer Institutionalisierung führen als etwa vor 35 – 40 Jahren, sie werden häufiger als früher in Form einer stationären klinischen Behandlung medikalisiert.“²⁰² Zum Indikator ‚abgerechnete Pflage tage‘ stellt Werner schließlich fest: „Trotz einer Fast-Verdoppelung der Fallzahl zwischen 1960 und 1998 hat sich nämlich die Zahl der abgerechneten Pflage tage von über 270 auf 217 Millionen im selben Zeitraum reduziert, das heißt etwa doppelt so viele Nutzer wurden insgesamt zeitlich weniger von den Krankenhäusern Deutschlands in Anspruch genommen. Dies ist vor allem auf die stark gesunkene durchschnittliche Verweildauer pro Behandlungsfall zurückzuführen, die 1960 bei ca. 30, 1998 nur noch bei gut 12 Tagen lag ...“²⁰³

Die Entwicklungen im Gesundheitswesen resümiert Werner abschließend wie folgt²⁰⁴: „Ich denke, dass es sich insgesamt um eine De-Institutionalisierung handelt, wegen der reduzierten Bettenkapazität, der deutlich geringeren Verweildauer trotz gesteigener Inanspruchnahme vor allem durch die Leistungserweiterung im klinischen Bereich, die sich hinter der Verdopplung der Fallzahl verbirgt: ein Resultat der demographisch bedingten Zunahme des klinisch-stationären Behandlungsbedarfs.“ Wenn aber immer mehr erkrankte Menschen in immer kürzer werdenden Verweilfristen die Leistungen der

²⁰¹ Werner (2002, 7)

²⁰² Werner (2002, 10)

²⁰³ Werner (2002, 10)

²⁰⁴ Werner (2002, 11)

Sozialdienste in Krankenhäusern in Anspruch nehmen, so ergibt sich daraus für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, dass sie sehr viel schneller als bislang entscheiden und helfen müssen, damit die betroffenen Menschen nicht ohne die notwendigen Hilfen oder Maßnahmen entlassen werden, die ihnen gesetzlich zustehen. Da aber die Soziale Arbeit im Krankenhaus, wie gezeigt wurde, sich darum bemüht, den erkrankten Menschen individuell wahrzunehmen und ihn umfassend, also unter Berücksichtigung der je spezifischen bio-psychozialen Gegebenheiten, zu betreuen, wäre eine Aufstockung der Zahl der MitarbeiterInnen im Sozialdienst dringend erforderlich. Die aber ist aus Kostengründen nicht möglich, sodass die Belastung der im Sozialdienst Tätigen zunehmend größer wird, was wiederum zu Lasten der Qualität der von ihnen geleisteten Sozialen Arbeit geht.

Ökonomische und naturwissenschaftliche Sichtweise im Gesundheitssystem

Oben hatte ich bereits gesagt, dass letztlich die ökonomische Situation im Gesundheitswesen über die Zukunft der Sozialen Arbeit im Krankenhaus entscheidet. Hierzu merkt Ansen mit Blick auf die Lage der Sozialen Beratung im Krankenhaus an: „In einem Gesundheitssystem, das heute vor allem ökonomischen und naturwissenschaftlichen Sichtweisen verhaftet ist, hat es die Soziale Beratung nicht leicht, ihren Platz zu behaupten. Im Interesse der Versorgungsqualität vor allem für Patienten mit komplexen Erkrankungen führt aber an sozialen Interventionen kein Weg vorbei.“²⁰⁵

Dass sich die Soziale Arbeit im Krankenhaus aufgrund der dominant ökonomischen und naturwissenschaftlichen Denk- und Sichtweisen im Gesundheitssystem in ihrer Existenz bedroht fühlen muss, ist insofern bedauerlich, als sie sich in fachlicher Hinsicht – wie Ansen es formuliert - durchaus in einer „komfortablen Situation“²⁰⁶ befindet, die im Weiteren kurz charakterisiert werden soll.

2.6.2 Zur fachlichen Situation der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

Da im Verlauf der vorliegenden Untersuchung bereits eingehend die Vielzahl und Vielfältigkeit der Interventionsziele und –methoden der Sozialen Arbeit im Krankenhaus dargelegt und erläutert wurden, mag es an dieser Stelle genügen, auf zwei Sachverhalte

²⁰⁵ Ansen (2007, 15)

²⁰⁶ Ansen (2006, 96)

einzugehen, die deutlich machen, inwiefern sich Soziale Arbeit in fachlicher Hinsicht in einer vergleichsweise guten Lage befindet. Angesprochen werden sollen:

- die Dominanz chronischer Erkrankungen
- die sozialen Benachteiligungen im Gesundheitswesen

Dominanz chronischer Erkrankungen:

Im Gesundheitswesen dominieren chronische Erkrankungen.²⁰⁷ Zurückzuführen ist dies zum einen darauf, dass die Behandlungsmethoden der Medizin verbessert wurden und der Anteil älterer Menschen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung stetig ansteigt. Chronische Erkrankungen überfordern aber, wie Ansen mit Nachdruck betont, „ein auf akute Behandlungen spezialisiertes Gesundheitswesen.“²⁰⁸ Dagegen verfüge die Soziale Arbeit über breite Erfahrungen und methodisch ausgewiesene Arbeitsformen zur Unterstützung chronisch kranker Menschen in ihrem Alltag.

Soziale Benachteiligungen im Gesundheitswesen

Als besonders bedeutsam hebt Ansen²⁰⁹ jene Maßnahmen der Sozialen Arbeit hervor, die geeignet sind, zur Verringerung von sozialer Benachteiligung im Gesundheitswesen und zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen. Den Hintergrund hierfür stellt ein Gutachten des ‚Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen‘ dar. In diesem 2005 erschienenen Gutachten wird festgestellt, „dass ein niedriger sozialökonomischer Status, gemessen an den Kriterien Bildung, Einkommen und Erwerbssituation, zu einem überproportional beeinträchtigten Gesundheitszustand führt. Männer aus dem untersten Viertel unserer Gesellschaft haben danach eine etwa zehn Jahre geringere Lebenserwartung als Männer aus dem obersten Viertel, bei Frauen beträgt der Unterschied rund fünf Jahre. Zu den verursachenden Faktoren zählen ungünstige Arbeits- und Wohnbedingungen sowie belastende Lebensstile und persönliche Verhaltensweisen wie Rauchen, Fehlernährung und Bewegungsmangel.“²¹⁰ Zu diesem

²⁰⁷ Vgl. zum Folgenden Ansen (2006, 96) sowie Rosenbrock/Gerlinger (2004,41)

²⁰⁸ Ansen (2007, 96)

²⁰⁹ Vgl. Ansen (2006, 96)

²¹⁰ Sachverständigenrat (2005, 34)

Befund stellt Ansen²¹¹ fest: „Die Soziale Arbeit, die an der Schnittstelle von Person und Umwelt angesiedelt ist, stellt entscheidende wissenschaftliche und professionelle Ansätze zur Verfügung, um die skandalöse gesundheitliche Benachteiligung von immer größeren Bevölkerungsgruppen abzubauen.“

Wenn aber zweifelsfrei feststeht, dass die Soziale Arbeit im Krankenhaus eine unverzichtbare Leistung erbringt und es geradezu paradox anmutet, dass sie dennoch um ihr Fortbestehen fürchten muss, stellt sich folgende Frage: Wie kann es gelingen, die Leistungen der Klinischen Sozialarbeit so zu präsentieren, dass deren Relevanz und Unverzichtbarkeit offensichtlich und nachvollziehbar wird? Es stellt sich also die Frage nach möglichen Strategien der Existenzsicherung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus, auf die im folgenden Abschnitt eingegangen werden soll.

2.6.3 Strategien der Existenzsicherung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

Mühlum²¹² vertritt die Ansicht, dass die Gesundheitsrelevanz der Sozialen Arbeit mit ihren Beiträgen zur Verbesserung der Lebensumstände und der Bewältigung von Problemen außer Frage steht. Indem sich die Soziale Arbeit auf „die biografischen und lebensweltlichen Aspekte, die sozialen Umstände und die Beziehungen bzw. primären und sekundären Netze der Betroffenen (konzentriert)“²¹³, trägt sie zu einer Erweiterung der Perspektiven im Gesundheitswesen bei, „die vor allem bei chronischen und komplikationsreichen Erkrankungen unabdingbar ist.“²¹⁴ In gleicher Weise hebt Ansen²¹⁵ die Relevanz der Sozialen Arbeit, speziell der sozialen Beratung bei Krankheit, hervor. Er stellt fest: „Im Ergebnis gilt für die Soziale Beratung bei Krankheit, dass durch die Verbesserung der sozialen Lebensumstände vor allem in den Bereichen Einkommen, Wohnen, Arbeit und soziale Kontakte Krankheiten vermieden oder die Behandlungsaussichten verbessert werden können. Diese Behandlungsbeiträge sind sowohl für die Soziale Beratung im Gesundheitswesen als auch im Sozialwesen bedeutsam.“ Auf diesem Hintergrund sollen nun einige Strategien zur Sicherung der Existenz der Sozialen Arbeit im Krankenhaus vorgestellt werden, nämlich:

- Evaluationsstudien für die weitere methodische Entwicklung Sozialer Beratung

²¹¹ Ansen (2006, 97)

²¹² Mühlum (2001, 115f.)

²¹³ Filsinger/Homfeldt (2001, 706)

²¹⁴ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 16)

²¹⁵ Ansen (2007, 7f.)

- Begründung der Unverzichtbarkeit auch aus ökonomischer Perspektive
- Schärfung des Profils der Sozialen Arbeit im Krankenhaus
- Empirischer Nachweis der Wirksamkeit der Sozialen Arbeit

Evaluationsstudien für die weitere methodische Entwicklung Sozialer Beratung

Eine mögliche Strategie zur Sicherung der Existenz der Sozialen Arbeit bzw. der Sozialen Beratung im Krankenhaus besteht nach Ansen darin, Evaluationsstudien für die weitere methodische Entwicklung Sozialer Beratung durchzuführen. Diese Studien sollen „genauere Auskünfte darüber geben, welche Interventionen tatsächlich wirken.“²¹⁶ Ferner würden sie dazu beitragen, das methodische Profil und die inhaltliche Ausrichtung der Sozialen Beratung bei Krankheit weiter zu profilieren.

Begründung der Unverzichtbarkeit auch aus ökonomischer Perspektive

Bereits verschiedentlich war davon die Rede, dass die prekäre ökonomische Situation im Gesundheitswesen eine Gefahr für die Existenz der Sozialen Arbeit im Krankenhaus mit sich bringe. Für Ansen enthält das Wirtschaftlichkeitsprinzip im Gesundheitswesen aber auch eine Chance für die Soziale Arbeit. Er führt dazu Folgendes aus: „Trotz der für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen günstigen gesetzlichen Grundlagen wird zunehmend die Frage gestellt, ob aus ökonomischen Gründen auf ihre Beiträge verzichtet werden kann. Eine zentrale Herausforderung besteht für die Soziale Arbeit in diesem Zusammenhang darin, ihre unverzichtbaren Behandlungsbeiträge auch aus der ökonomischen Perspektive zu präzisieren.“²¹⁷ Die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems für die Krankenhäuser beschreibt Ansen so: „Das neue Vergütungssystem für die Krankenhäuser in Form von Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) soll dazu beitragen, die Kosten der Krankenhausbehandlung zu beschränken (...). Ökonomische Erwägungen beeinflussen teilweise therapeutische Entscheidungen in einem bedenklichen Ausmaß. Für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen bedeutet diese Entwicklung, Patienten darin zu unterstützen, erforderliche Leistungen zu erhalten.“²¹⁸ Das Wirtschaftlichkeitsprinzip im Gesundheitswesen kann aber dann eine Chance für die Soziale Arbeit enthalten, wenn deutlich gemacht werden kann, dass durch die Soziale Arbeit im Krankenhaus finanzielle Mehraufwendungen verhindert werden können. Konkretisierend merkt Ansen hierzu an:

²¹⁶ Ansen (2007, 15)

²¹⁷ Ansen (2006, 97)

²¹⁸ Ansen (2006, 97)

„In der Versorgung von chronisch kranken Menschen, die das aktuelle Krankheitspanorama dominieren, bestehen Versorgungsbrüche, die zu vermeidbaren Mehraufwendungen in der Behandlung führen (...). Zu Versorgungsproblemen kommt es durch nicht ausreichende Informationsübermittlungen, fehlende Absprachen, einen allenfalls lückenhaften fachlichen Austausch und durch unterbrochene Behandlungs- und Rehabilitationsketten. Viele dieser Schwachstellen können mit den Beiträgen der Sozialen Arbeit abgebaut werden. Durch vernetzende und koordinierende Arbeitsformen der Sozialen Arbeit wäre es möglich, die Behandlungswege zu optimieren, die Versorgungsqualität zu verbessern und die Behandlungskosten zu reduzieren.“²¹⁹

Schärfung des Profils der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

Eine dritte Strategie zur Existenzsicherung könnte darin bestehen, mehr Transparenz in der Sozialen Arbeit schaffen und ihre Erfolge deutlicher aufzuzeigen. Das Problem der Sozialen Arbeit, so war oben bereits gesagt worden, besteht darin, dass sie – anders als die Medizin – nicht bzw. nicht immer in der Lage ist, die Wirkungen ihrer Interventionen kausal aufzuzeigen. Wendt²²⁰ schlägt daher Leitlinien für das Handeln vor, die es erleichtern, den Erfolg der Sozialen Arbeit nachzuweisen ohne Ursache-Wirkungs-Relationen im engeren Sinn anzustreben. Zu diesen Leitlinien merkt Ansen an: „Übertragen auf die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen könnten Leitlinien für das Handeln darin bestehen, die Möglichkeiten von Patienten zur sozialen Teilhabe in drei Punkten zu verbessern: ersten die materiellen Lebensgrundlagen zu sichern, zweitens die informellen und formellen Formen der sozialen Unterstützung zu fördern und drittens die Menschen zu befähigen, die sozialen Konsequenzen von Krankheiten und Behinderungen besser zu bewältigen. Diese Leitlinien sind begrenzt operationalisierbar und führen damit zu mehr Transparenz in der Sozialen Arbeit. Auf der Grundlage der Leitlinien lassen sich diagnostische und interventions-orientierte Kategorien entwickeln, die das Profil der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen schärfen.“²²¹ Zu einer Schärfung des Profils der Sozialen Arbeit im Krankenhaus könnte auch die Abgrenzung gegenüber benachbarten Professionen beitragen. Deutlicher noch als bisher müsste vermittelt werden, dass „Ausgangspunkt der Sozialen Arbeit (...) die gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter besonderer Beachtung der sozialen, persönlichen und wirtschaftlichen Belastungen (sind).

²¹⁹ Ansen (2006, 98)

²²⁰ Vgl. Wendt (2005, 173)

²²¹ Ansen (2006, 98)

Damit unterscheidet sich die Soziale Arbeit von der medizinischen, pflegerischen und psychologischen Sichtweise, in der andere Akzente dominieren.“²²²

Empirischer Nachweis der Wirksamkeit der Sozialen Arbeit

Ansen, auf dessen Überlegungen ich mich in den Ausführungen dieses Abschnitts besonders gestützt habe, sieht die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen vor allem dann durch die Konkurrenz anderer Professionen gefährdet, wenn es ihr, der Sozialen Arbeit, nicht gelingt, sich theoretisch weiter zu entwickeln, ihre Interventionsformen auszuweilen und vor allem die Wirksamkeit ihrer Behandlung empirisch nachzuweisen. Sollte ihr dieser Nachweis aber gelingen, so führt nach Ansens Auffassung „an der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen kein Weg vorbei.“²²³

Mit der vorliegenden Studie unternehme ich den Versuch, die Wirksamkeit der Sozialen Arbeit im Krankenhaus nachzuweisen und so dazu beizutragen, dass sich die Soziale Arbeit im Krankenhaus ein wenig aus ihrer prekären Lage befreien kann.

3 Praxisteil

3.1 Das Beratungsangebot des Sozialen Dienstes am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Das Unterstützungsangebot des sozialen Dienstes soll im Folgenden exemplarisch anhand des nach Aufgabenfeldern differenzierten Beratungsangebots des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf aufgezeigt werden.

Der Sozialdienst berät, informiert, vermittelt, unterstützt und organisiert die Leistungen, die als Entlassungsvoraussetzung, zur Verhinderung von Wiederaufnahmen im Krankenhaus und / oder zur Sicherung des Behandlungserfolges notwendig sind:

Psycho-soziale Angelegenheiten

- Angehörigenberatung
- Kinder- und Jugendhilfe-Leistungen (KJHG)
- Krankenhausbewältigung, Krisenintervention

²²² Ansen (2006, 98)

²²³ Ansen (2006, 98)

- Motivation zur Hilfeannahme
- Nachgehende psycho-soziale Intervention
- Selbsthilfepotential stärken
- Suchtproblematik

Wirtschaftliche Angelegenheiten

- Arbeitslosengeld, -hilfe
- Barbetrag
- Eingliederungshilfe für Behinderte, Blindenhilfe
- Kostenregelungen nach SGB V, SGB XI
- Krankengeld
- Sozialhilfeangelegenheiten
- Überschuldung

Soziale Angelegenheiten

- Selbsthilfegruppen
- Beratung bei Schulden
- Verhinderung Obdachlosigkeit
- Wohnungsanpassung
- Wohnungsangelegenheiten
- Ausländerarbeit, insbesondere Krankenhaus-Kostenklärung
- Betreuungsangelegenheiten als Entlassungsvoraussetzung

Ambulante Pflege und Versorgung

(ambulante Pflegeorganisation in Kooperation mit CARELINE Hamburg)

- Häusliche Krankenpflege (SGB V)
- Häusliche Pflegehilfe (SGB XI)
- Spezialpflege (SGB V / SGB XI)
- Finalpflege
- Haushaltshilfe
- Hausnotruf-Dienst
- Hilfsmittel
- Fahrdienst
- Nachbarschaftshilfe

Stationäre Dauerpflege

- Altenpflegeheim
- Behindertenheime
- Betreutes Wohnen
- Kurzzeitpflege
- Suchttherapeutische Pflegeheime

Rehabilitation und Arbeitsplatzsicherung

- Arbeitsförderungs-Gesetz-Leistungen
- Arbeitsplatzsicherung bei akuter Gefährdung

- Rehabilitation / Anschlussheilbehandlung (AHB) als Entlassungsvoraussetzung
- Schwerbehindertenangelegenheiten
- Suchttherapeutische Maßnahmen

3.2 Empirische Befunde über den Unterstützungsbedarf

Die Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e. V. führte im Jahre 2001 eine Evaluationsstudie zur Ermittlung des Beratungsbedarfs von Patienten im Akutkrankenhaus durch.²²⁴ Ziel der Erhebung war die Klärung, ob Patienten im Krankenhaus durch den Sozialdienst wirkungsvoll unterstützt werden und ob Soziale Arbeit zur besseren Bewältigung von Krankheit und Behinderung beiträgt.²²⁵ In Ansen/Gödecker-Geenen/Nau werden Merkmale der Zielgruppe im Hinblick auf ihren Beratungsbedarf dargestellt:²²⁶

Bedeutung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

Patienten halten die Beratungsarbeit des Sozialdienstes im Krankenhaus für sehr bedeutsam.

Mehr als 90% der Befragten gaben an, dass Ihnen der Kontakt zum Sozialdienst wichtig bis sehr wichtig war. 88% fanden die Gespräche im Sozialdienst hilfreich.

Fazit: Dieses Ergebnis verdeutlicht das hohe Maß an Zuwendungs- und Betreuungsbedarf der Patienten im Rahmen der Krankenhausbehandlungssituation.

Beratungsbedarfe nach Themenkomplexen

- 56% Anschlussheilbehandlung (AHB)
- 43% Rückkehr nach Hause/Situation nach der Entlassung
- 27% Sozialversicherung (z. B. Krankenkasse, Pflegeversicherung, Rente)
- 24% Andere Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. Kur, Umschulung)
- 22% Ambulante Versorgung / häusliche Krankenpflege
- 19% Familiäre Probleme
- 18% Finanzielle bzw. wirtschaftliche Situation
- 17% Wohnen in einem Heim
- 17% Beratungsstellen / Selbsthilfegruppen
- 13% Arbeitsverhältnis
- 02% Bauliche Probleme / Wohnungsausstattung

Die Auflistung verdeutlicht die Vielfältigkeit der Themenbereiche, zu denen Beratungsbedarf besteht. Andererseits wird erkennbar, dass zu den Bereichen

²²⁴ Vgl. Gödecker-Geenen et al. (2003)

²²⁵ Vgl. Layer/Mühlum (2003, 33-70)

²²⁶ Vgl. zum Folgenden Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 39-41)

Anschlussheilbehandlung und Situation nach der Entlassung der mit Abstand größte Bedarf an Beratung und Aufklärung gegeben ist.

Leistungsansprüche des Sozialrechts

Bei den Patienten im Akutkrankenhaus bilden die Leistungsansprüche des Sozialrechts einen wichtigen Beratungsschwerpunkt. Die Ergebnisse zeigen, dass Krankheit und Krankheitsfolgen viele sozialrechtliche und wirtschaftliche Folgen haben und dass entsprechend Fragen der sozialen Sicherung einen breiten Raum in der Sozialen Beratung von Patienten einnehmen.

Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung war, dass vor allem bei jüngeren Patienten, insbesondere solchen mit chronischen Erkrankungen, die ‚berufliche Integration nach Krankheit‘ einen thematischen Schwerpunkt im Rahmen der Sozialen Beratung spielte. Mit einer chronischen Erkrankung ergeben sich beinahe zwangsläufig Leistungseinschränkungen auf Seiten der erkrankten Personen, für die dann die berufliche Integrationsthematik naturgemäß ein schwerwiegendes Problem darstellt.²²⁷

Weiterhin ergab sich, dass 62% der befragten Patienten ein hohes Maß an Unterstützungsbedarf bei der Bewältigung ihrer Krankheit hatten. In Ansen/Gödecker-Geenen/Nau wird dieser Befund wie folgt kommentiert: „Dies bestätigt die bisher schon vorhandene Vermutung, dass andere Berufsgruppen im Krankenhaus nur wenig Zeit für das Gespräch mit den Patienten erübrigen können. Das Ergebnis verdeutlicht aber auch die Beratungskompetenz der Sozialen Arbeit in diesem Feld.“²²⁸

Beratungsbedarf im Hinblick auf die Entlassung

Die Auswertung der Evaluationsstudie der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e. V. aus dem Jahre 2001 erbrachte hinsichtlich des Beratungsbedarfs der Befragten im Hinblick auf ihre Entlassung folgendes Ergebnis:²²⁹

- Für viele der befragten Patienten standen Themen im Hinblick auf ihre Entlassung im Vordergrund.
- Von besonderer Bedeutung waren dabei für sie Informationen über geeignete nachgehende Maßnahmen, Institutionen und Einrichtungen sowie die organisatorische Umsetzung der Maßnahmen.

²²⁷ Vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 40)

²²⁸ Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 40)

²²⁹ Siehe zum Folgenden Ansen/Gödecker-Geenen/Nau (2004, 40f.)

- Die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung war somit für viele der befragten Personen ein Themenbereich, in dem sie umfassende Hilfe und Unterstützung benötigten.
- Zu den zentralen Themenkomplexen gehörten dabei: Hilfe durch die Familie, Pflege- oder Sozialstation, häusliche Versorgung, Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftshilfe, Beratungsstellen sowie Fragen der rechtlichen Betreuung.

Im Weiteren sollen nun diese Befragungsergebnisse mit den Ergebnissen der von mir durchgeführten Befragung kontrastiert und interpretiert werden.

3.3 Zur Forschungshypothese und Forschungsmethode meiner Befragung

Im nun folgenden empirischen Teil der vorliegenden Arbeit befasste ich mich mit dem Sozialdienst des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Die Untersuchung erfolgt dabei im Sinne der Aufgabenstellung meiner Diplomarbeit aus der Perspektive der Patienten/innen. Mein Forschungsanliegen ist eine Evaluation des Sozialdienstes am Hamburger Universitätsklinikum. Mit Hilfe einer schriftlichen Befragung der Onkologiepatienten ging es mir darum herauszufinden, welche Behandlungsbeiträge die Soziale Arbeit im Krankenhaus leistet und wie diese Leistungen von den erkrankten Menschen beurteilt wird.

Der Untersuchung lag dabei die folgende Forschungshypothese zugrunde:

Forschungshypothese

Die Behandlungsbeiträge des Sozialdienstes im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf sind für die Genesung der Patienten von großer Bedeutung und werden von den erkrankten Menschen auch entsprechend wahrgenommen und anerkannt.

Zur Überprüfung dieser Hypothese habe ich eine schriftliche Befragung als Datenerhebungsinstrument entwickelt, in der offene und geschlossene Fragen enthalten sind. Mit Phillips²³⁰ gehe ich davon aus, dass die Befragung ein geeignetes Standardinstrument der empirischen Sozialforschung ist, um Fakten, Wissen, Meinungen, Einstellungen oder Bewertungen im sozialwissenschaftlichen Anwendungsbereich zu ermitteln.

²³⁰ Siehe Phillips (1971, 3)

Bei einer „schriftlichen Befragung“ handelt es sich im Allgemeinen um postalisch versandte Fragebögen, welche von den Befragten ohne die Anwesenheit des Interviewers ausgefüllt und zurückgesendet werden.

Ich habe mich bewusst dafür entschieden, dass die Befragten die Fragebögen ohne meine Anwesenheit ausfüllten, da es sich um eine quantitative Erhebung handelt, in der 330 Personen befragt wurden. Außerdem hatten die Patienten und Patientinnen so die Möglichkeit, sich so viel Zeit zu nehmen, wie sie benötigten, um die an sie gerichteten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.

Die Entwicklung der Fragen erfolgte zum einen auf der Grundlage von Unterlagen des Sozialdienstes des UKE. In diesen Materialien sind u. a. die verschiedenen Leistungen des Sozialen Dienstes zusammengefasst. Andererseits lagen der Ausarbeitung des Fragenkatalogs jene Überlegungen zugrunde, die ich oben im theoretisch-methodologischen Teil der vorliegenden Untersuchung angestellt habe.

Die Fragebögen wurden durch den Sozialdienst des UKE an 330 Onkologiepatienten verschickt. Bei den Fragen handelt es sich um 33 geschlossene Fragen und 5 offene Fragen. Die offenen Fragen sollten dazu dienen, qualitative Antworten zu erhalten.

Da der Rücklauf der Fragebögen erstaunlich hoch war – immerhin schickten 153 Patientinnen und Patienten ihre Fragebögen ausgefüllt zurück – konnte ich recht aussagekräftige Daten gewinnen und sie bei der Auswertung zugrunde legen.

Die Eingabe der erhaltenen Daten erfolgte mit Hilfe des Programms Access sowie mit der Erstellung einer Datenbank. Für die Auswertung der Daten wurden sie in eine Exceldatei übernommen und mit speziellen Werkzeugen in Excel bearbeitet.

Die Fragebögen sowie deren altersspezifische Auswertungen befinden sich im Anhang zu dieser Untersuchung.

3.4 Auswertung und Interpretation der Antworten

Allgemeine Vorbemerkungen

Aus wirtschaftlichen Gründen sind viele Patienten entlassungsbereit, wenn keine medizinischen Gründe zur Fortsetzung ihres Krankenhausaufenthalts mehr vorliegen. Die Liegezeiten haben sich binnen zehn Jahren drastisch verkürzt: Betrug die durchschnittliche

Verweildauer im Jahre 1996 noch 10,8 Tage, reduzierte sie sich bis zum Jahre 2006 auf 8,5 Tage.

Beobachtet man die Entwicklungen während der letzten Jahre, so ist eine ständige Verkürzung der Verweildauer festzustellen.²³¹ Eine Folge hiervon ist, dass oft die sozialen Aspekte einer Erkrankung sowie Fragen der Nachversorgung aus zeitlichen Gründen ungeklärt bleiben. Unberücksichtigt bleiben somit jene Aspekte einer Erkrankung, die in der Forschungsliteratur unter dem Begriff *sickness* zusammengefasst werden.²³² Durch eine ausreichende Beratung der Patientinnen und Patienten und durch professionelles Handeln des Sozialdienstes im Krankenhaus könnten aber derartige Situationen sowie die aus ihnen möglicherweise entstehenden multiplen Problemlagen durchaus gemeistert werden. Eine solche Unterstützung seitens des Sozialdienstes käme einerseits den Patienten zugute, sie könnte andererseits aber zugleich auch die Krankenhäuser vor negativen wirtschaftlichen Folgen bewahren, die gegebenenfalls durch eine Wiederaufnahme der Patienten entstehen.

Eine der zentralen Aufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Krankenhaus ist es, kranke Menschen über die Möglichkeiten der weiteren Versorgung zu informieren. Dadurch sollen die betroffenen Menschen in die Lage versetzt werden, sich für eine ihnen als angemessen erscheinende Hilfe zu entscheiden. Dies wiederum könnte ein Beitrag zur Verbesserung ihrer Chancen auf mehr Lebensqualität sein.

Der Bedarf an Beratung, Hilfe und Unterstützung nimmt immer mehr zu. Eine Ursache hierfür ist der demographische Wandel, der dazu führt, dass die Zahl der älteren Menschen stetig ansteigt. Eine weitere Ursache ist, dass nach Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Zahl neuer Krebsfälle bis zum Jahr 2020 deutlich ansteigen wird. Das heißt aber, dass die Zahl der Menschen mit chronischen Erkrankungen ständig wächst, woraus sich ein zunehmender Bedarf an Hilfe und Unterstützung für die betroffenen Menschen ergibt.²³³

Ich komme nun zur Auswertung der Antworten in den Fragebögen unter insgesamt 11 Bewertungsaspekten. Dabei werde ich so verfahren, dass zunächst dargelegt wird, welcher *Befund* sich aus den gegebenen Antworten im Hinblick auf die berücksichtigten Aspekte

²³¹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Anlage zum DKG Rundschreiben Nr. 215/2007,1 (Internetadresse)

²³² Vgl. hierzu die Ausführungen im Abschnitt 2.1.2

²³³ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006, 41)

ergibt. Sodann werde ich versuchen, *Erklärungen* für diese Befunde zu geben, sofern von den befragten Patienten auf Unzulänglichkeiten oder Defizite in der Betreuung durch den Sozialdienst hingewiesen worden ist. Schließlich werde ich, wo es mir geboten und sinnvoll erscheint, *Verbesserungsvorschläge* aufzeigen, also zu sagen versuchen, durch welche Maßnahmen jene Zustände beseitigt werden könnten, die von den Patienten kritisiert wurden.

1. Bewertungsaspekt: Relevanz des Sozialdienstes als Ansprechpartner für die Patienten

Viele der von mir befragten Patienten haben in ihrer Beantwortung einer offenen Frage angegeben, dass ihnen der Sozialdienst ein sehr wichtiger und hilfreicher Ansprechpartner bei der Erörterung und Klärung besonderer Schwierigkeiten gewesen sei. Dies wird etwa in den Antworten auf die Frage nach Rehabilitation und Schwerbehindertenangelegenheiten deutlich. Die Auseinandersetzung mit derartigen Problemen erfordert eine interdisziplinäre Herangehensweise sowie eine ganzheitliche Arbeitsweise des Sozialdienstes. Wo sie praktiziert wird, ist zu beobachten, dass den erkrankten Menschen die Rückkehr zur Teilhabe am sozialen Leben erleichtert wird. Davon profitiert letztlich aber auch das Gesundheitswesen, und zwar insofern, als eine Wiederaufnahme der Patientinnen und Patientin in Krankenhäuser oftmals nicht mehr erforderlich ist.

2. Bewertungsaspekt: Spektrum der tatsächlich erbrachten Leistungen des Sozialdienstes am UKE

Die Unterstützung der Patienten bei der Rehabilitation sowie bei der Klärung von Schwerbehindertenangelegenheiten wird von den Befragten als wichtige Leistung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus angesehen. Dem entspricht, dass die Erbringung dieser Leistungen einen großen Teil der Arbeitszeit des Sozialdienstes in Anspruch nimmt. Dies hat aber wiederum zur Folge, dass andere Leistungen, die im Leistungskatalog des Krankenhauses aufgelistet sind und die in den Fragen C.5 und C.6 vorkommen, kaum oder nur sehr unzulänglich erbracht werden. Nach meiner Einschätzung handelt es sich dabei aber um Leistungen, die für das Leben der Patienten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus ebenfalls eine sehr große Bedeutung haben und für ihre Reintegration in ihr Berufsleben und die Gesellschaft äußerst relevant sind. Aus den Antworten in der

Befragung geht hervor, dass viele Patienten mangelnde Zeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes beklagen oder aber den Umstand, dass die Patienten nicht hinreichend über die ihnen zustehenden Leistungen informiert werden. Die Arbeit des Sozialdienstes, so heißt es in den Patientenantworten, beschränke sich oftmals darauf, zu koordinieren und Verwaltungsangelegenheiten zu regeln. Bedenkt man allerdings, dass am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 8 Sozialarbeiter mit insgesamt 6,5 Planstellen für rund 1000 Betten zuständig sind, so werden derartige ‚Defizite‘ im Spektrum der tatsächlich erbrachten Leistungen nachvollziehbar, wenn sie dadurch auch nicht akzeptabler werden.

3. Bewertungsaspekt: Bekanntheitsgrad des Leistungsangebots des Sozialdienstes am UKE

Bei der Auswertung der Antworten auf die Fragen C.5 und C.6 hat sich gezeigt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes zwar bereitwillig auf die Wünsche der Patienten eingegangen sind, dass andererseits aber viele Leistungen, die der Sozialdienst laut Leistungskatalog anbietet, den erkrankten Menschen unbekannt oder nicht hinreichend bekannt waren bzw. sind. Entsprechend wurden solche Leistungen von den Patienten nicht bzw. nicht im angemessenen Umfang abgerufen.

Als Erklärung hierfür mag der Umstand dienen, dass viele der 153 befragten Patienten zum ersten Mal schwer erkrankt und entsprechend mit den Gegebenheiten in einer solchen Situation nicht vertraut waren.²³⁴ Hinzu kam, dass 88 Personen älter als 60 Jahre waren. Zu bedenken ist, dass für solche Menschen der Aufenthalt im Krankenhaus mit einer schweren Erkrankung eine Situation darstellt, die eine hohe Belastung mit sich bringt. Sie vermögen oft nicht richtig einzuschätzen, was auf sie zukommt und was sie von wem an Leistungen erwarten können. Entsprechend ist von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes zu fordern, dass sie stärker als bisher die betroffenen Menschen über die verschiedenen Angebote des Dienstes informieren. Ferner sollten sie die von ihnen betreuten Patienten über das eventuelle Auftreten neuer Problemlagen aufklären und so präventiv tätig werden.

²³⁴ Dabei ergab sich folgende Verteilung: 22% der Patienten waren mittelschwer erkrankt, 41% ziemlich schwer und 31% sehr schwer.

4. Bewertungsaspekt: Kooperation des Sozialdienstes mit Ärzten und Pflegern

An den Antworten auf die Frage des Zugangs der Ratsuchenden zum Sozialdienst ist zu erkennen, dass eine Kooperation zwischen Ärzten, Krankenschwestern bzw. Pflegern und dem Sozialdienst stattfindet: Immerhin sind 28% der Patienten von einem Arzt bzw. einer Ärztin und 22% von einer Krankenschwester bzw. einem Pfleger auf den Sozialdienst hingewiesen worden. Diese Kooperation kann als Anerkennung der Arbeit des Sozialdienstes im Krankenhaus verstanden werden. Bemerkenswert ist allerdings, dass nur 21% der Patienten durch den Sozialdienst kontaktiert worden sind. Ein solcher Befund muss zu denken geben, da es bei einer zu späten Einschaltung des Sozialdienstes unter Umständen schwierig werden kann, die Patienten angemessen zu beraten und zu unterstützen. Hier sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus immer weiter zurückgeht, sodass kaum mehr Zeit für eine angemessene Beratung vorhanden ist, wenn sich der Sozialdienst erst mit Verzögerung um den Patienten bemüht. Ein weiterer Grund dafür, dass sich der Sozialdienst oftmals erst relativ spät einschaltet, dürfte sein, dass die Kommunikation zwischen Ärzten und Sozialarbeitern sicherlich nicht überall und jederzeit optimal ist.²³⁵ Hier ist es aber dringend erforderlich, zum Wohle der Patienten Abhilfe zu schaffen und „die teilweise problematische Arzt-Sozialarbeiter-Kooperation zu verbessern, um auch soziale Aspekte in der Behandlung angemessen zu berücksichtigen.“²³⁶

5. Bewertungsaspekt: Erreichbarkeit des Sozialdienstes

Insgesamt haben 18% der Befragten die Erreichbarkeit des Sozialdienstes als *sehr gut* und 38% als *gut* bewertet. Von jenen Patienten, die nicht zufrieden waren, wurden insbesondere die folgenden Sachverhalte moniert:

- Der Zeitdruck, unter dem die Mitarbeiter des Sozialdienstes standen, wirkte sich negativ auf die Qualität der Dienstleistung aus.
- Das Büro des Sozialdienstes war mehrfach nicht besetzt.
- Vereinbarte Beratungstermine wurden nicht eingehalten.
- Es kam zu Begegnungen, die nicht verabredet waren.
- Die Sprechzeiten waren bisweilen erheblich zu kurz.

²³⁵ Siehe hierzu auch Ansen (2004, 29)

²³⁶ Reinicke (2003, 237f.)

In allen diesen Fällen kann man davon ausgehen, dass nicht subjektives Fehlverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes ursächlich waren, sondern schlicht der Umstand, dass der Sozialdienst am UKE zu wenig Personal vorhält, um seine Aufgaben ordnungsgemäß und zur Zufriedenheit der Patienten ausführen zu können.

6. Bewertungsaspekt: Bedarf der Patienten an Unterstützung durch den Sozialdienst

Bei der Frage, ob die Patienten Bedarf an Unterstützung durch den Sozialdienst benötigt hätten, ist deutlich zu erkennen, dass die Antworten je nach Schwere der Erkrankung unterschiedlich ausfallen: Von 33 Patienten, die ihre Erkrankung als „mittelschwer“ bezeichneten, wünschten 22 Personen eine Unterstützung. Von den 61 „ziemlich schwer“ Erkrankten hielten 48 eine Unterstützung durch den Sozialdienst für erforderlich, während 40 der insgesamt 48 Personen mit einer „sehr schweren“ Erkrankung angaben, die Hilfe des Sozialdienstes sei notwendig gewesen.

Je schwerer der Krankheitsgrad ist, desto mehr haben die betroffenen Menschen Bedarf an Hilfe und Unterstützung des Sozialdienstes.

7. Bewertungsaspekt: Häufigkeit der Kontakte mit dem Sozialdienst

53% der Patienten gaben an, nur einmal Kontakt zum Sozialdienst gehabt zu haben. Von einigen Patienten wurde vermutet, dass Zeitmangel der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes Ursache dafür sei. Bedenkt man aber, dass sich die meisten der Befragten in einer bedenklichen körperlichen Verfassung befanden²³⁷, zu muss die Anzahl der Kontaktaufnahmen als nicht angemessen bezeichnet werden.

Mit steigendem Alter wächst auch die Zahl der Schwereerkrankten: Von 153 Patienten sind 88 über 60 Jahre alt. Von ihnen sind 23 mittelschwer, 32 ziemlich schwer und 27 sehr schwer erkrankt. 48 Patienten hatten nur einmal Kontakt zum Sozialdienst, und 50 Patienten hatten den Kontakt zum Sozialdienst gewünscht. Bei den in Anspruch genommenen Angeboten oder Dienstleistungen handelte es sich in dieser Altersgruppe hauptsächlich um die Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen sowie um Schwerbehindertenangelegenheiten.

²³⁷ Wie bereits erwähnt, waren 22% der Befragten „mittelschwer“, 41% „ziemlich schwer“ und 31% „sehr schwer“ erkrankt.

Nach meinem Eindruck werden die älteren Patienten nicht hinreichend beraten, denn für viele ihrer Probleme ist in der Regel eine sehr viel aufwändigere und intensivere Beratung erforderlich als bei jüngeren Patienten. Dabei machen insbesondere die im Folgenden genannten Sachverhalte eine umfassende Beratung erforderlich:

- Die Bearbeitung psychosozialer Belastungen älterer Menschen.
- Die Unterstützung der älteren Patienten bei der Bewältigung ihres Alltags.
- Die Beratung der Angehörigen älterer Menschen.

8. Bewertungsaspekt: Einbeziehung der Angehörigen in die Arbeit des Sozialdienstes

Die Frage, ob ihre Angehörigen in die Beratungsgesprächen einbezogen worden seien, wurde zu 46% mit „Nein“ und zu 16% mit „Ja“ beantwortet. Dabei äußerten 22% der Befragten, dass es ihr Wunsch gewesen sei, dass ihre Angehörigen an der Beratung teilnahmen. 43% dagegen wollten ohne ihre Angehörigen beraten werden. Aus den im Folgenden genannten Gründen erachte ich die Einbeziehung der Angehörigen in die Beratungsgespräche als sehr wichtig:²³⁸

- Aufgeklärte Angehörige wissen die Krankheitssituation des Patienten besser einzuschätzen.
- Sie sind eher in der Lage, Patienten bei der Änderung ihrer Lebensplanung zu unterstützen.
- Sie können im Beratungsgespräch lernen, wie sie dem erkrankten Familienmitglied noch effektiver und nachhaltiger helfen können.

9. Bewertungsaspekt: Bedingungen, unter denen die Soziale Beratung stattfand

Aus den Antworten der Befragten geht hervor, dass die Beratungsgespräche an sehr verschiedenen Orten stattfanden, nämlich:

- zu 72% in Mehrbettzimmern, in denen die Patienten untergebracht waren,
- zu 9% in den Einzelzimmern der Patienten
- zu 7% im Büro des Sozialdienstes
- zu 3% in einem Aufenthaltsraum der Klinik.

²³⁸ Vgl. hierzu auch Ansen (2002, 98)

Einige Patienten fanden es verständlicherweise unerträglich, in einem Mehrbettzimmer beraten worden zu sein: Ein Beratungsgespräch mit einem chronisch erkrankten Menschen kann nur erfolgreich sein, wenn der Patient die Möglichkeit hat, offen über alle ihn belastende Sachverhalte zu sprechen. Dies ist aber nur dort der Fall, wo eine Atmosphäre des Vertrauens zwischen dem Ratsuchenden und dem Berater herrscht, die natürlich dann nicht gegeben ist, wenn fremde Personen zuhören oder zuhören können.²³⁹ Hier wäre es also dringend geboten, dafür Sorge zu tragen, dass die Soziale Beratung in einer Umgebung stattfindet, in der die Patienten sich vertrauensvoll gegenüber dem Berater äußern können.

10. Bewertungsaspekt: Betreuung durch den Sozialdienst nach Entlassung der Patienten

37% der Befragten hätten sich gewünscht, auch nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus weiterhin vom Sozialen Dienst des UKE betreut zu werden. Hingegen sahen 49% keinen Bedarf an weiterer Unterstützung.

46% gaben an, nach ihrer Entlassung von anderen Stellen ausreichend Unterstützung erhalten zu haben; 31% erhielten keine Hilfen. 56% der Befragten hatten den Eindruck, dass die gemeinsam mit dem Sozialdienst entwickelten Maßnahmen in ihrem Alltag eher hilfreich sind, wogegen 18% eher nicht dieser Meinung waren.

49% der befragten Patienten beurteilten die Betreuung in der Zeit nach dem Aufenthalt im UKE als *gut* bis *sehr gut*, 51% dagegen als *ausreichend* bis *mangelhaft*. Für diese Unzufriedenheit wurden unter anderem folgende Gründe angegeben:

- Die Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter des Sozialdienstes waren nicht erreichbar.
- Viele Patienten waren nicht darüber informiert, dass sie auch nach der Entlassung Beratung vom Sozialdienst erwarten konnten.
- Es gab keinen Kontakt zum Sozialdienst nach der Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus.

Auch hier wäre eine Verbesserung der Kommunikation zwischen dem Sozialdienst und den Patienten dringend erforderlich. Wünschenswert wäre eine Informationsinitiative des Sozialdienstes mit dem Ziel, die ihm anvertrauten erkrankten Personen über das vollständige Leistungsangebot aufzuklären.

²³⁹ Vgl. hierzu auch die Ausführungen im Abschnitt 2.4.1

11. Bewertungsaspekt: Leistung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sozialdienst

In Anbetracht der Gesamtsituation des Sozialdienstes des UKE (6,5 Planstellen bei 1000 Betten) wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine hervorragende Leistung erbracht. Die Sozialarbeiter sind bemüht, trotz der ungünstigen personellen Ausstattung eine hochwertige Leistung zu erbringen. Die Patienten nehmen diese Hilfen dankbar an und wissen den Wert der Sozialen Arbeit im Krankenhaus zu schätzen.

Mängel in der Arbeit des Sozialdienstes am UKE sind auf Zeitdefizite, nicht aber – bis auf wenige Ausnahmen - auf Unzulänglichkeiten in der Kompetenz der Sozialarbeiter zurückzuführen. Ein solcher Mangel ist sicherlich, dass vom Sozialdienst am UKE nicht das gesamte Leistungsspektrum realisiert wird, sondern sich die Mitarbeiter aus Zeitgründen oftmals darauf beschränken, die Verwaltung der Nachsorge der Patienten zu organisieren. Um eine ganzheitliche Beratung und Unterstützung der Patienten zu gewährleisten, wie sie von der Salutogenese und dem Konzept der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit gefordert wird, sollten die Sozialarbeiter an speziellen Fortbildungsmaßnahmen über Krankheiten und deren Folgen teilnehmen, damit die Patienten bei der Beratung das Gefühl entwickeln können, mit allen ihren Fragen und Problemen bei den Mitarbeitern des Sozialdienstes in den besten Händen zu sein.

Gesamtbeurteilung der Leistungen des Sozialdienstes am UKW durch die Patienten

Insgesamt beurteilten die Befragten die Beratung und Unterstützung durch den Sozialdienst zu 22% als *sehr gut*, zu 40% als *gut*, zu 14% als *befriedigend*, zu 7% als *ausreichend* und schließlich zu 9% mit der Note *mangelhaft*.

Die Auswertung der Antworten auf die offenen Fragen ergab, dass die befragten Patienten, wenn sie denn unzufrieden mit der Beratung und Unterstützung durch den Sozialdienst waren, dafür die folgenden Gründe nannten:

- 3 Patienten gaben an, keine Beratung erhalten zu haben.
- 7 Patienten beklagten sich über nicht ausreichende Informationen.
- 5 Patienten empfanden das Beratungsgespräch als zu kurz.

- 3 Patienten fanden, dass die Sozialarbeiter nicht hinreichend kompetent waren.
- 1 Patient hätte sich gewünscht, dass auch seine Angehörigen in die Beratung einbezogen worden wären.
- 6 Personen waren mit der Beratung insgesamt unzufrieden

76% der Befragten würden den Sozialdienst am UKE weiterempfehlen, 12% eher nicht. Insgesamt beurteilten 61% der Befragten den Sozialdienst mit *gut* bis *sehr gut* und 28% mit *befriedigend* bis *mangelhaft*.

Bei der Auswertung der geäußerten ‚freien Kritik‘ ergab sich folgendes Bild:

Insgesamt kann man sagen, dass die Patienten mit den Sozialarbeitern/innen zufrieden waren. Sie empfanden sie als freundlich, ruhig, zuverlässig, gut informiert, unaufdringlich, sachlich und kompetent. Die Wünsche und Vorstellungen der Patienten seien wahrgenommen worden. Besonders zufrieden waren die Patienten mit der zügigen und unbürokratischen Arbeitsweise sowie mit der Organisation der Rehabilitationsmaßnahmen.

Allerdings hatten einige Befragte auch den Eindruck, dass die Sozialarbeiter überlastet, nicht hinreichend kompetent und informiert oder verlässlich genug gewesen seien. Spezielle rechtliche Fragen hätten nicht befriedigend beantwortet werden können. Viele Ratsuchende gaben an, dass die Gespräche zu kurz gewesen seien. Sie äußerten den Wunsch nach mehr Aufklärung und Beratung. Als ausgesprochen negativ empfanden einige Patienten auch den Umstand, dass als Beratungsort das Mehrbettzimmer gewählt wurde, das sich der Ratsuchende mit anderen Patienten teilte, die natürlich das Gespräch mit anhören konnten. Bemängelt wurde ferner, dass nicht genügend auf individuelle Wünsche der Patienten eingegangen worden sei. Schließlich wurde der Wunsch geäußert, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes die Patienten aufsuchen und nicht umgekehrt.

Insgesamt wird man sagen können, dass sich die oben aufgestellte Forschungshypothese mit Einschränkungen bestätigt hat: Ohne Zweifel verhält es sich so, dass die Behandlungsbeiträge des Sozialdienstes im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf für die Genesung der Patienten von großer Bedeutung sind und dies auch von den erkrankten Personen überwiegend so eingeschätzt wird. Andererseits ist nicht zu übersehen, dass zwischen dem Leistungsangebot des UKE und den tatsächlich erbrachten Leistungen des Sozialdienstes ein Missverhältnis besteht, das von einigen Patienten auch deutlich angesprochen wurde. Ursächlich dafür ist aber nicht etwa fehlendes Engagement auf Seiten

der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes, sondern sind die bereits erwähnten strukturellen Gründe, die ein Umdenken bei den politisch Verantwortlichen erforderlich machen: Wo 8 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in 6,5 Planstellen für 1000 erkrankte Menschen zuständig sind, bleiben Defizite in dem, was sie leisten, nicht aus. Eine Behebung solcher Defizite ist nicht dadurch möglich, dass der Sozialdienst am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf seine Leistung steigert, sondern nur dadurch, dass es zu strukturellen Veränderungen im Sozialdienst des UKE kommt.

4 Schluss

Wie ich im Abschnitt 2.6 ausgeführt und erläutert habe, ist die Existenz der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen gefährdet. Will sie überleben, muss sie nachweisen, dass sie unverzichtbar ist, und zwar in zweifacher Hinsicht: Durch empirische Studien muss aufgewiesen werden, dass Patienten und Patientinnen von den Interventionen der Sozialen Arbeit entscheidend profitieren, und es muss gezeigt werden, dass Soziale Arbeit dem Wirtschaftlichkeitsprinzip im Gesundheitswesen insofern entspricht, als es ihr gelingt, durch vernetzende und koordinierende Arbeitsformen „die Behandlungswege zu optimieren, die Versorgungsqualität zu verbessern und die Behandlungskosten zu reduzieren.“²⁴⁰ Mit der vorliegenden empirischen Untersuchung habe ich versucht nachzuweisen, dass für Onkologie-Patientinnen die Soziale Arbeit im Krankenhaus in der Tat unverzichtbar ist und dass ohne sie das Gesundheitswesen diesen chronisch erkrankten Menschen eine qualifizierte Behandlung schuldig bliebe. Im Interesse und zum Wohle der erkrankten Menschen, insbesondere der chronisch Erkrankten, ist es dringend geboten, dass die Vertreter/-innen der Ärzteschaft, der Pflegedienste und der Sozialdienste sich möglichst rasch auf einen Modus der professionellen Kooperation verständigen, in der die Kompetenzen klar definiert sind und man die Leistungen der Experten aus den jeweils anderen Bereichen mit gebührendem Respekt würdigt.

Bezogen auf das UKE in Hamburg, an dem ich meine Befragung durchgeführt habe, hat sich ergeben, dass die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes tatsächlich erbrachten Leistungen nicht in vollem Umfang jenen Leistungen entsprechen, die im Leistungskatalog des Sozialdienstes ausgewiesen sind. Dieses Defizit ist – wie erläutert – auf den Umstand zurückzuführen, dass der Sozialdienst am UKE in personeller Hinsicht bei weitem nicht angemessen repräsentiert ist. Dass ein solches Missverhältnis zu

²⁴⁰ Ansen (2006a, 98)

Lasten der Qualität der erbrachten Leistungen des Sozialdienstes geht, hat die Auswertung der Patientenbefragung deutlich gezeigt. Es bleibt zu hoffen, dass die für diesen Zustand politisch Verantwortlichen zu der Einsicht gelangen, dass eine deutliche Verbesserung der Lage des Sozialen Dienstes am UKE und anderen Krankenhäusern sowie eine nachhaltige Sicherung der Existenz der Sozialdienste zum Wohle der von ihnen betreuten erkrankten Menschen unverzichtbar ist.

5. Literatur

- Ansen, H. (2002): Theoretisch-systematische Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit im Gesundheitswesen. In: Gödecker-Geenen / Nau (2002), 83-125
- Ansen, H., Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2004): Soziale Arbeit im Krankenhaus. München / Basel
- Ansen, H. (2006a): Am Scheideweg. Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen muss sich theoretisch und praktisch neu verordnen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 3/2006, 96-98
- Ansen, H. (2006b): Soziale Beratung bei Armut. München
- Ansen, H. (2007): Soziale Beratung bei Krankheit. In: Rohr, B., Orthmann, K. (2007); hier zitiert nach dem Skript „Soziale Beratung bei Krankheit“. Hamburg
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen
- Badura, B., Hart, D., Schellschmidt, H. (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Baden-Baden
- Bäcker, G. u. a. (2000): Sozialpolitik und Soziale Lage in Deutschland, Bd.2, Wiesbaden
- Bengel, J., Koch, U. (Hrsg.) (2000): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin.
- Besselmann, K. u. a. (2001): Aspekte der Versorgung psychisch veränderter älterer Menschen. Frankfurt/Main
- Bollinger, H., Hohl, J. (1981): Sozialarbeiterinnen und Ärzte im Krankenhaus. Frankfurt/Main
- Buddeberg, C., Willi, J. (Hrsg.) (1998): Psychosoziale Medizin. Berlin
- Chassé, K. A., Wensierski, H.-J. von (1999): Praxisfelder der Sozialen Arbeit. Weinheim / München
- Deutscher Bundestag (2001): Lebenslagen in Deutschland
- Dörr, M. (Hrsg.) (2002): Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse. (= Grundlagen der Sozialen Arbeit, Bd. 7). Baltmannsweiler
- Eiff, W. (2000)(Hrsg.): Der Krankenhausmanager. Berlin / Heidelberg / New York.
- Ewers, M. (2000): Case-Management im Schatten von Managed-Care: Sozial- und gesundheitspolitische Grundlagen. In: Ewers/Schaeffer (2000), 29-53
- Ewers, M., Schaeffer, D. (2000): Case-Management in Theorie und Praxis. Bern

- Filsinger, D., Homfeldt, H.-G. (2001): Gesundheit und Krankheit. In: Otto/Thiersch (2001), 705-716
- Faltermeier, T. (2004): Gesundheitsberatung. In: Nestmann/Engel/Sickendiek (2004)
- Finke, J. (1999): Beziehung und Intervention. Stuttgart/New York
- Francke, R. (1999): Öffentliches Recht, Sozialversicherungsrecht. In: Badura u. a. (1999).
- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A., Pauls, H. (2005): Klinische Sozialarbeit. München / Basel
- Gerdes, N., Weis, J. (2000): Zur Theorie der Rehabilitation. In: Bengel/Koch (2000), 42-67
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin
- Geyer, S. (2001): Belastende Lebensereignisse und soziale Unterstützung. In: Mielck/Bloomfield (2001), 207-218
- Geyer, S. (2001a): Sense of Coherence (SOC). In: Mielck/Bloomfield (2001), 196-218
- Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (Hrsg.) (2002) : Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung. Münster
- Gödecker-Geenen, N., Weis, I. (2003)(Hrsg.): Der Patient im Krankenhaus und sein Bedarf an psychosozialer Betreuung. Münster
- Hedtke-Becker, A., Hoevels, R., Schwab, M. (2003): (Familien-)Medizin und Sozialarbeit – ein Kooperationsmodell. Hockenheim
- Heim, E., Meyer, P.C. (1998): Soziologische Aspekte des Krankseins. In: Buddeberg / Willi (1998), 385-419
- Homfeldt, H. G., Hünersdorf, B. (Hrsg.) (1997): Soziale Arbeit und Gesundheit. Neuwied
- Homfeldt, H. G. (2002): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung.“ In: Thole (2002), 317-331
- Hüpper, B., Slesina, W. (2001): „Sozialdienst im Krankenhaus – eine empirische Untersuchung.“ In: Forum Krankenhaussozialarbeit 1, 88-92
- Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitssoziologie. Weinheim/München
- Ikemi, Y., Nakagawa, T., Sugita, M. (1975): Psychosomatic consideration on cancer patients who have made a narrow escape from death. Dyn Psychiatr 8, 77-92
- Kardorff, E. von (1999): Soziale Arbeit und Soziale Dienste im Gesundheitswesen. In:

- Chasse/Wensierski von (1999), 343-360
- Köppel, M. (2005): Schwerkranke und Sterbende: Patientinnen mit Brustkrebs. In: Lützenkirchen (2005), 123-145
- Kurlemann, U. (2000): „Klinische Sozialarbeit im System Krankenhaus.“ In: Eiff (2000), 1-27
- Löcherbach, P., Klug, W., Rimmel-Faßbender, W. (Hrsg.) (2003): Case-Management. Neuwied
- Lützenkirchen, A. (2005): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen – Praxisfelder – Institutionen. Stuttgart
- Mielck, A., Bloomfield, K. (Hrsg.) (2001): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Gesundheitsforschung. Weinheim/München
- Morris, D. R. (2000): Krankheit und Kultur. München
- Mühlum, A. (2001): Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Ein Vergleich. Frankfurt/Main
- Mühlum, A. (2004): Soziale Arbeit und Gesundheit. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 34. Jg., 4/2004
- Nestmann, F. (2005): Soziale Netzwerke – Soziale Unterstützung. In: Otto/Thiersch (2005)
- Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung 1. Tübingen
- Neuffer, M. (2002): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim/München
- Ortmann, K., Waller, H. (2005): Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. Hohengehren
- Otto, H.-U., Thiersch, H. (Hrsg.) (2001): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. Neuwied/Kriftel
- Otto, H.-U., Thiersch, H. (Hrsg.) (2005): Handbuch Sozialarbeit - Sozialpädagogik. München/Basel
- Paulus, P. (1997): Soziale Netzwerke, soziale Unterstützung und Gesundheit. In: Homfeldt/Hünersdorf (1997)
- Pearson, R.E. (1997): Beratung und soziale Netzwerke. Basel
- Phillips, D.L. (1971): Knowledge from What? Chicago
- Porz, F. (2003): Case-Management in der Pädiatrie. In: Porz/Erhardt (2003), 1-11

- Porz, F., Erhardt, H. (2003): Case-Management in der Kinder- und Jugendmedizin. Stuttgart/New York
- Rauchfleisch, U. (2001): Arbeit im psychosozialen Feld: Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge. Göttingen
- Rechtien, W. (1998): Beratung – Theorien, Modelle, Methoden. München
- Reinicke, P. (2003): Zusammenarbeit von Sozialarbeitern und Ärzten. In: Soziale Arbeit 9, 237f.
- Rommel-Faßbender, R. (2003): Case-Management – eine Methode der Sozialen Arbeit: Erfahrungen und Perspektiven. In: Löcherbach/Klug/Rommel-Faßbender (2003), 63-81
- Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.) (2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München
- Rohr, B., Orthmann, K. (Hrsg.) (2007): Klinische Sozialarbeit. (erscheint)
- Rosenbrock, R., Gerlinger, Th. (2004): Gesundheitspolitik. Bern
- Sachverständigenrat (2005): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen.
- Schaeffer, D., Moers, M. (2000): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff/Schaeffer (2000), 447-483
- Schneider, S. (2003): Schichtzugehörigkeit und Mortalität in der BRD: Empirische Überprüfung theoretischer Erklärungsansätze. In: Sozialer Fortschritt, 53. Jg., 3/2003
- Schnell, R., Hill, P.B., Esser E. (1999): Methoden der empirischen Sozialforschung. 6. Auflage, München, Wien
- Schwarzer, W. (2002): Lehrbuch der Sozialmedizin. 4. Auflage, Dortmund
- Schwarzer, W., Höhn-Beste, M. (2002): Chronische Erkrankungen und Körperbehinderung. In: Schwarzer, W. (2002), 125-177
- Senftleben, H. U. (1988): Klinische Sozialarbeit. Wiesbaden
- Sickendiek, U., Engel, F., Nestmann, F. (2002): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 2. Auflage, Weinheim/München
- Spiegel, H. v. (2006): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. München, Basel
- Stimmer, F. (Hrsg.) (2000): Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. München/Wien

- Thiersch, H. (1992): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim/München
- Thiersch, H., Grunwald, K., Köngeter, St. (2002): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole (2002), 161-178
- Thole, W. (Hrsg.) (2002): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Opladen
- Uexküll, Th. (1997): Psychosomatische Medizin. München / Wien / Baltimore
- Wagenblass, S. (2001): Vertrauen. In: Otto/Thiersch (2001), 1934-1943
- Wendt, W.R. (2001): Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg
- Wendt, W. R. (2002): Praxisfelder klinischer Sozialarbeit. In: Dörr, M. (2002), 39-49
- Wendt (2005): Maßgaben für eine gute Praxis. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 5/2005, 168-174
- Werner, B. (2002): Institutionalisierung und De-Institutionalisierung im Gesundheits- und Sozialwesen der Bundesrepublik Deutschland. In: ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Frankfurt am Main, 33. Jahrgang, Nr. 3/2002, 3-27
- Wetz, F. J. (1998): Die Würde des Menschen ist antastbar. Stuttgart
- Wilkinson, R. (2003): Die Kultur der Ungleichheit. In: Sozialmagazin, 28. Jg., 4/2003
- Wissert, M. (2003): Case-Management mit alten pflegebedürftigen Menschen – Lehren aus einem Modellversuch. In: Löcherbach/Klug/Rommel-Faßbender (2003), 185-201
- Witterstätter, K. (2003): Soziale Sicherung. Darmstadt
- Zimmermann, R.-B. (2003): Rezension vom 08.04.2003 zu: Margret Dörr (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse. Schneider Verlag Hohengehren (Baltmannsweiler) 2002. In: socialnet Rezensionen unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/599.php>.

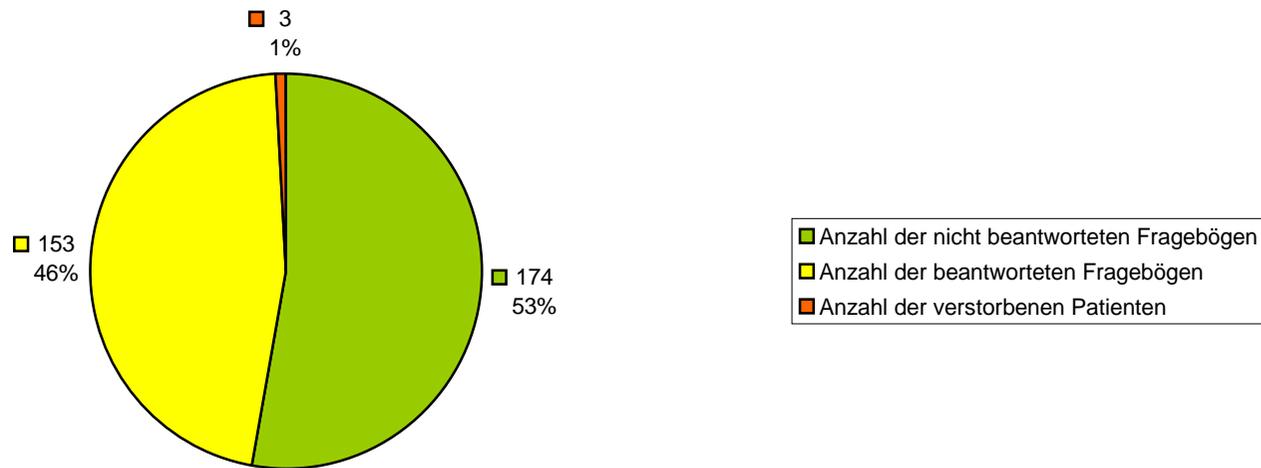
Internet-Adressen:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen>

Altersgruppe alle

Bemerkungen zu der Auswertung

Anzahl der verschickten Fragebögen	330		
Anzahl der nicht beantworteten Fragebögen	174	53%	
Anzahl der beantworteten Fragebögen	153	46%	
Anzahl der verstorbenen Patienten	3	1%	



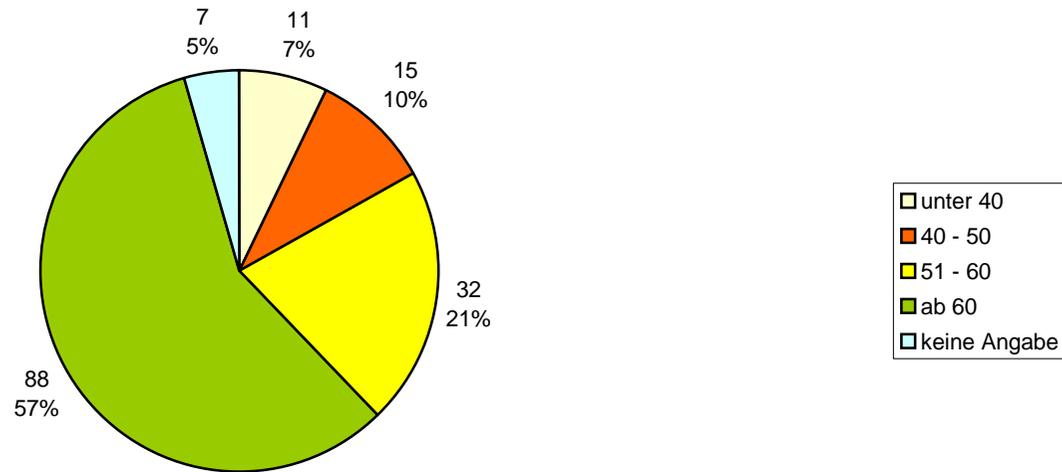
Die Fragen werden beantwortet durch...

die Patientin/den Patienten	127	83%	
die Patientin/den Patienten zusammen mit (einem) Angehörigen	14	9%	
Angehörige	0	0%	
keine Angabe	12	8%	

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

A.1 Wie alt sind Sie?

unter 40	11	7%		
40 - 50	15	10%		
51 - 60	32	21%		
ab 60	88	57%		
keine Angabe	7	5%		

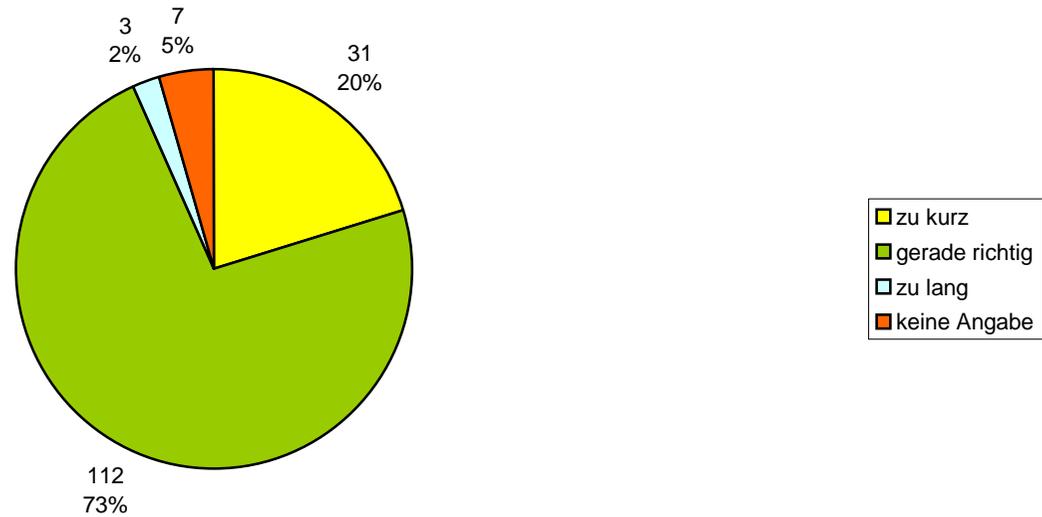


A.2 Geschlecht

männlich	111	72%		
weiblich	36	24%		
keine Angabe	6	4%		

A.3 Welchen Familienstand haben Sie?			
ledig	18	12%	
ledig, in fester Partnerschaft	2	1%	
verheiratet/Lebensgemeinschaft	109	71%	
geschieden	9	6%	
verwitwet	8	5%	
keine Angabe	7	5%	
A.4 Welchen Krankenversichererstatus haben Sie?			
ohne Versicherung	0	0%	
gesetzlich versichert	118	77%	
gesetzlich mit Zusatzversicherung	9	6%	
privat versichert	21	14%	
keine Angabe	5	3%	
A.5 Wie viele minderjährige Kinder leben in Ihrem Haushalt?			
unter 40	2	25%	
40 - 50	4	49%	
51 - 60	1	13%	
ab 60	1	13%	
Angaben zum Krankenhausaufenthalt			
B.1 Wie viele Tage waren Sie im UKE?			
durchschnittlich/ unter 40	17,36		
durchschnittlich/ 40 - 50	25,64		
durchschnittlich/ 51- 60	11,9		
durchschnittlich/ ab 60	12,35		
ohne Angabe	7		
B.2 Wie schwer war Ihre Krankheit?			
leichter Fall	2	1%	
weniger schwer	2	1%	
mittelschwer	34	22%	

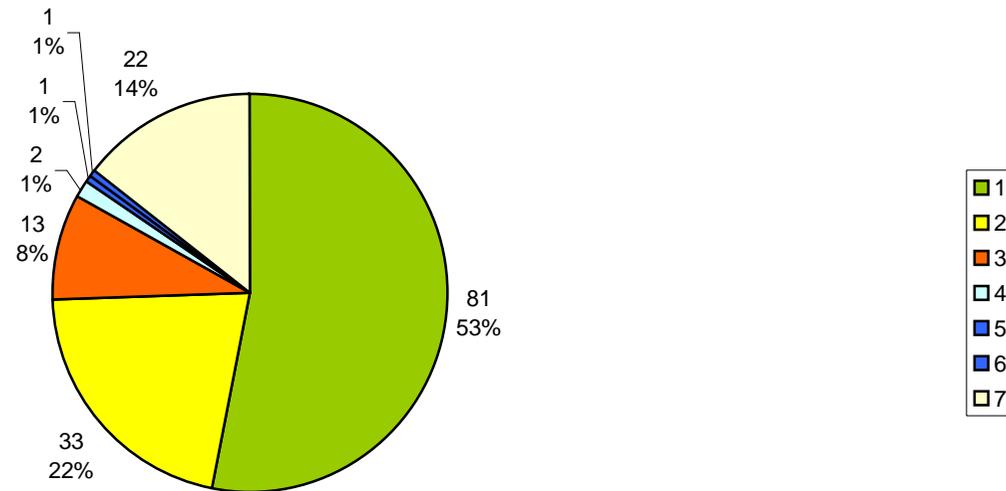
ziemlich schwer	61	41%		
sehr schwer	48	31%		
keine Angabe	6	4%		
B.3 Wie ist Ihr momentaner Gesundheitszustand?				
ausgezeichnet	8	5%		
gut	101	66%		
weniger gut	30	20%		
schlecht	7	5%		
sehr schlecht	2	1%		
keine Angabe	5	3%		
B.4 Waren Sie schon mal als Patient(in) in einem Krankenhaus? Altersbezogen				
nein	29 P 0			
Siehe Gruppenauswertung				
B.5 Wie empfinden Sie, gemessen an Ihrer Erkrankung, die Dauer Ihres Aufenthaltes im UKE?				
zu kurz	31	20%		
gerade richtig	112	73%		
zu lang	3	2%		
keine Angabe	7	5%		



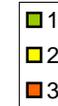
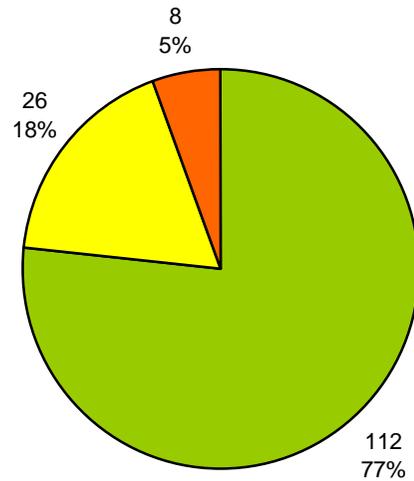
Kontaktaufnahme zum Sozialdienst

C.1 Während meines Krankenhausaufenthaltes habe ich Kontakt mit dem Sozialdienst gehabt.

ja, ca. Male	81 Patienten hatten 1-mal Kontakt	81
	33 Patienten hatten 2-mal Kontakt	33
	13 Patienten hatten 3-mal Kontakt	13
	2 Patienten hatten 4-mal Kontakt.	2
	1 Patient hatte 6-mal Kontakt.	1
	1 Patient hatte 9-mal Kontakt.	1
nein	22 Patienten hatten keinen Kontakt	22



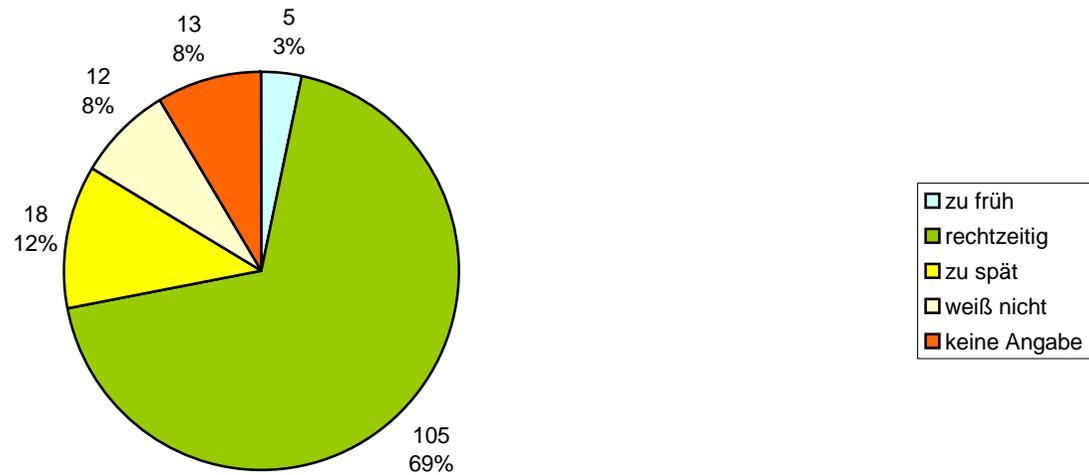
C.2 Beziehung der Fragen B.2 und C.2	Ges	ja	nein	ohne A.
Anzahl der "leicht" Erkrankten, die die Unterstützung durch den Sozialdienst (SD) begrüßten.	2	1	1	
Anzahl der "weniger schwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.	2	1	1	
Anzahl der "mittelschwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.	33	22	11	1
Anzahl der "ziemlich schwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.	61	48	9	4
Anzahl der "sehr schwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.	47	40	4	3
keine Angabe bei Frage B.2	6	112	26	8



C.3 Ich wurde durch folgende Personen oder Institutionen über den Sozialdienst des UKE informiert.

Eigeninitiative	23	13%		
Arzt/Ärztin	48	28%		
SozialarbeiterIn	37	21%		
Krankenschwester/-pfleger	38	22%		
andere Patienten	13	7%		
Informationsbroschüre des UKE	13	7%		
Internet	0	0%		
Angehörige, Freunde, Nachbarn	4	2%		
Sonstige, nämlich			ehrenamtliche Helfer	
			keine Informationen	
			das weiß ich nicht mehr.	
			einweisenden Arzt	

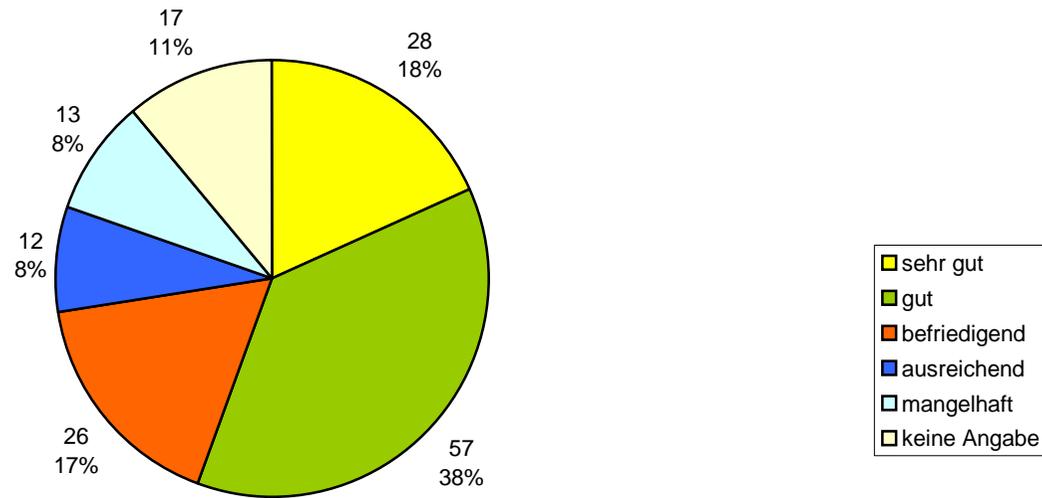
	nicht																														
	keine Informationen																														
ohne Angabe																															
<table border="1" style="margin: 10px auto;"> <caption>Data for Pie Chart</caption> <thead> <tr> <th>Information Source</th> <th>Count</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Eigeninitiative</td> <td>23</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>Arzt/Ärztin</td> <td>48</td> <td>28%</td> </tr> <tr> <td>SozialarbeiterIn</td> <td>37</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>Krankenschwester/-pfleger</td> <td>38</td> <td>22%</td> </tr> <tr> <td>andere Patienten</td> <td>13</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>Informationsbroschüre des UKE</td> <td>13</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>Internet</td> <td>4</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>Angehörige, Freunde, Nachbarn</td> <td>0</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>					Information Source	Count	Percentage	Eigeninitiative	23	13%	Arzt/Ärztin	48	28%	SozialarbeiterIn	37	21%	Krankenschwester/-pfleger	38	22%	andere Patienten	13	7%	Informationsbroschüre des UKE	13	7%	Internet	4	2%	Angehörige, Freunde, Nachbarn	0	0%
Information Source	Count	Percentage																													
Eigeninitiative	23	13%																													
Arzt/Ärztin	48	28%																													
SozialarbeiterIn	37	21%																													
Krankenschwester/-pfleger	38	22%																													
andere Patienten	13	7%																													
Informationsbroschüre des UKE	13	7%																													
Internet	4	2%																													
Angehörige, Freunde, Nachbarn	0	0%																													
C.4 der Zeitpunkt meines persönlichen Kontaktes zum Sozialdienst war meiner Meinung nach																															
zu früh	5	3%																													
rechtzeitig	105	69%																													
zu spät	18	12%																													
weiß nicht	12	8%																													
keine Angabe	13	8%																													


C.5 Habe Beratungsbedarf gehabt im Hinblick auf ..

C.5 Rehabilitation	119	45%		
C.5 Berufliche Anliegen	12	4%		
C.5 Schwerbehindertenangelegenheiten	64	25%		
C.5 Persönliche Anliegen	12	5%		
C.5 Ambulante häusliche Pflege	11	4%		
C.5 stationäre Heim- oder Kurzzeitpflege	1	1%		
C.5 Leistungen der Krankenversicherung	19	8%		
C.5 Leistungen der Pflegeversicherung	4	1%		
C.5 Sozialhilfeangelegenheiten	4	1%		
C.5 Arbeitslosengeld II	2	1%		
C.5 Weiterführende Hilfen/Institutionen	12	5%		
C.5 Gesetzliche Betreuung	4	1%		
C.5 Vorsorgevollmacht	4	1%		

C.5 Sonstiges	0		
C.5 Sonstige Texte	Hilfen fürs Bad, z.B. Badewanne.		
	Wir sind nicht informiert worden.		
C.5 Habe Beratung erhalten im Hinblick auf ...			
C.5 Rehabilitation	116	55%	
C.5 Berufliche Anliegen	9	4%	
C.5 Schwerbehindertenangelegenheiten	49	24%	
C.5 Persönliche Anliegen	4	2%	
C.5 Ambulante häusliche Pflege	6	3%	
C.5 stationäre Heim- oder Kurzzeitpflege	0	0%	
C.5 Leistungen der Krankenversicherung	13	6%	
C.5 Leistungen der Pflegeversicherung	3	1%	
C.5 Sozialhilfeangelegenheiten	2	1%	
C.5 Arbeitslosengeld II	1	0%	
C.5 Weiterführende Hilfen/Institutionen	6	3%	
C.5 Gesetzliche Betreuung	1	0%	
C.5 Vorsorgevollmacht	2	1%	
C.5 Sonstiges	1	0%	
C.5 Sonstige Texte			
Leistungen der Beihilfe des öffentl. Dienstes.			
Auf andere Dinge hat man uns aufmerksam gemacht.			
C.6 Die organisatorische Erreichbarkeit des Sozialdienstes war sehr gut.			
ja	66	44%	
eher ja	23	15%	
teils, teils	31	20%	
eher nein	13	8%	
nein	7	5%	
keine Angabe	13	8%	
C.7 Die räumliche Erreichbarkeit des Sozialdienstes war sehr gut.			
ja	41	27%	
eher ja	22	14%	
teils, teils	24	16%	
eher nein	8	5%	
nein	10	7%	

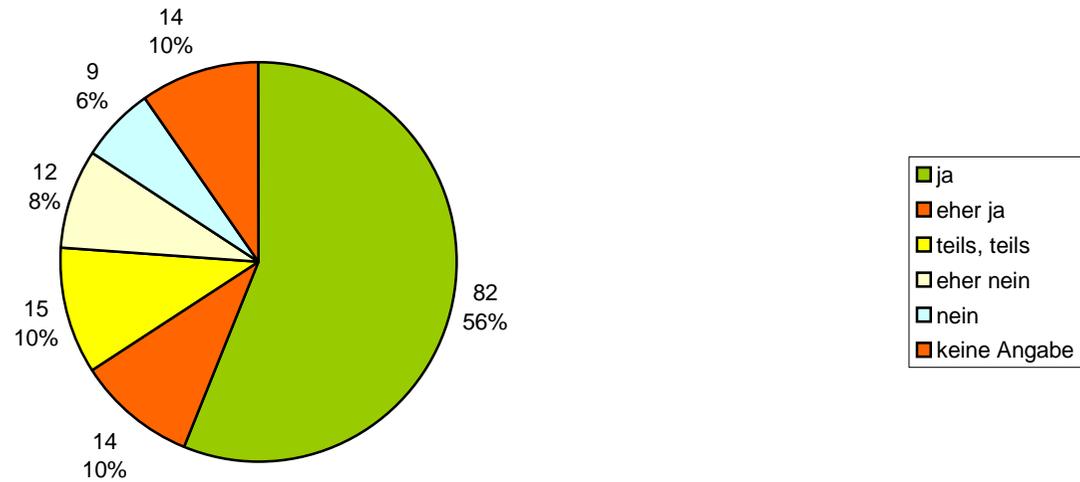
keine Angabe	48	31%		
C.8 Insgesamt bewerte ich die Erreichbarkeit des Sozialdienstes als ...				
sehr gut	28	18%		
gut	57	38%		
befriedigend	26	17%		
ausreichend	12	8%		
mangelhaft	13	8%		
keine Angabe	17	11%		



C.9 Wenn Sie mit der Erreichbarkeit des Sozialdienstes weniger zufrieden waren, welches sind die Gründe dafür?				
persönlich konnte ich nicht gehen				
nicht erreichbar				

nicht erreichbar (telefonisch/persönlich)				
Urlaub; Tel.war unbesetzt				
Erst nach mehrmaliger Nachfrage des Pflegepersonals bequeme sich eine mürrische Person zu mir				
Nach der Entlassung tel. schwer zu erreichen				
Die Frau war tel. nicht erreichbar. Meine Frau musste persönlich hingehen. Nach der Entlassung war sie (= die Frau vom SD) auch nicht zu erreichen.				
Die Schwester war nicht zu erreichen. Das ganze Gespräch umfasste lediglich 10 Minuten				
Wie erreichbar?				
Keine Informationen erhalten				
Es gab keine Rückkoppelung mit präziseren Zeitangaben, wann der Sozialdienst zu mir kommen wolle.				
Büro nicht besetzt				
Sprechzeiten zu kurz				
Nur "Insel-Lösungen" auf Nachfrage der Patienten; wenig Kompetenz und Wissen, keine ganzheitliche Betrachtung der Patienten-Situation				
Die Mitarbeiterin hatte mit mir keine Zeit zu verlieren, wenn Fragen unauffindbar, zu wenig Aufklärung				
telefonisch nicht erreichbar; Büro mehrmals nicht besetzt.				
ich wurde erst nach Anfrage informiert.				
kaum Kontakt während des Krankenhaus-Aufenthaltes.				
Verabredete Kontakte wurden nicht eingehalten. So konnte der Beratungsbedarf nicht abgedeckt werden.				
Freitag kam niemand; ebenso Montag vor meiner Entlassung				
Nur eine Person und daher Zeitmangel				
Meine relativ kurze Verweildauer. Die Mitarbeiterin war viel unterwegs.				
Räumlichkeiten waren mir unbekannt, Kontaktaufnahme zufällig im Patientenzimmer.				
Terminabsprachen wurden nicht eingehalten.				
war nur über die Krankenpflege möglich bei "Nachfrage": ist informiert / kommt noch / kein Datum usw.				
Wegen Anrufbeantworter weiß man nicht, wann der Anruf erfolgt, längeres Abwarten.				
Der Sozialdienst besuchte mich unaufgefordert im Zimmer.				
Nur einmal Kontakt, weil mein Mit-Patient besucht wurde; ich war völlig ahnungslos.				
C.7 durch Gehbehinderung				
Nur über AB erreichbar, Besuch wurde nicht angekündigt.				
telefonisch erreicht man dort niemanden.				

keine Angabe	122			
Beratung und Unterstützung durch den Sozialdienst				
E.1 Wo haben die Beratungen mit dem Sozialdienst des UKE stattgefunden?				
im Büro des Sozialdienstes	10	7%		
in meinem Patientenzimmer (Einzelzimmer)	14	9%		
in meinem Patientenzimmer (Mehrbettzimmer)	111	72%		
in Aufenthaltsräumen der Station	4	3%		
keine Angabe	14	9%		
Sonstiges, nämlich...	Mitpatientin, finde ich unmöglich keine Beratung			
E.2 Mit dem Ort der Beratungen war ich zufrieden				
ja	88	58%		
eher ja	15	10%		
teils, teils	18	12%		
eher nein	11	7%		
nein	8	5%		
keine Angabe	13	8%		
E.3 Mit dem Umfang der Beratung zu mir wichtigen Themen war ich zufrieden				
ja	82	56%		
eher ja	14	10%		
teils, teils	15	10%		
eher nein	12	8%		
nein	9	6%		
keine Angabe	14	10%		



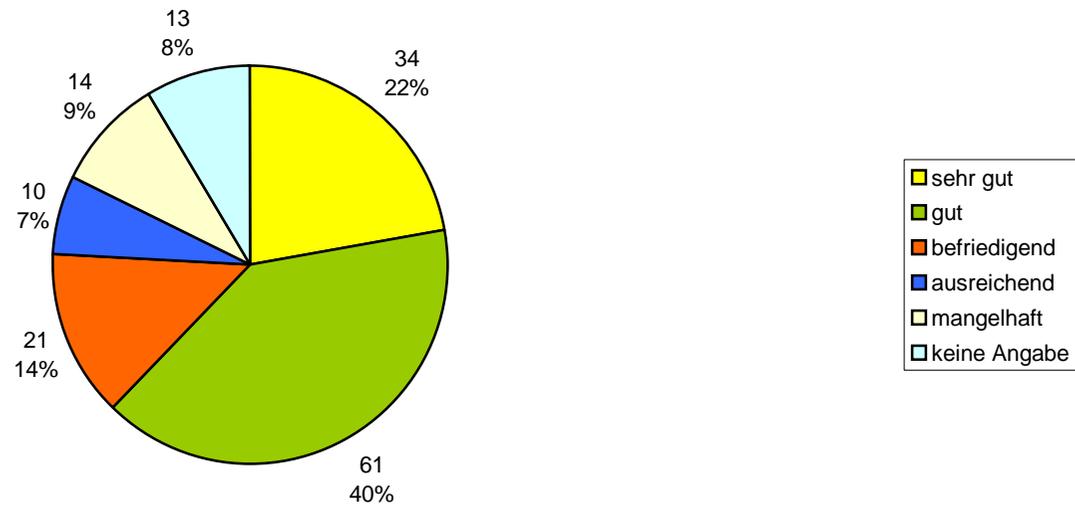
E.4 Ich habe mir gewünscht, dass meine Angehörigen in die Beratung einbezogen werden.

ja	33	22%		
eher ja	6	4%		
teils teils	8	5%		
eher nein	12	8%		
nein	66	43%		
ohne Angabe	28	18%		

E.5 Meine Angehörigen sind ausreichend in die Beratungsgespräche einbezogen worden.

ja	24	16%		
eher ja	6	4%		
teils, teils	3	2%		

eher nein	11	7%		
nein	70	46%		
keine Angabe	39	25%		
E.6 Insgesamt beurteile ich die Beratung und Unterstützung als ...				
sehr gut	34	22%		
gut	61	40%		
befriedigend	21	14%		
ausreichend	10	7%		
mangelhaft	14	9%		
keine Angabe	13	8%		



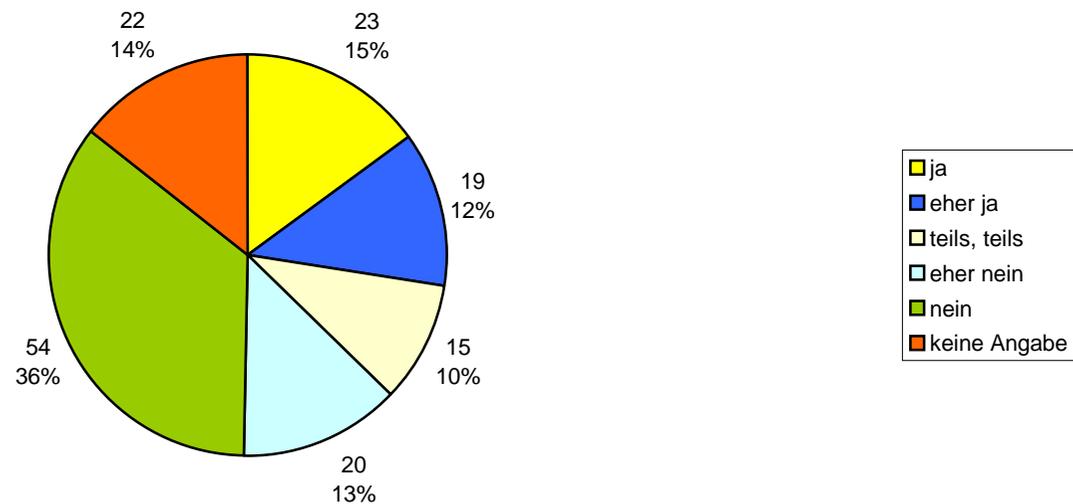
E.7 Wenn Sie mit der Beratung und Unterstützung durch den Sozialdienst nicht zufrieden waren, welches sind die Gründe dafür?

hat nicht stattgefunden				
Keine ausreichende Informationen, unpersönlich				
Zu wenig Information				
Gespräche zu kurz, eigentlich gar keins, hier wurden Infos "hingelegt", das war's....				
Es lagen kein Interesse oder wenig Zeit vor, zu wenig Interesse über die gesamte private Situation.				
Welche Beratung?				
Keine Informationen erhalten				
Nach einer Hirnoperation habe ich nichts verstanden von dem, was man mir erzählt hat. Man hätte es lieber meinen Eltern erzählen sollen.				
siehe c.9				
Unangemeldet, kurz angebunden, keine Zeit.				
Reha-Antrag, Kontakt zu MDK zu spät - erst nach Entlassungs-Vermittlung MDK-Station UKE bei Rückfragen unbefriedigend				
die Beratung war zu kurz.				
Es fehlte die Beratung und Aufklärung sowie Antragstellung in Schwerbehin. Erst durch die Sozialarbeiterin in Reha sind die Fragen aufgeklärt.				
Ich hatte nur Kontakt zum Sozialdienst in der Reha- Klinik, da war ich sehr zufrieden.				
Beratung nach Hirntumor OP inhaltlich mangelhaft				
Hätte ich mich nicht nach ihm erkundigt, hätten sie mich nie aufgesucht.				
kaum Kontakt				
Beratung unzureichend + Ziel nicht erreicht				
es wurde nur auf ausdrückliche Fragen geantwortet, bestehende Möglichkeiten wurden nicht behandelt. Z.B. über Rehamaßnahmen und wie oft ...				
Nur kurzer Kontakt im Mehrbettzimmer, Beratung erst bei Reha				
Informationen, die ich benötigte, mussten stets erst ermittelt werden.				
Die Dame war nicht vorbereitet, die Unterlagen fehlten.				
Keine Info				
Die Dame war nicht gut informiert.				
MA wirkt unsicher und nicht 100% in der Materie.				
Ich wurde direkt nach der OP "überredet" eine Reha zu beantragen, obwohl ich noch keine Gründe / Notwendigkeit sah. Mein schriftlicher Antrag hatte nie eine Folge. Ich habe nichts mehr von der Dame gehört / gesehen. Also 100% negativ...				
Wegen Zeitmangel vom Sozialdienst waren die Gespräche sehr knapp gehalten.				
keine Angabe		125		

Die Zeit nach dem Aufenthalt im UKE

F.1 Ich hätte mir gewünscht, auch nach meiner Entlassung durch den Sozialdienst des UKE betreut zu werden

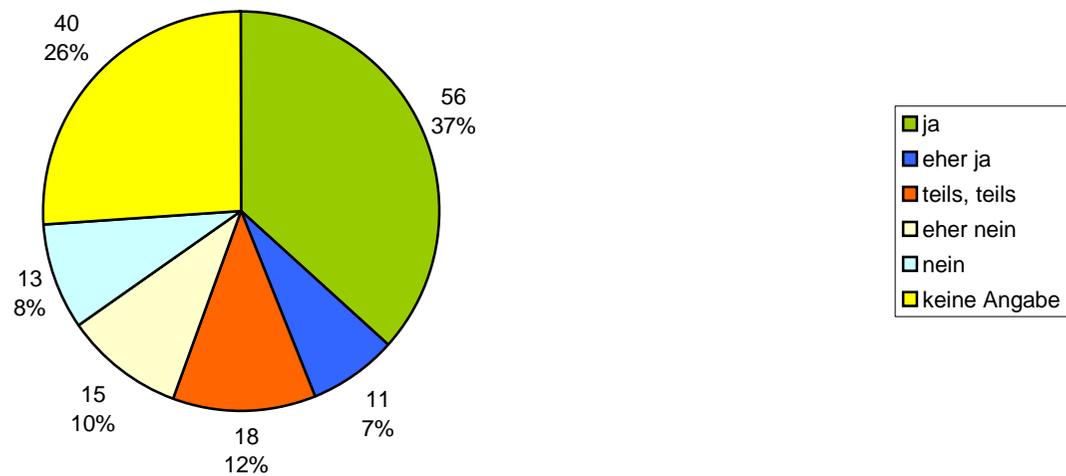
ja	23	15%		
eher ja	19	12%		
teils, teils	15	10%		
eher nein	20	13%		
nein	54	36%		
keine Angabe	22	14%		



F.2 Nach meinem Aufenthalt im UKE habe ich von anderen Stellen ausreichend Unterstützung erhalten

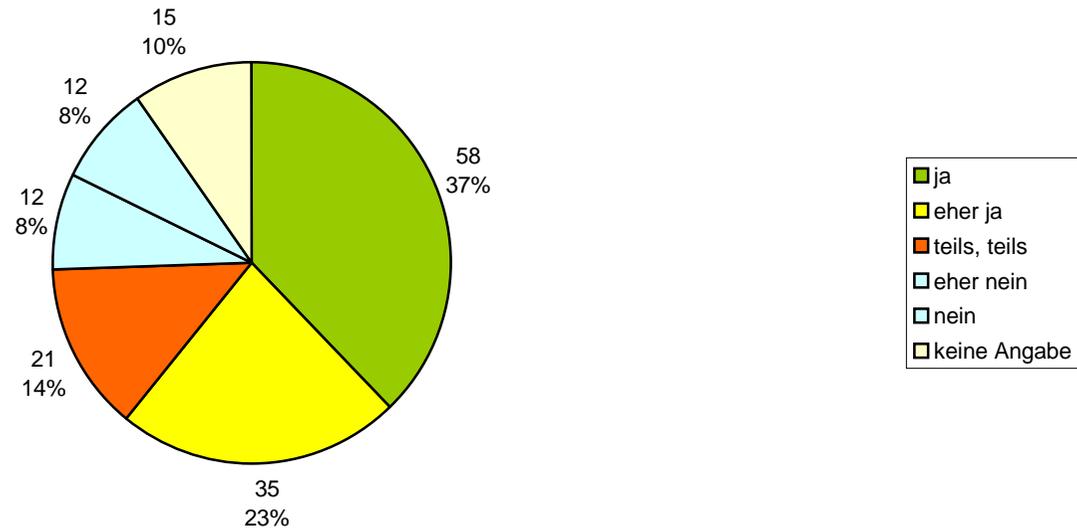
ja	54	36%		
----	----	-----	--	--

eher ja	13	8%		
teils teils	18	12%		
eher nein	9	6%		
nein	39	25%		
ohne Angabe	20	13%		
F.3 Ich habe den Eindruck, dass die Maßnahmen, die ich mit dem Sozialdienst entwickelt habe, in meinem Alltag hilfreich sind				
ja	56	37%		
eher ja	11	7%		
teils, teils	18	12%		
eher nein	15	10%		
nein	13	8%		
keine Angabe	40	26%		



F.4 Insgesamt beurteile ich die Betreuung in der Zeit nach dem Aufenthalt im UKE als ...																									
sehr gut	10	7%																							
gut	44	29%																							
befriedigend	20	13%																							
ausreichend	9	6%																							
mangelhaft	25	16%																							
keine Angabe	45	29%																							
<p>The pie chart displays the following data:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategorie</th> <th>Anzahl</th> <th>Prozent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>sehr gut</td> <td>10</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>gut</td> <td>44</td> <td>29%</td> </tr> <tr> <td>befriedigend</td> <td>20</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>ausreichend</td> <td>9</td> <td>6%</td> </tr> <tr> <td>mangelhaft</td> <td>25</td> <td>16%</td> </tr> <tr> <td>keine Angabe</td> <td>45</td> <td>29%</td> </tr> </tbody> </table>					Kategorie	Anzahl	Prozent	sehr gut	10	7%	gut	44	29%	befriedigend	20	13%	ausreichend	9	6%	mangelhaft	25	16%	keine Angabe	45	29%
Kategorie	Anzahl	Prozent																							
sehr gut	10	7%																							
gut	44	29%																							
befriedigend	20	13%																							
ausreichend	9	6%																							
mangelhaft	25	16%																							
keine Angabe	45	29%																							
F.5 Wenn Sie mit der Betreuung in der Zeit nach dem Aufenthalt im UKE nicht zufrieden waren, welches sind die Gründe dafür?																									
nicht erreichbar																									
was für eine Betreuung und von wem?																									

ich hatte gar nicht den Eindruck, dass eine Betreuung nach dem Aufenthalt möglich ist und habe die Möglichkeit entsprechend nicht genützt.				
Ich habe nichts vom Sozialdienst gehört!				
Keine Verbindung mehr zum UKE. Ich hatte nur ein Gespräch von ca. 5 Minuten.				
Fand keine Betreuung statt.				
Beratung?				
wegen Reha				
Ich habe keine Betreuung gehabt, nur die Reha war gut.				
hat gar nicht stattgefunden.				
Ich hatte zu Hause keine Betreuung.				
keine Betreuung nötig				
Sozial wurde von mir angefordert. Nach dem ersten Treffen hörte ich nichts mehr.				
Es hat sich niemand um Betreuung bemüht.				
Es wurde nur auf Nachfragen reagiert!				
Betreuung war nicht erforderlich				
Betreuung durch Heimarzt, nicht vom UKE				
Kontakt zum Sozialdienst.				
Man hätte mich zum Beispiel telefonisch kontaktieren können.				
Es gab keine Betreuung nach Behandlungsschluss.				
kein Kontakt				
Keinerlei Unterstützung hinsichtlich irgendwelcher Anträge, die zu stellen waren.				
Es gab keine Betreuung.				
keine Angabe	130			
Gesamtbeurteilung des Sozialdienstes				
G.1 Insgesamt war ich mit der Betreuung durch den Sozialdienst sehr zufrieden.				
ja	58	37%		
eher ja	35	23%		
teils, teils	21	14%		
eher nein	12	8%		
nein	12	8%		
keine Angabe	15	10%		

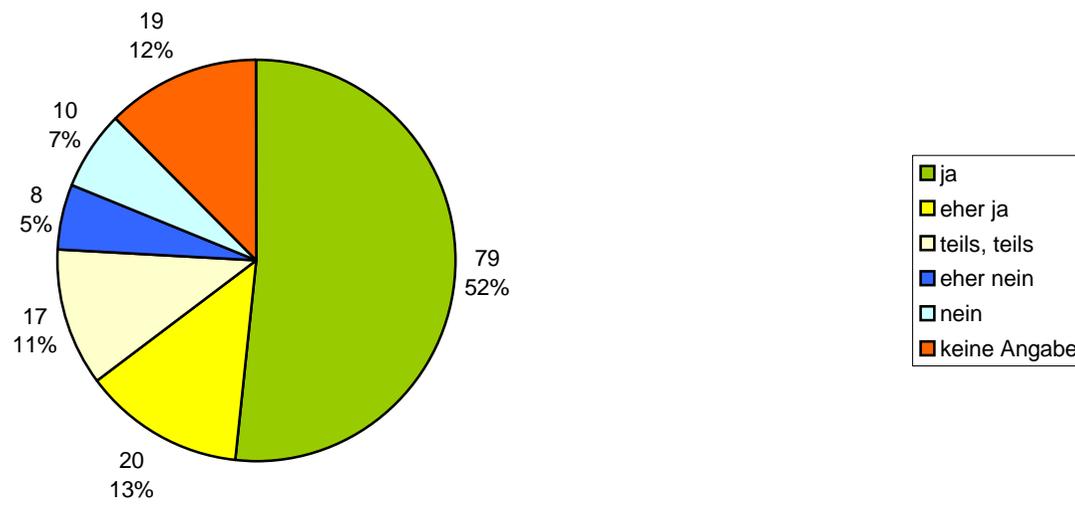


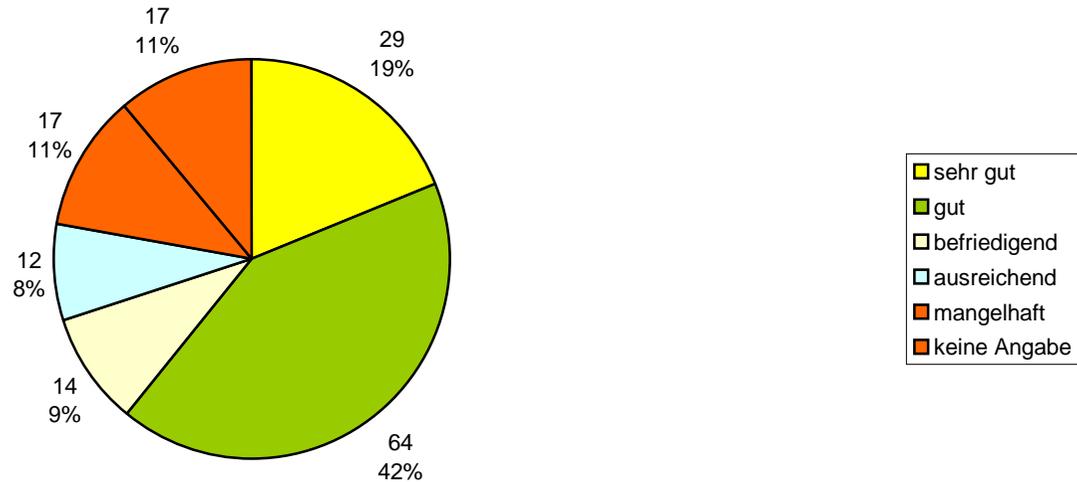
G. 2 Ich hatte insgesamt den Eindruck, dass Patienten als Störfaktoren empfunden werden.

ja	2	1%		
eher ja	5	3%		
teils, teils	15	10%		
eher nein	17	11%		
nein	88	58%		
keine Angabe	26	17%		

G.3 Den Sozialdienst des UKE würde ich meinen Freunden und Bekannten empfehlen.

ja	79	52%		
eher ja	20	13%		
teils, teils	17	11%		

eher nein	8	5%																							
nein	10	7%																							
keine Angabe	19	12%																							
 <p>The pie chart displays the following data:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategorie</th> <th>Anzahl</th> <th>Prozent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ja</td> <td>79</td> <td>52%</td> </tr> <tr> <td>eher ja</td> <td>20</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>teils, teils</td> <td>17</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>eher nein</td> <td>8</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>nein</td> <td>10</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>keine Angabe</td> <td>19</td> <td>12%</td> </tr> </tbody> </table>					Kategorie	Anzahl	Prozent	ja	79	52%	eher ja	20	13%	teils, teils	17	11%	eher nein	8	5%	nein	10	7%	keine Angabe	19	12%
Kategorie	Anzahl	Prozent																							
ja	79	52%																							
eher ja	20	13%																							
teils, teils	17	11%																							
eher nein	8	5%																							
nein	10	7%																							
keine Angabe	19	12%																							
G.4 Insgesamt beurteile ich den Sozialdienst als ...																									
sehr gut	29	19%																							
gut	64	42%																							
befriedigend	14	9%																							
ausreichend	12	8%																							
mangelhaft	17	11%																							
keine Angabe	17	11%																							



Freie Kritik

H. 1 Besonders gut gefallen hat mir am Sozialdienst:

Die Beratung zur Antragstellung und Hilfe zur Erreichung der Reha-Maßnahme und Beantragung des Schwerbehindertenausweises.				
Engagement, parteiisch im Sinne des Patienten, verlässlich (Rückruf, Info-Beschaffung)				
Unbürokratisch und schnell				
Der Sozialdienst hat meine Interessen vertieft.				
Innerhalb von 4 Tagen wusste ich, wo und wann die AHB stattfindet.				
Dass der Sozialdienst ohne Frage auf mich zukam und mir Unterlagen zur AHB brachte.				
Ich war froh, dass der Sozialdienst mir geholfen hat.				
Schnelle Bearbeitung meiner Rehaangelegenheit				
Flexible Mitarbeiter, rechtzeitige Information, schnelle und zuverlässige Erledigung				
netter Umgang, umfangreiche Beratung, sehr gute Auswahl der Reha-Klinik				

Zügig und den Wünschen entsprechend gehandelt				
Die schnelle, unbürokratische Art				
Die ruhige, ausgeglichene Art der Person, die das Gespräch mit mir führte. Für Patienten ist das sehr beruhigend in dieser doch sehr beunruhigenden Zeit vor und nach der OP. Ich fühlte mich gut aufgehoben.				
sehr freundlich und verständnisvoll, positive und zuversichtliche Art, sehr gute Beratung				
Nichts.				
Tipps und Ratschläge, Ausfüllen von Anträgen, Unterstützung.				
zügige Terminvereinbarung				
Die schnellen Erfolge und kompetente Beratung und problemlose Organisation meiner Reha-Klinik.				
Ich benötigte sehr kurzfristig eine AHB, der SD. hat äußerst schnell reagiert. Antragstellung bei der Krankenkasse.				
Besuch am Krankenbett, unaufdringlich, sachlich und kompetent, sehr freundlich				
Dass Sie die Verbindung zur häuslichen, ambulanten Pflege hergestellt haben, so hatten sie nach meiner Entlassung die Pflege nahtlos weitergeführt.				
Sie waren schnell zur Stelle, sie haben meine Wünsche nach Reha umgehend bearbeitet.				
Bei der schnellen Einleitung von Rehamaßnahmen.				
Übernahme der Rehaangelegenheiten. Mehr Bedarf am Sozialdienst hatte ich nicht.				
Prompte, umfassende + unkomplizierte Beratung durch die Mitarbeiterin ihres Sozialdienstes				
Er war sofort zur Stelle und kompetent				
Reibungsloser Ablauf zur Organisation der Rehamaßnahme				
Sozialarbeiterin kam ans Krankenbett.				
Die Beratung war kompetent, die Unterstützung beim Formularausfüllen sehr gut, alles ist so wie besprochen eingehalten worden.				
Kompetenz, gute Erledigung der Nachbehandlung (Reha) in Verbindung mit Krankenkasse und Beihilfe.				
schnelle Vermittlung zur Reha.				
dass auf eigene Wünsche und Vorschläge eingegangen wurde				
Der gesamte Aufenthalt im UKE war sehr gut. Alle waren nett, freundlich, hilfsbereit. Ich habe es noch nie so gut gehabt.				
Das Bemühen war vorhanden, die Zeit offensichtlich zu knapp				
Die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft.				
Die Kombination bei den Terminen, wenn man z.B. während der Chemo gleich auch die Sozialbetreuung am Bett hatte.				
Sehr gut und spontan gekommen, sehr hilfsreich, sehr nett.				

Informationen für mehrere Maßnahmen (z.B. Kur), kurze Entscheidungen für die notwendigen Maßnahmen.				
Kompetente Beantwortung meiner Fragen.				
Vermittlung zur Reha				
Zuverlässigkeit bei Versprechungen.				
hat den Rehabilitations-Antrag sehr schnell an meinen Rentenversicherungsträger geleitet. Konnte mir in meiner Wohnungssuche eine Klinik nennen.				
sehr freundlich, auf die Patienten eingerichtet, zügig und schnell, kompetent.				
freundliches, wenn auch leicht gehetztes Auftreten.				
keine Angabe		108		
H.2 Einige Dinge haben mir nicht so gut gefallen:				
Hinweis fehlte, dass Sozialdienst nach der Entlassung weiter berät.				
Ich wurde nur gefragt, ob ich zur Reha möchte.				
nichts Negatives				
Sie wiederholen sich im Fragebogen sehr häufig. Bitte schauen sie auch wieder unter C.9.				
Überhaupt nicht auf mich eingegangen, keine Vorbereitungsmöglichkeit meinerseits, kurz angebunden, Gespräch nach 3 min. beendet, weitere wichtige Fragen mussten von meiner Frau tel. geklärt werden.				
nicht ausreichend informiert oder aufgeklärt.				
Unzureichende Hilfe AHB, Reha, Keine Hilfe bei Kliniksuche, richtige und passende Rehaklinik				
Sie haben sich nicht noch mal gemeldet.				
Fehlende Aufklärung. Keine Unterstützung bei Antragstellung.				
Ich hätte mir vor und nach der Operation mehr Aufklärung gewünscht.				
Keine ausreichende Beratung im Falle einer Behinderung nach Hirntumor-OP.				
Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit bettlägerigen Patienten die zu Rehamaßnahmen vorgesehen sind, muss man mit ihnen absprechen und dann durchführen, eine Rehamaßnahme muss auch in der richtigen Reha-Klinik durchgeführt werden.				
Eine sehr nette Mitarbeiterin vom Sozialdienst besuchte mich am Krankenbett und besprach mit mir die AHB. 3-wöchiger Reha. Einen Tag vor Entlassung sagte mir ein Arzt, die Reha wäre abgelehnt. Ich hatte mich schon seelisch auf alles eingestellt. Die weitere Behandlung wurde dann ambulant. Den Fahrdienst übernahm mein Mann nach meiner Kopfoperation				
Dass die anderen Patienten mithören.				
Ich hatte den Eindruck, dass die Mitarbeiterin völlig überlastet war (zeitlich) und nicht aus persönlichen Gründen präsent war. Also strukturelle und keine persönliche Kritik!				

keine Hinweise vom Krankenhaus auf den Sozialdienst. Vom Sozialdienst in meinem Fall keine Eigeninitiative				
Die beiden Mitarbeiter konnten meine Fragen zur Reha nicht alle beantworten.				
Nur auf Nachfragen kam eine Dame vom Sozialdienst und meldete mich für eine Nachbehandlung an. Auch war die Unterstützung der Physiotherapeuten sehr schlecht, es kam in der Zeit nur eine Dame für 5 Minuten und sonst war nix.				
Nicht immer leicht erreichbar, vielleicht lag es auch an der kurzen Verweildauer im UKE von nur 7 Tagen.				
Informationsblatt nach dem Schwerbeh. SGB IX erst in der Reha vom Sozialdienst erhalten. Reha in Ratzeburg				
Habe nicht gewusst, bei welchen Dingen der Sozialdienst behilflich sein kann. Es ist mir auch nicht gesagt worden.				
Aktuelle, speziell auf meinem Fall (lange / Vorbeschreibung, Wiedereingliederung, finanzielle Absicherung) aufkommende Fragen konnten nicht genau beantwortet werden.				
Zu wenig Information				
Ich habe nur durch Zufall von meinem Anrecht auf eine Reha-Maßnahme erfahren. (Zumal bei Operateur/Professor) auf dem Standpunkt steht, dass nach seiner Operation eine derartige Maßnahme nicht nötig sei. Wie wertvoll und hilfsreich die Reha war, habe ich erst während meines Aufenthaltes erfahren (4 Wochen inklusive Verlängerung).				
Da ich auch nicht von einer Sozialarbeiterin aufgesucht wurde (sondern selbst den Sozialdienst aufgesucht habe), stelle ich mir die Frage, ob die Patienten nicht am Krankenbett aufgesucht werden sollten, auch, um die Ansicht des Operateurs zu relativieren!				
Die Besuche waren überfallartig; drängeln zur Entscheidung Reha; als die Entscheidung für die Nordsee gefallen war, wusste die Dame nicht, dass St.Peter zu dieser Zeit geschlossen ist.				
Bei der Anmeldung wurde ich gefragt, ob ich Seelsorger als Besuch wünschte. Meine Antwort war "ja"; leider kam er nicht. Schickte eine Karte, ich möchte vorbeikommen.				
MA wirkt überfordert, wenn die Angelegenheit nicht mit dem "8/15-Schema" abgewickelt werden konnte.				
Dass Gespräche im 3-Bettzimmer stattfanden. Dass ich nicht ausreichend beraten und aufgeklärt wurde.				
Ich hatte noch nie vom Sozialdienst gehört. Ich sollte ohne Notwendigkeit einen Reha- Antrag ausfüllen (noch im Krankenhaus). Ich habe nie wieder etwas gehört. Mein Antrag wurde durch eine Krankenpflegerin an Sozial-Mitarbeiterin gereicht. Ich benötige auch keine Reha, da nur geringe Folgen.				
keine Angabe				
	124			

Ende

Altersgruppe unter 40

Bemerkung zu der Auswertung

Anzahl der Patienten	11			
----------------------	----	--	--	--

Die Fragen werden beantwortet durch...

Patientin/ Patienten	11	100%		
Patientin/ Patienten zusammen mit (einem) Angehörigen		0%		
Angehörige		0%		
keine Angabe		0%		

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

A.1 Wie alt sind Sie?

unter 40				
----------	--	--	--	--

A.2 Geschlecht

männlich	1	9%		
weiblich	10	91%		
keine Angabe	0	0%		

A.3 Welchen Familienstand haben Sie?

ledig	6	55%		
ledig, in fester Partnerschaft	1	9%		
verheiratet/Lebensgemeinschaft	4	36%		
geschieden	0	0%		
verwitwet	0	0%		
keine Angabe	0	0%		

A.4 Welchen Krankenversichererstatus haben Sie?

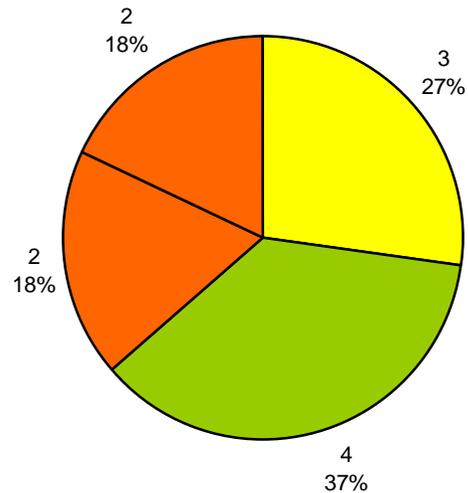
ohne Versicherung	0	0%		
gesetzlich versichert	8	73%		
gesetzlich mit Zusatzversicherung	0	0%		
privat versichert	3	27%		
ohne Angabe	0	0%		

A.5 Wie viele minderjährige Kinder leben in Ihrem Haushalt?				
Anzahl	2			
Angaben zum Aufenthalt				
B.1 Wie viele Tage waren Sie im UKE?				
durchschnittlich	17,36			
B.2 Wie schwer war Ihre Krankheit?				
leichter Fall	2	18%		
weniger schwer	0	0%		
mittelschwer	2	18%		
ziemlich schwer	1	9%		
sehr schwer	6	55%		
keine Angabe	0	0%		
B.3 Wie ist Ihr momentaner Gesundheitszustand?				
ausgezeichnet	2	18%		
gut	5	46%		
weniger gut	3	27%		
schlecht	0	0%		
sehr schlecht	0	0%		
keine Angabe	1	9%		
B.4 Waren Sie schon mal als Patient in einem Krankenhaus?				
nein	2			
ja, ... Tage (Durchschnitt)	5,11			
B.5 Wie empfinden Sie, gemessen an Ihrer Erkrankung, die Dauer Ihres Aufenthaltes im UKE?				
zu kurz				
gerade richtig	11	100%		
zu lang				
keine Angabe				

Kontaktaufnahme zum Sozialdienst

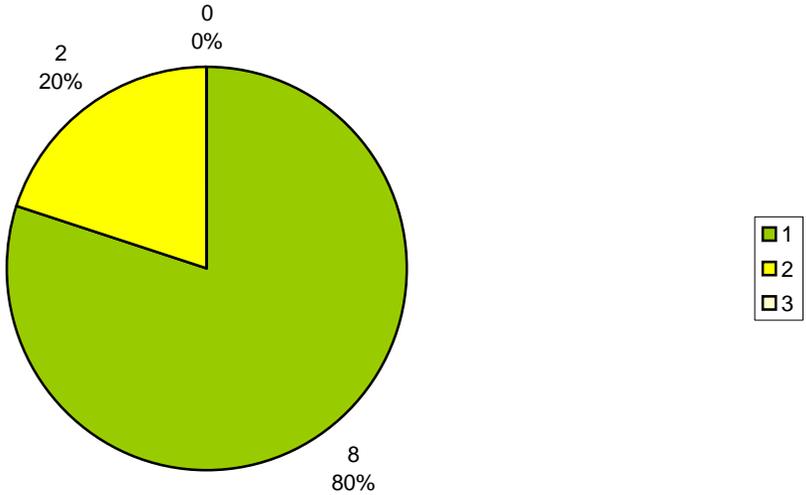
C.1 Während meines Krankenhausaufenthaltes habe ich Kontakt mit dem Sozialdienst gehabt.

ja, ca. Male	3 Patienten hatten 1-mal Kontakt.	3
	4 Patienten hatten 2-mal Kontakt.	4
	2 Patienten hatten 3-mal Kontakt.	2
nein	2 Patienten hatten keinen Kontakt	2

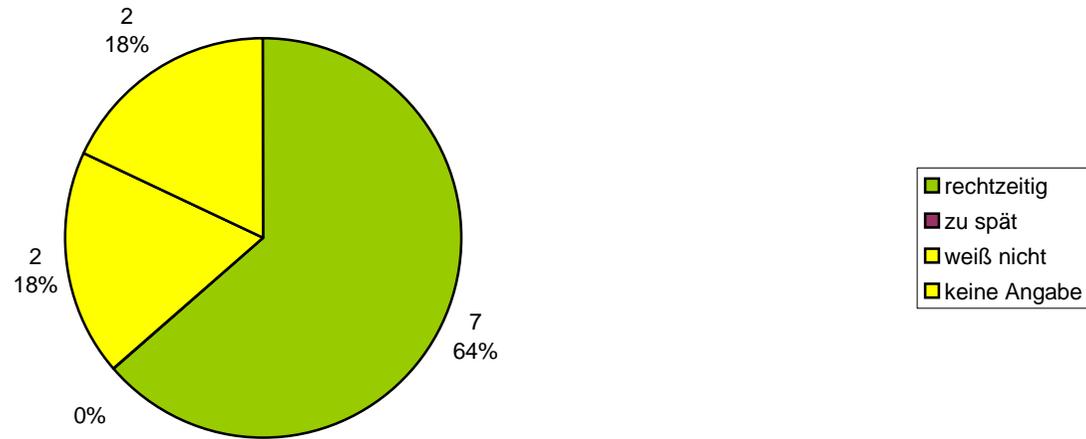


C.2 Beziehung der Fragen B.2 und C.2

	Ges	ja	nein	ohne A.
Anzahl der "leicht" Erkrankten, die die Unterstützung durch den Sozialdienst (SD) begrüßten.			1	1
Anzahl der "weniger schwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.			0	
Anzahl der "mittelschwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.			2	
Anzahl der "ziemlich schwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.				1

Anzahl der sehr schwer Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.		5		
keine Angabe bei der Frage B.2				0
		8	2	0
 <p>A pie chart illustrating the distribution of responses for question B.2. The chart is divided into three segments: a large green segment representing 8 (80%), a smaller yellow segment representing 2 (20%), and a very small white segment representing 0 (0%). A legend to the right of the chart identifies the colors: green for '1', yellow for '2', and white for '3'.</p>				
C.3 Ich wurde durch folgende Personen oder Institutionen über den Sozialdienst des UKE informiert.				
Eigeninitiative		2	18%	
Arzt/Ärztin		2	18%	
SozialarbeiterIn		4	37%	
Krankenschwester/- pfleger		1	9%	
andere Patienten				
Informationsbroschüre des UKE		1	9%	
Internet				
Angehörige, Freunde, Nachbarn		1	9%	

keine Angabe	0																													
Sonstiges, nämlich	das weiß ich nicht mehr																													
<p>Detailed description of the pie chart: The chart is divided into eight segments. The largest segment is green, representing 'SozialarbeiterIn' with 4 responses (37%). Two yellow segments represent 'Eigeninitiative' and 'Arzt/Ärztin', each with 2 responses (18%). Two orange segments represent 'Krankenschwester/-pfleger' and 'Angehörige, Freunde, Nachbarn', each with 1 response (9%). Three segments (purple, blue, and dark orange) represent 'andere Patienten', 'Internet', and 'Informationsbroschüre des UKE' respectively, each with 0 responses (0%).</p> <table border="1"> <caption>Data for Pie Chart</caption> <thead> <tr> <th>Information Source</th> <th>Count</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Eigeninitiative</td> <td>2</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>Arzt/Ärztin</td> <td>2</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>SozialarbeiterIn</td> <td>4</td> <td>37%</td> </tr> <tr> <td>Krankenschwester/-pfleger</td> <td>1</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>andere Patienten</td> <td>1</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>Informationsbroschüre des UKE</td> <td>0</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Internet</td> <td>0</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Angehörige, Freunde, Nachbarn</td> <td>1</td> <td>9%</td> </tr> </tbody> </table>				Information Source	Count	Percentage	Eigeninitiative	2	18%	Arzt/Ärztin	2	18%	SozialarbeiterIn	4	37%	Krankenschwester/-pfleger	1	9%	andere Patienten	1	9%	Informationsbroschüre des UKE	0	0%	Internet	0	0%	Angehörige, Freunde, Nachbarn	1	9%
Information Source	Count	Percentage																												
Eigeninitiative	2	18%																												
Arzt/Ärztin	2	18%																												
SozialarbeiterIn	4	37%																												
Krankenschwester/-pfleger	1	9%																												
andere Patienten	1	9%																												
Informationsbroschüre des UKE	0	0%																												
Internet	0	0%																												
Angehörige, Freunde, Nachbarn	1	9%																												
C.4 der Zeitpunkt meines persönlichen Kontaktes zum Sozialdienst war meiner Meinung nach																														
zu früh																														
rechtzeitig	7	64%																												
zu spät																														
weiß nicht	2	18%																												
keine Angabe	2	18%																												

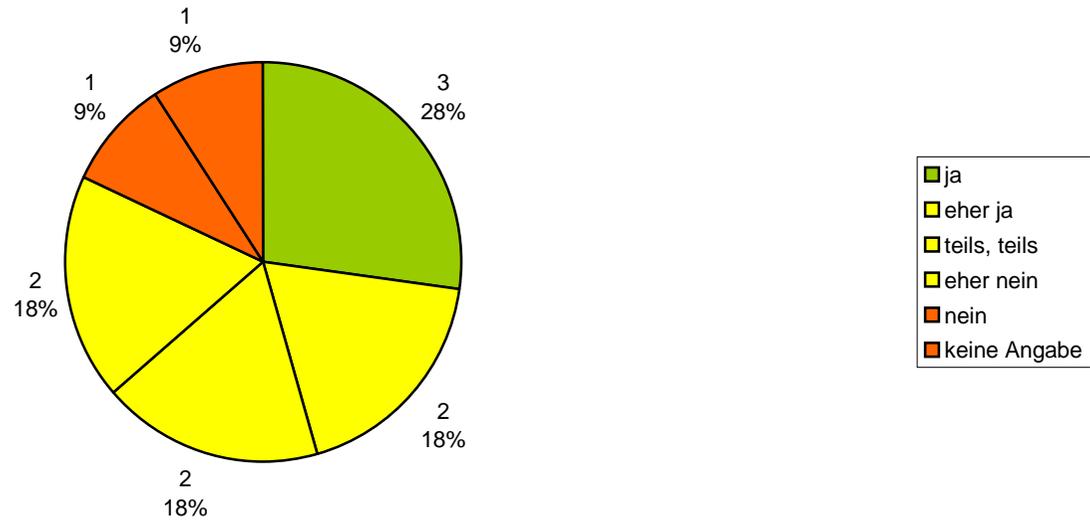


C.5 Habe Beratungsbedarf gehabt im Hinblick auf ...			
C.5 Rehabilitation	9	34%	
C.5 Berufliche Anliegen	4	14%	
C.5 Schwerbehindertenangelegenheiten	5	19%	
C.5 Persönliche Anliegen			
C.5 Ambulante häusliche Pflege			
C.5 stationäre Heim- oder Kurzzeitpflege			
C.5 Leistungen der Krankenversicherung			
C.5 Leistungen der Pflegeversicherung			
C.5 Sozialhilfeangelegenheiten			
C.5 Arbeitslosengeld II	1	4%	
C.5 Weiterführende Hilfen/Institutionen	3	12%	
C.5 Gesetzliche Betreuung	1	4%	
C.5 Vorsorgevollmacht	3		

C.5 Sonstiges	0	12%		
C.5 Sonstige Text	0			
C.5 Habe Beratung erhalten im Hinblick auf ...				
C.5 Rehabilitation	8	43%		
C.5 Berufliche Anliegen	3	16%		
C.5 Schwerbehindertenangelegenheiten	5	26%		
C.5 Persönliche Anliegen				
C.5 Ambulante häusliche Pflege	1	5%		
C.5 stationäre Heim- oder Kurzzeitpflege	0			
C.5 Leistungen der Krankenversicherung				
C.5 Leistungen der Pflegeversicherung				
C.5 Sozialhilfeangelegenheiten				
C.5 Arbeitslosengeld II				
C.5 Weiterführende Hilfen/Institutionen	1	5%		
C.5 Gesetzliche Betreuung	1	5%		
C.5 Vorsorgevollmacht				
C.5 Sonstiges				
C.5 Sonstige Text				
C.6 Die organisatorische Erreichbarkeit des Sozialdienstes war sehr gut.				
ja	2	18%		
eher ja	2	18%		
teils, teils	6	55%		
eher nein				
nein				
keine Angabe	1	9%		
C.7 Die räumliche Erreichbarkeit des Sozialdienstes war sehr gut.				
ja	2	18%		
eher ja	2	18%		
teils, teils	1	9%		
eher nein	1	9%		
nein	1	9%		
keine Angabe	4	37%		

C.8 Insgesamt bewerte ich die Erreichbarkeit des Sozialdienstes als ...				
sehr gut		2	20%	
gut		2	20%	
befriedigend		4	40%	
ausreichend		1	10%	
mangelhaft		1	10%	
keine Angabe		0		
<p>Detailed description of the pie chart: The pie chart represents the data from the table above. It has five segments: a yellow segment for 'sehr gut' (20%), a light yellow segment for 'gut' (20%), a light green segment for 'befriedigend' (40%), an orange segment for 'ausreichend' (10%), and a darker orange segment for 'mangelhaft' (10%). There is no segment for 'keine Angabe' (0%). A legend to the right of the chart lists the categories with their corresponding colors: 'sehr gut' (yellow), 'gut' (light yellow), 'befriedigend' (light green), 'ausreichend' (orange), 'mangelhaft' (darker orange), and 'keine Angabe' (pink).</p>				
C.9 Wenn Sie mit der Erreichbarkeit des Sozialdienstes weniger zufrieden waren, welches sind die Gründe dafür?				
Urlaub, Tel.unbesetzt				
Nur "Insel-Lösungen" auf Nachfrage der Patienten, wenig Kompetenz und Wissen, keine ganzheitliche Betrachtung der Patienten-Situation				

Terminabsprachen wurden nicht eingehalten.				
Wegen Anrufbeantworter weiß man nicht, wann der Anruf erfolgte, längeres Abwarten.				
Nur über AB erreichbar, Besuch wurde nicht angekündigt.				
keine Angabe	6			
Beratung und Unterstützung durch den Sozialdienst				
E.1 Wo haben die Beratungen mit dem Sozialdienst des UKE stattgefunden?				
im Büro des Sozialdienstes	1	9%		
in meinem Patientenzimmer (Einzelzimmer)	3	27%		
in meinem Patientenzimmer (Mehrbettzimmer)	6	55%		
in Aufenthaltsräumen der Station				
Sonstiges, nämlich...				
keine Angabe	1	9%		
E.2 Mit dem Ort der Beratungen war ich zufrieden				
ja	6	55%		
eher ja				
teils, teils	3	27%		
eher nein	1	9%		
nein				
keine Angabe	1	9%		
E.3 Mit dem Umfang der Beratung zu mir wichtigen Themen war ich zufrieden				
ja	3	28%		
eher ja	2	18%		
teils, teils	2	18%		
eher nein	2	18%		
nein	1	9%		
keine Angabe	1	9%		



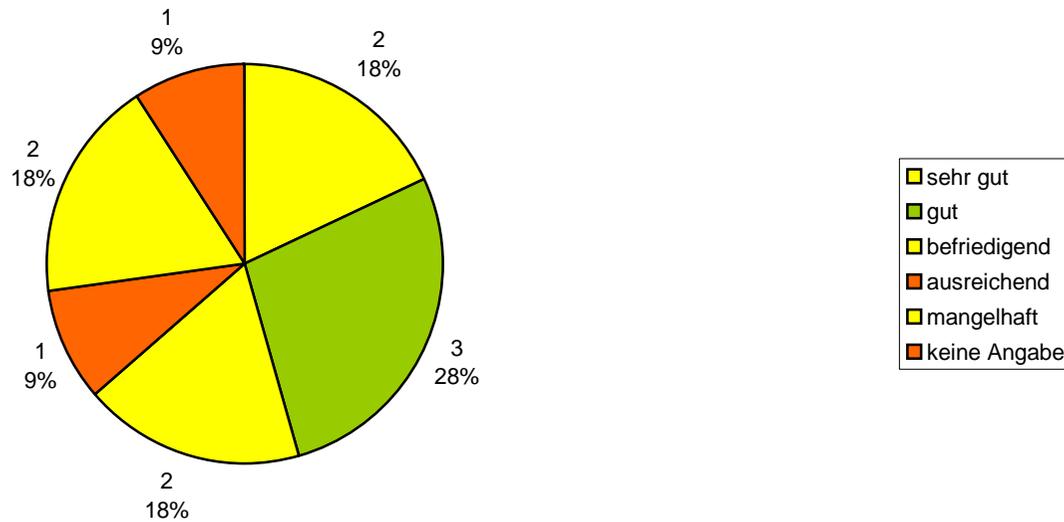
E.4 Ich habe mir gewünscht, dass meine Angehörigen in die Beratung einbezogen werden.

ja	2	18%		
eher ja	1	9%		
teils, teils	1	9%		
eher nein	2	18%		
nein	3	28%		
keine Angabe	2	18%		

E.5 Meine Angehörigen sind ausreichend in die Beratungsgespräche einbezogen worden.

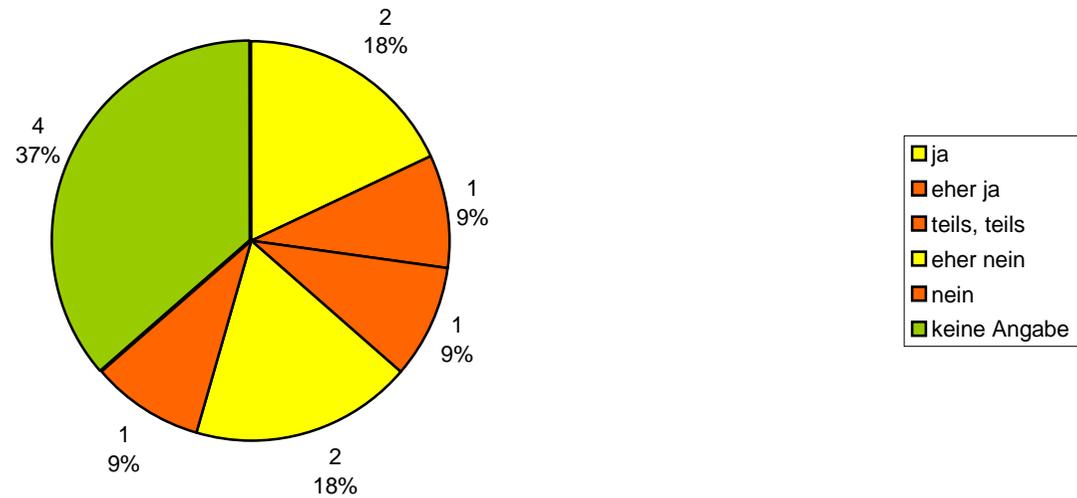
ja	4	37%		
eher ja				
teils, teils				

eher nein			
nein	4	36%	
keine Angabe	3	37%	
E.6 Insgesamt beurteile ich die Beratung und Unterstützung als...			
sehr gut	2	18%	
gut	3	28%	
befriedigend	2	18%	
ausreichend	1	9%	
mangelhaft	2	18%	
keine Angabe	1	9%	



E.7 Wenn Sie mit der Beratung und Unterstützung durch den Sozialdienst nicht zufrieden waren, welches sind die Gründe dafür?

Nach einer Hirnoperation habe ich nichts verstanden von dem, was man mir erzählt hat. Man hätte es lieber meinen Eltern erzählen sollen.				
siehe c.9				
Informationen, die ich benötigte, mussten stets erst ermittelt werden.				
MA wirkte unsicher und nicht 100% in der Materie.				
keine Angabe	7			
Die Zeit nach dem Aufenthalt im UKE				
F.1 Ich hätte mir gewünscht, auch nach meiner Entlassung durch den Sozialdienst des UKE betreut zu werden				
ja	3	27%		
eher ja	1	9%		
teils, teils	1	9%		
eher nein	1	9%		
nein	4	37%		
keine Angabe	1	9%		
F.2 Nach meinem Aufenthalt im UKE habe ich von anderen Stellen ausreichend Unterstützung erhalten				
ja	1	9%		
eher ja				
teils, teils	5	46%		
eher nein				
nein	3	27%		
keine Angabe	2	18%		
F.3 Ich habe den Eindruck, dass die Maßnahmen, die ich mit dem Sozialdienst entwickelt habe, in meinem Alltag hilfreich sind				
ja	2	18%		
eher ja	1	9%		
teils, teils	1	9%		
eher nein	2	18%		
nein	1	9%		
keine Angabe	4	37%		



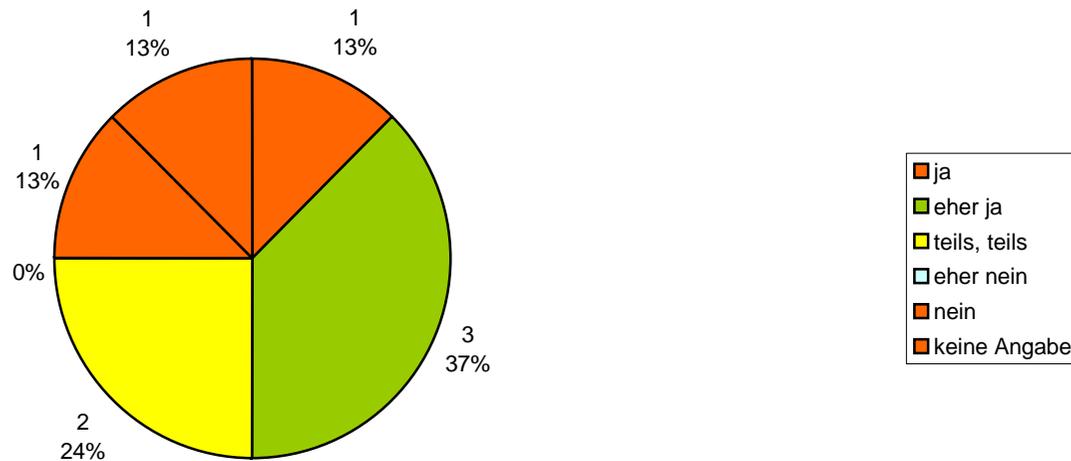
F.4 Insgesamt beurteile ich die Betreuung in der Zeit nach dem Aufenthalt im UKE als...

sehr gut	1	9%		
gut	3	28%		
befriedigend	2	18%		
ausreichend				
mangelhaft	3	28%		
keine Angabe	2	18%		

eher nein	1	9%		
nein	1	9%		
keine Angabe	1	9%		
G. 2 Ich hatte insgesamt den Eindruck, dass Patienten als Störfaktoren empfunden werden.				
ja				
eher ja	1	9%		
teils, teils	1	9%		
eher nein	2	18%		
nein	6	55%		
keine Angabe	1	9%		

G.3 Den Sozialdienst des UKE würde ich meinen Freunden und Bekannten empfehlen.

ja	1	13%		
eher ja	3	37%		
teils, teils	2	24%		
eher nein				
nein	1	13%		
keine Angabe	1	13%		

**G.4 Insgesamt beurteile ich den Sozialdienst als ...**

sehr gut	2	18%		
gut	3	28%		
befriedigend	3	27%		
ausreichend	1	9%		

mangelhaft	1	9%																							
keine Angabe	1	9%																							
<p>The pie chart displays the distribution of responses for 'Freie Kritik'. The categories and their respective counts and percentages are: 'sehr gut' (2, 18%), 'gut' (3, 28%), 'befriedigend' (3, 27%), 'ausreichend' (1, 9%), 'mangelhaft' (1, 9%), and 'keine Angabe' (1, 9%).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategorie</th> <th>Anzahl</th> <th>Prozent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>sehr gut</td> <td>2</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>gut</td> <td>3</td> <td>28%</td> </tr> <tr> <td>befriedigend</td> <td>3</td> <td>27%</td> </tr> <tr> <td>ausreichend</td> <td>1</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>mangelhaft</td> <td>1</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>keine Angabe</td> <td>1</td> <td>9%</td> </tr> </tbody> </table>					Kategorie	Anzahl	Prozent	sehr gut	2	18%	gut	3	28%	befriedigend	3	27%	ausreichend	1	9%	mangelhaft	1	9%	keine Angabe	1	9%
Kategorie	Anzahl	Prozent																							
sehr gut	2	18%																							
gut	3	28%																							
befriedigend	3	27%																							
ausreichend	1	9%																							
mangelhaft	1	9%																							
keine Angabe	1	9%																							
Freie Kritik																									
H. 1 Besonders gut gefallen hat mir am Sozialdienst:																									
Engagement, parteiisch im Sinne des Patienten, verlässlich (Rückruf, Info-Beschaffung)																									
Innerhalb von 4 Tagen wusste ich, wo und wann die AHB stattfindet.																									
sehr freundlich und verständnisvoll, positiv und zuversichtliche Art, sehr gute Beratung																									
Die Kombination beim Terminen, wenn man z.B. während der Chemo gleich auch die Sozialbetreuung am Bett hatte.																									
Freundliches, wenn auch leicht gehetztes Auftreten.																									
keine Angabe	6																								

H.2 Einige Dinge haben mir nicht so gut gefallen:				
Hinweis fehlte, dass Sozialdienst nach der Entlassung weiter berät.				
Sie wiederholen sich im Fragebogen sehr häufig. Bitte schauen Sie auch wieder unter C.9.				
"Einige Fragen brennen einem auf der Seele und die will man dann möglichst schnell geklärt haben (oben vor Krankenhaus-Aufenthalt). Aktuelle, speziell bei meinem Fall (lange / Vorbeschreibung, Wiedereingliederung, finanzielle Absicherung) aufkommende Fragen konnten nicht genau beantwortet werden."				
MA wirkte überfordert, wenn die Angelegenheit nicht mit dem "08/15-Schema" abgewickelt werden konnte.				
keine Angabe		7		
Ende				

Altersgruppe 41 bis 50

Bemerkung zu der Auswertung

Anzahl der Patienten	15			
----------------------	----	--	--	--

Die Fragen werden beantwortet durch...

Patientin/ Patienten	13	86%		
Patientin/ Patienten zusammen mit (einem) Angehörigen	1	7%		
Angehörige				
keine Angabe	1	7%		

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

A.1 Wie alt sind Sie?

41 bis 50				
-----------	--	--	--	--

A.2 Geschlecht

männlich	12	80%		
weiblich	3	20%		
keine Angabe	0			

A.3 Welchen Familienstand haben Sie?

ledig	3	20%		
ledig, in fester Partnerschaft	0			
verheiratet/Lebensgemeinschaft	10	66%		
geschieden	1	7%		
verwitwet	0			
ohne Angabe	1	7%		

A.4 Welchen Krankenversicherungsstatus haben Sie?

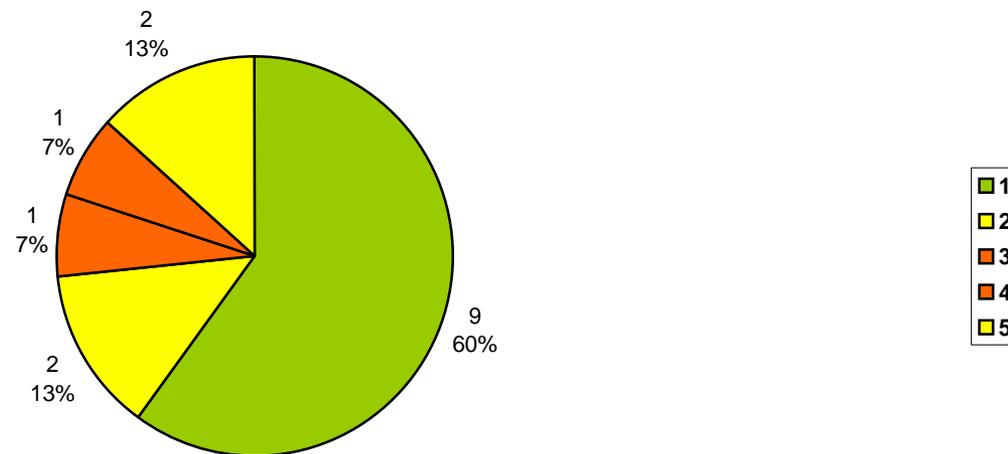
ohne Versicherung	0			
gesetzlich versichert	11	73%		
gesetzlich mit Zusatzversicherung	0			
privat versichert	4	27%		
keine Angabe	0			

A.5 Wie viele minderjährige Kinder leben in Ihrem Haushalt?			
Anzahl	4		
Angaben zum Aufenthalt			
B.1 Wie viele Tage waren Sie im UKE?			
durchschnittlich	25,64		
keine Angabe	1		
B.2 Wie schwer war Ihre Krankheit?			
leichter Fall	0		
weniger schwer	0		
mittelschwer	3	20%	
ziemlich schwer	6	40%	
sehr schwer	6	40%	
keine Angabe	0		
B.3 Wie ist Ihr momentaner Gesundheitszustand?			
ausgezeichnet	0		
gut	12	80%	
weniger gut	0		
schlecht	2	13%	
sehr schlecht	1	7%	
keine Angabe	0		
B.4 Waren Sie schon mal als Patient in einem Krankenhaus?			
nein	6		
ja, ... Tage (Durchschnitt)	6,2		
B.5 Wie empfinden Sie, gemessen an Ihrer Erkrankung, die Dauer Ihres Aufenthaltes im UKE?			
zu kurz	2	13%	
gerade richtig	10	67%	
zu lang	1	7%	
keine Angabe	2	13%	

Kontaktaufnahme zum Sozialdienst

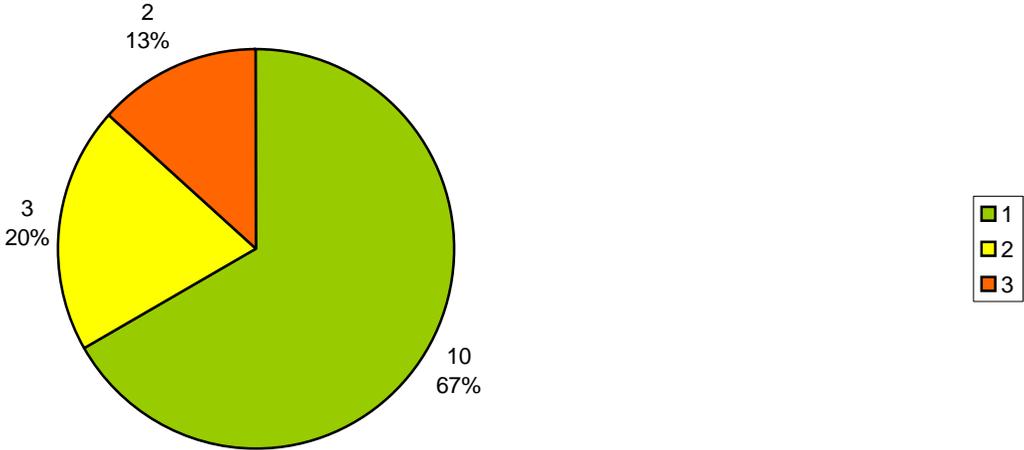
C.1 Während meines Krankenhausaufenthaltes habe ich Kontakt mit dem Sozialdienst gehabt.

ja, ca. Mal	9 Patienten hatten 1-mal Kontakt.	9
	2 Patienten hatten 2-mal Kontakt.	2
	1 Patient hatte 3-mal Kontakt.	1
	1 Patient hatte 6-mal Kontakt.	1
nein	2 Patienten hatten keinen Kontakt	2

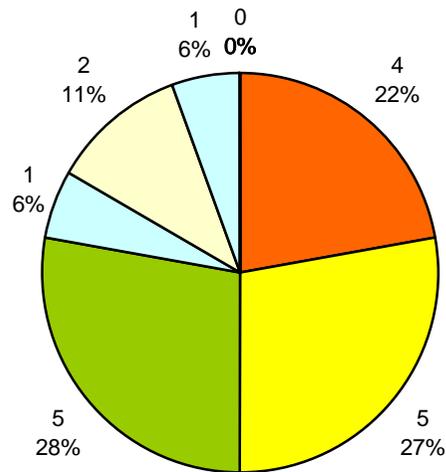


C.2 Beziehung der Fragen B.2 und C.2

	Ges	ja	nein	ohne A.
Anzahl der "leicht" Erkrankten, die die Unterstützung durch den Sozialdienst (SD) begrüßten.			0	0
Anzahl der "weniger schwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.			0	0

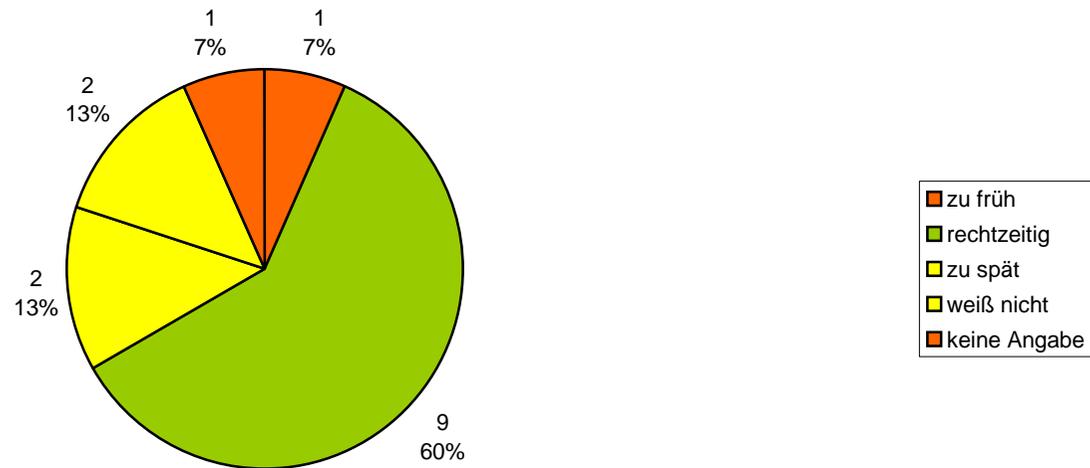
Anzahl der "mittelschwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.		2	1	
Anzahl der "ziemlich schwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.		5		
Anzahl der sehr schwer Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.		3	2	
keine Angabe bei der Frage B.2				2
		10	3	2
				
C.3 Ich wurde durch folgende Personen oder Institutionen über den Sozialdienst des UKE informiert.				
Eigeninitiative		4		22%
Arzt/Ärztin		5		28%
SozialarbeiterIn		5		27%
Krankenschwester/- pfleger		1		6%
andere Patienten		2		11%
Informationsbroschüre des UKE		1		6%

Internet				
Angehörige, Freunde, Nachbarn				
Sonstiges, nämlich			Einweisender Arzt	
keine Angabe		0		



- Eigeninitiative
- Arzt/Ärztin
- SozialarbeiterIn
- Krankenschwester/-pfleger
- andere Patienten
- Informationsbroschüre des UKE
- Internet
- Angehörige, Freunde, Nachbarn
- Sonstiges, nämlich
- keine Angabe

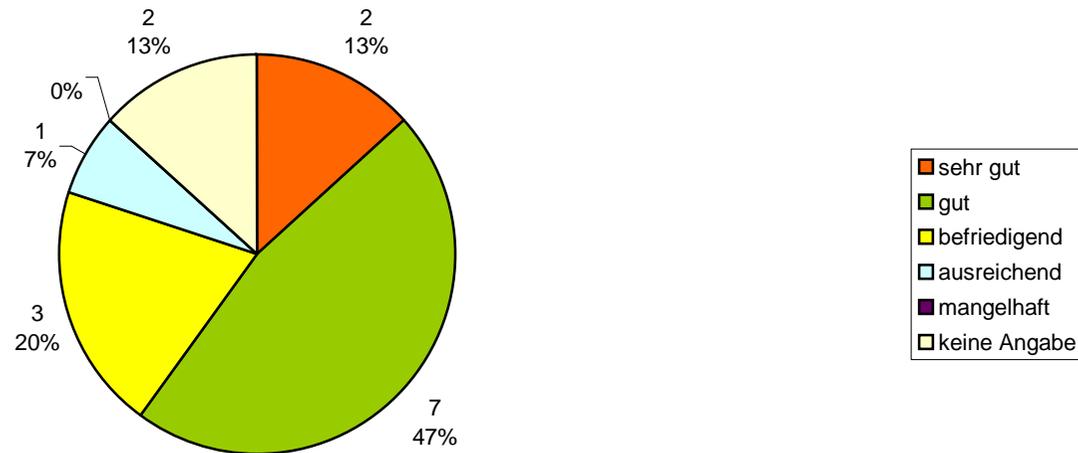
C.4 der Zeitpunkt meines persönlichen Kontaktes zum Sozialdienst war meiner Meinung nach			
zu früh	1	7%	
rechtzeitig	9	60%	
zu spät	2	13%	
weiß nicht	2	13%	
keine Angabe	1	7%	


C.5 Habe Beratungsbedarf gehabt im Hinblick auf ...

C.5 Rehabilitation	9	29%		
C.5 Berufliche Anliegen	3	10%		
C.5 Schwerbehindertenangelegenheiten	12	40%		
C.5 Persönliche Anliegen				
C.5 Ambulante häusliche Pflege	2	6%		
C.5 stationäre Heim- oder Kurzzeitpflege				
C.5 Leistungen der Krankenversicherung	2	6%		
C.5 Leistungen der Pflegeversicherung				
C.5 Sozialhilfeangelegenheiten	1	3%		
C.5 Arbeitslosengeld II				
C.5 Weiterführende Hilfen/Institutionen	1	3%		
C.5 Gesetzliche Betreuung	1	3%		
C.5 Vorsorgevollmacht				

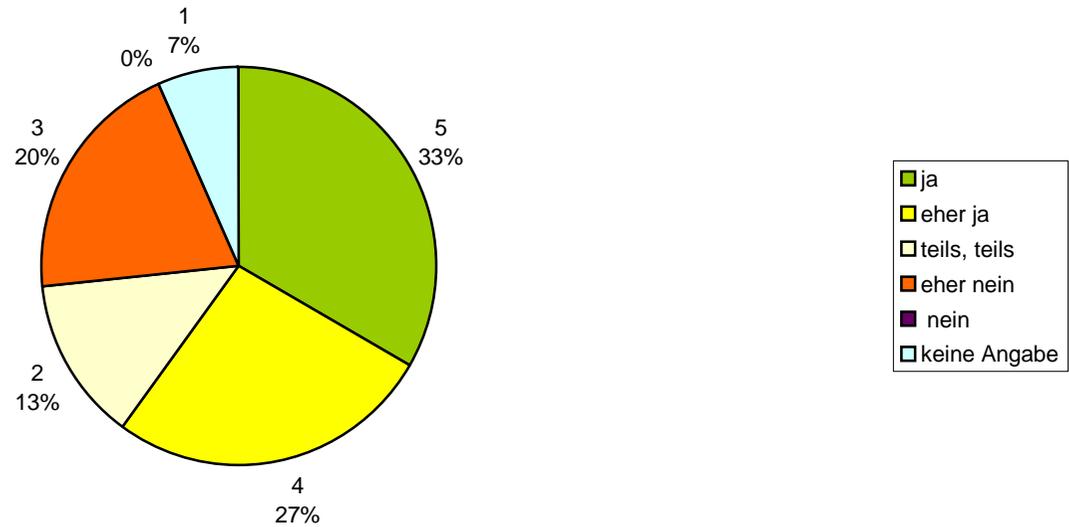
C.5 Sonstiges				
C.5 Sonstige Texte				
C.5 Habe Beratung erhalten im Hinblick auf ...				
C.5 Rehabilitation	9	41%		
C.5 Berufliche Anliegen	1	5%		
C.5 Schwerbehindertenangelegenheiten	10	45%		
C.5 Persönliche Anliegen				
C.5 Ambulante häusliche Pflege				
C.5 stationäre Heim- oder Kurzzeitpflege				
C.5 Leistungen der Krankenversicherung	2	9%		
C.5 Leistungen der Pflegeversicherung				
C.5 Sozialhilfeangelegenheiten				
C.5 Arbeitslosengeld II				
C.5 Weiterführende Hilfen/Institutionen				
C.5 Gesetzliche Betreuung				
C.5 Vorsorgevollmacht				
C.5 Sonstiges				
C.5 Sonstige Texte				
C.6 Die organisatorische Erreichbarkeit des Sozialdienstes war sehr gut.				
ja	5	33%		
eher ja	2	13%		
teils, teils	5	34%		
eher nein	1	7%		
nein				
keine Angabe	2	13%		
C.7 Die räumliche Erreichbarkeit des Sozialdienstes war sehr gut.				
ja	1	7%		
eher ja	4	27%		
teils, teils	3	20%		
eher nein	1	7%		
nein				
keine Angabe	6	39%		

C.8 Insgesamt bewerte ich die Erreichbarkeit des Sozialdienstes als ...			
sehr gut	2	13%	
gut	7	47%	
befriedigend	3	20%	
ausreichend	1	7%	
mangelhaft			
keine Angabe	2	13%	



C.9 Wenn Sie mit der Erreichbarkeit des Sozialdienstes weniger zufrieden waren, welches sind die Gründe dafür?			
telefonisch nicht erreichbar. Büro mehrmals nicht besetzt.			
C.7 durch Gehbehinderung			
keine Angabe	13		

Beratung und Unterstützung durch den Sozialdienst			
E.1 Wo haben die Beratungen mit dem Sozialdienst des UKE stattgefunden?			
im Büro des Sozialdienstes	2	13%	
in meinem Patientenzimmer (Einzelzimmer)	2	13%	
in meinem Patientenzimmer (Mehrbettzimmer)	10	62%	
in Aufenthaltsräumen der Station	1	6%	
Sonstiges, nämlich...	telefonisch		
keine Angabe	1	6%	
E.2 Mit dem Ort der Beratungen war ich zufrieden			
ja	4	27%	
eher ja	4	27%	
teils, teils	2	13%	
eher nein	2	13%	
nein	2	13%	
keine Angabe	1	7%	
E.3 Mit dem Umfang der Beratung zu mir wichtigen Themen war ich zufrieden			
ja	5	33%	
eher ja	4	27%	
teils, teils	2	13%	
eher nein	3	20%	
nein			
keine Angabe	1	7%	

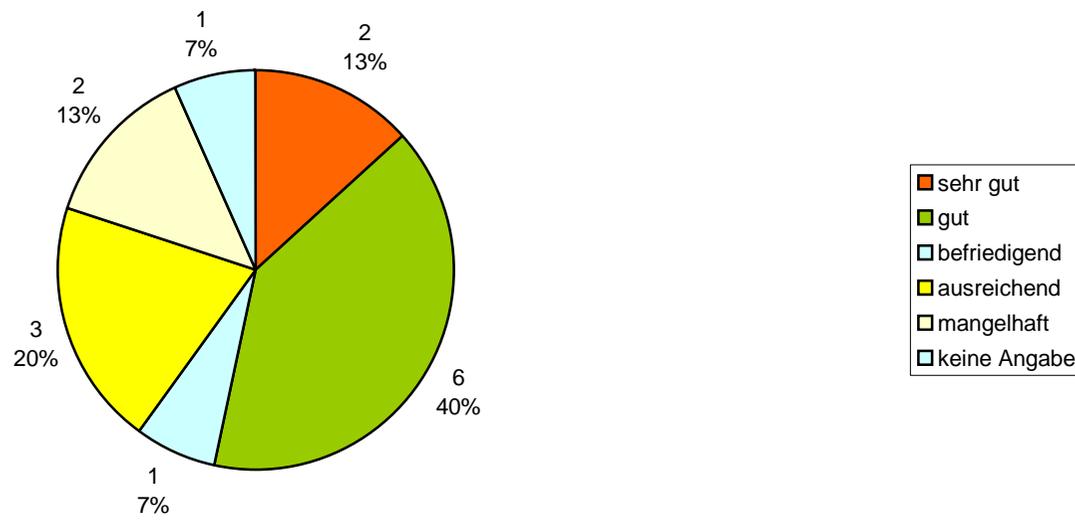


E.4 Ich habe mir gewünscht, dass meine Angehörigen in die Beratung einbezogen werden.

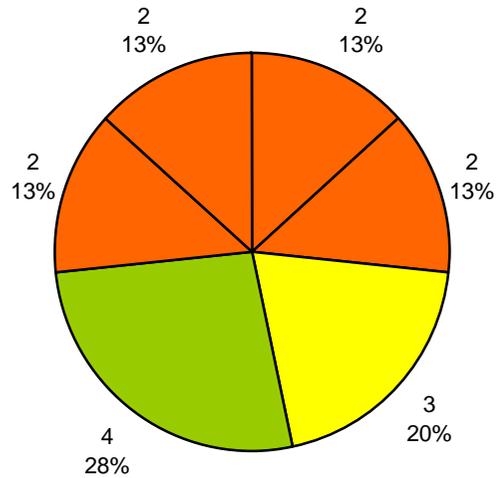
ja	4	27%		
eher ja	1	7%		
teils, teils	1	7%		
eher nein	1	7%		
nein	5	32%		
keine Angabe	3	20%		

E.5 Meine Angehörigen sind ausreichend in die Beratungsgespräche einbezogen worden.

ja	3	20%		
eher ja				

teils, teils				
eher nein	1	7%		
nein	10	66%		
keine Angabe	1	7%		
E.6 Insgesamt beurteile ich die Beratung und Unterstützung als ...				
sehr gut	2	13%		
gut	6	40%		
befriedigend	1	7%		
ausreichend	3	20%		
mangelhaft	2	13%		
keine Angabe	1	7%		
 <p>A pie chart illustrating the distribution of responses for the question 'E.6 Insgesamt beurteile ich die Beratung und Unterstützung als ...'. The chart is divided into six segments, each labeled with a count and a percentage. The segments are: 'sehr gut' (orange, 2, 13%), 'gut' (green, 6, 40%), 'befriedigend' (light blue, 1, 7%), 'ausreichend' (yellow, 3, 20%), 'mangelhaft' (light yellow, 2, 13%), and 'keine Angabe' (pale blue, 1, 7%). A legend on the right side of the chart identifies the colors for each category: orange for 'sehr gut', green for 'gut', light blue for 'befriedigend', yellow for 'ausreichend', light yellow for 'mangelhaft', and pale blue for 'keine Angabe'.</p>				

E.7 Wenn Sie mit der Beratung und Unterstützung durch den Sozialdienst nicht zufrieden waren, welches sind die Gründe dafür?				
Gespräch zu kurz, eigentlich gar keins, hier wurden Infos "hingelegt", das war's....				
Unangemeldet, kurz angebunden, keine Zeit.				
Beratung nach Hirntumor-OP inhaltlich mangelhaft				
Wegen Zeitmangel vom Sozialdienst waren die Gespräche sehr knapp gehalten.				
keine Angabe		11		
Die Zeit nach dem Aufenthalt im UKE				
F.1 Ich hätte mir gewünscht, auch nach meiner Entlassung durch den Sozialdienst des UKE betreut zu werden				
ja		2	13%	
eher ja		2	13%	
teils, teils		3	20%	
eher nein		4	28%	
nein		2	13%	
keine Angabe		2	13%	

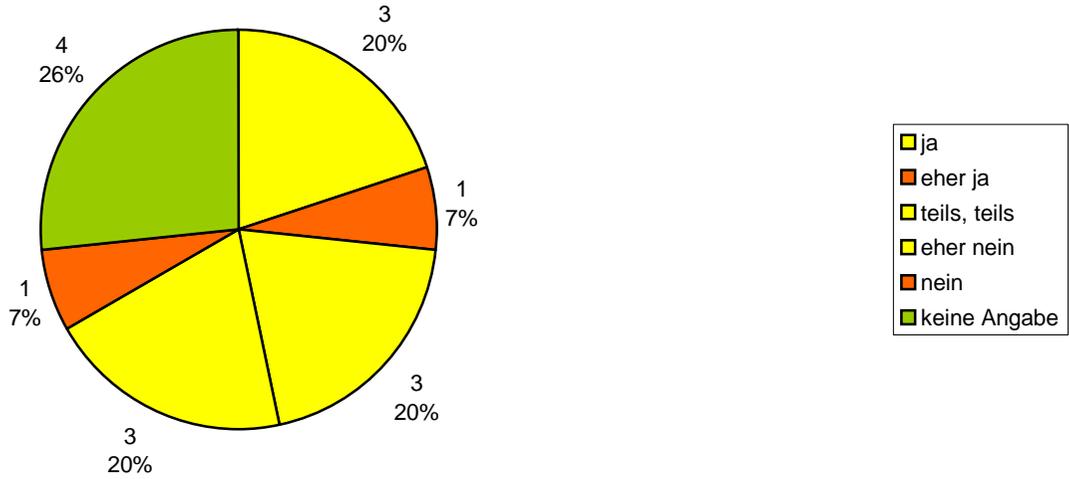


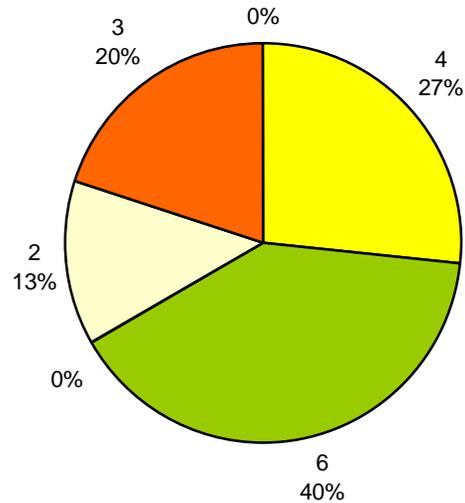
F.2 Nach meinem Aufenthalt im UKE habe ich von anderen Stellen ausreichend Unterstützung erhalten

ja	5
eher ja	1
teils, teils	4
eher nein	
nein	4
keine Angabe	1

F.3 Ich habe den Eindruck, dass die Maßnahmen, die ich mit dem Sozialdienst entwickelt habe, in meinem Alltag hilfreich sind

ja	3	20%
eher ja	1	7%
teils, teils	3	20%

eher nein	3	20%		
nein	1	7%		
keine Angabe	4	26%		
				
F.4 Insgesamt beurteile ich die Betreuung in der Zeit nach dem Aufenthalt im UKE als ...				
sehr gut				
gut	4	27%		
befriedigend	6	40%		
ausreichend				
mangelhaft	2	13%		
keine Angabe	3	20%		



F.5 Wenn Sie mit der Betreuung in der Zeit nach dem Aufenthalt im UKE nicht zufrieden waren, welches sind die Gründe dafür?

Was für eine Betreuung, und von wem?

Sozial wurde von mir angefordert. Nach dem ersten Treffen hörte ich nichts mehr.

keine Angabe

13

Gesamtbeurteilung des Sozialdienstes

G.1 Insgesamt war ich mit der Betreuung durch den Sozialdienst sehr zufrieden.

ja

2

13%

eher ja

6

41%

teils, teils

2

13%

eher nein

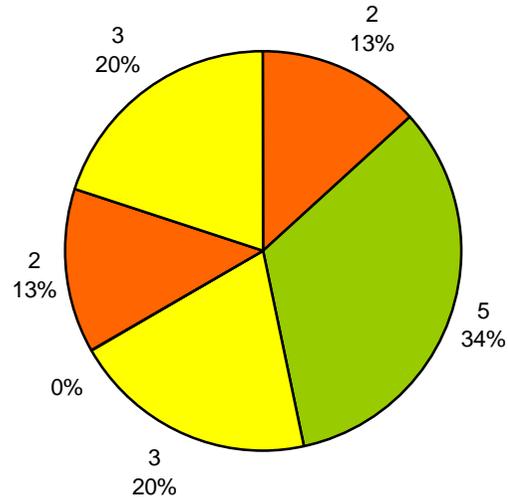
nein

2

13%

keine Angabe	3	20%																							
<p>A pie chart illustrating the distribution of responses for the category 'keine Angabe'. The chart is divided into six segments: 'ja' (orange, 2, 13%), 'eher ja' (green, 6, 41%), 'teils, teils' (red, 2, 13%), 'eher nein' (light blue, 0, 0%), 'nein' (dark orange, 2, 13%), and 'keine Angabe' (yellow, 3, 20%). A legend to the right of the chart identifies the colors for each response category.</p> <table border="1"> <caption>Data for Pie Chart</caption> <thead> <tr> <th>Kategorie</th> <th>Anzahl</th> <th>Prozent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ja</td> <td>2</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>eher ja</td> <td>6</td> <td>41%</td> </tr> <tr> <td>teils, teils</td> <td>2</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>eher nein</td> <td>0</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>nein</td> <td>2</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>keine Angabe</td> <td>3</td> <td>20%</td> </tr> </tbody> </table>					Kategorie	Anzahl	Prozent	ja	2	13%	eher ja	6	41%	teils, teils	2	13%	eher nein	0	0%	nein	2	13%	keine Angabe	3	20%
Kategorie	Anzahl	Prozent																							
ja	2	13%																							
eher ja	6	41%																							
teils, teils	2	13%																							
eher nein	0	0%																							
nein	2	13%																							
keine Angabe	3	20%																							
G. 2 Ich hatte insgesamt den Eindruck, dass Patienten als Störfaktoren empfunden werden.																									
ja																									
eher ja		1																							
teils, teils		4																							
eher nein		1																							
nein		6																							
keine Angabe		3																							
G.3 Den Sozialdienst des UKE würde ich meinen Freunden und Bekannten empfehlen.																									
ja	5	34%																							

eher ja	2	13%		
teils, teils	3	20%		
eher nein				
nein	2	13%		
keine Angabe	3	20%		
<p>Legend:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ja ■ eher ja ■ teils, teils ■ eher nein ■ nein ■ keine Angabe 				
G.4 Insgesamt beurteile ich den Sozialdienst als ...				
sehr gut	2	13%		
gut	5	34%		
befriedigend	3	20%		
ausreichend				
mangelhaft	2	13%		
keine Angabe	3	20%		



Freie Kritik

H. 1 Besonders gut gefallen hat mir am Sozialdienst:

netter Umgang, umfangreiche Beratung, sehr gute Auswahl der Reha-Klinik

Nichts.

Tipps und Ratschläge, Ausfüllen von Anträgen, Unterstützung.

keine Angabe

12

H.2 Einige Dinge haben mir nicht so gut gefallen:

Überhaupt nicht auf mich eingegangen, keine Vorbereitungsmöglichkeit meinerseits, kurz angebunden, Gespräch nach 3 min. beendet, weitere wichtige Fragen mussten von meiner Frau tel. geklärt werden.

Keine ausreichende Beratung im Falle einer Behinderung nach Hirntumor-OP.

Dass andere Patienten mithören.

keine Angabe		12		
Ende				

Altersgruppe 51 bis 60

Bemerkung zu der Auswertung

Anzahl der Patienten	32			
----------------------	----	--	--	--

Die Fragen werden beantwortet durch ...

Patientin/Patienten	25	78%		
Patientin/Patienten zusammen mit (einem) Angehörigen	4	13%		
Angehörige	0			
keine Angabe	3	9%		

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

A.1 Wie alt sind Sie?

51 bis 60				
-----------	--	--	--	--

A.2 Geschlecht

männlich	30	94%		
weiblich	2	6%		
keine Angabe	0			

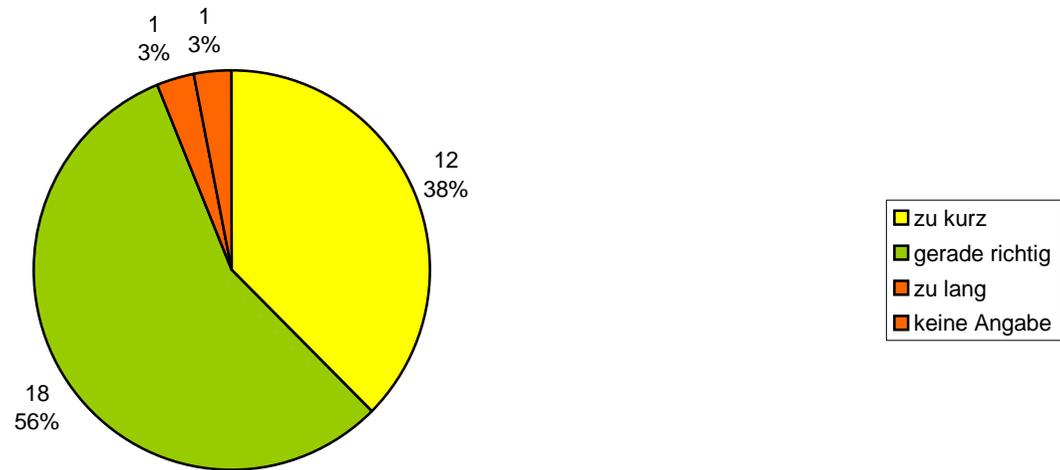
A.3 Welchen Familienstand haben Sie?

ledig	3	9%		
ledig, in fester Partnerschaft	0			
verheiratet/Lebensgemeinschaft	26	82%		
geschieden	2	6%		
verwitwet	0			
keine Angabe	1	3%		

A.4 Welchen Krankenversicherungsstatus haben Sie?

ohne Versicherung	0			
gesetzlich versichert	25	78%		
gesetzlich mit Zusatzversicherung	2	6%		
privat versichert	5	16%		
keine Angabe	0			

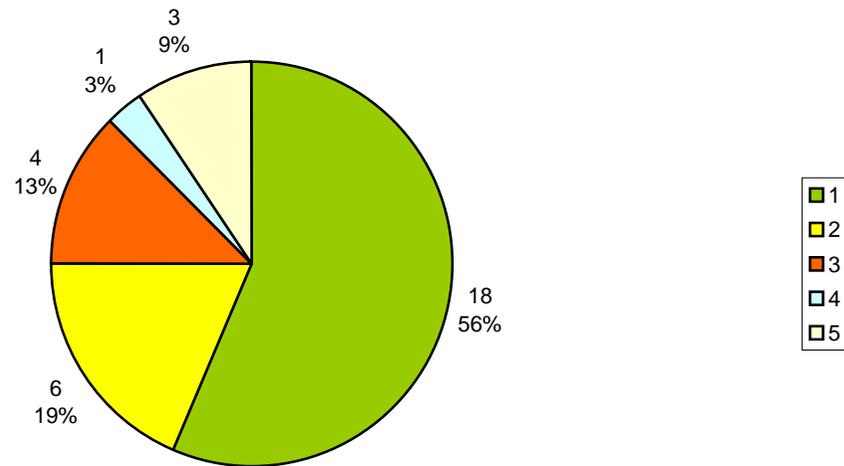
A.5 Wie viele minderjährige Kinder leben in Ihrem Haushalt?			
Anzahl	1		
Angaben zum Aufenthalt			
B.1 Wie viele Tage waren Sie im UKE?			
durchschnittlich	11,9		
keine Angaben	1		
B.2 Wie schwer war Ihre Krankheit?			
leichter Fall	0		
weniger schwer	0		
mittelschwer	4	13%	
ziemlich schwer	19	59%	
sehr schwer	9	28%	
keine Angabe	0		
B.3 Wie ist Ihr momentaner Gesundheitszustand?			
ausgezeichnet	0		
gut	21	65%	
weniger gut	7	22%	
schlecht	4	13%	
sehr schlecht	0		
keine Angabe	0		
B.4 Waren Sie schon mal als Patient in einem Krankenhaus?			
nein	6		
ja, ... Tage (Durchschnitt)	3,57		
B.5 Wie empfinden Sie, gemessen an Ihrer Erkrankung, die Dauer Ihres Aufenthaltes im UKE?			
zu kurz	12	38%	
gerade richtig	18	56%	
zu lang	1	3%	
keine Angabe	1	3%	



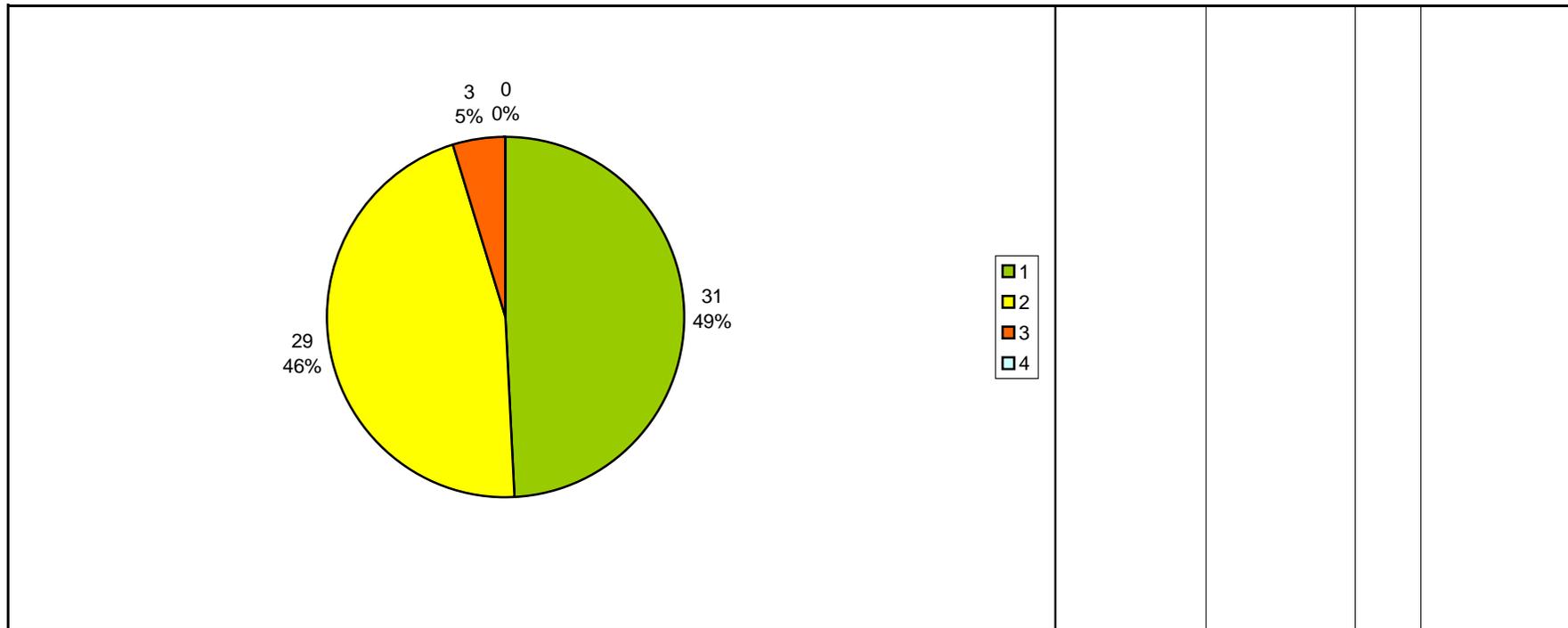
Kontaktaufnahme zum Sozialdienst

C.1 Während meines Krankenhausaufenthaltes habe ich Kontakt mit dem Sozialdienst gehabt.

ja, ca. Male	18 Patienten hatten 1-mal Kontakt	18
	6 Patienten hatten 2-mal Kontakt.	6
	4 Patienten hatten 3-mal Kontakt.	4
	1 Patient hatte 9-mal Kontakt.	1
nein	3 Patienten hatten keinen Kontakt	3

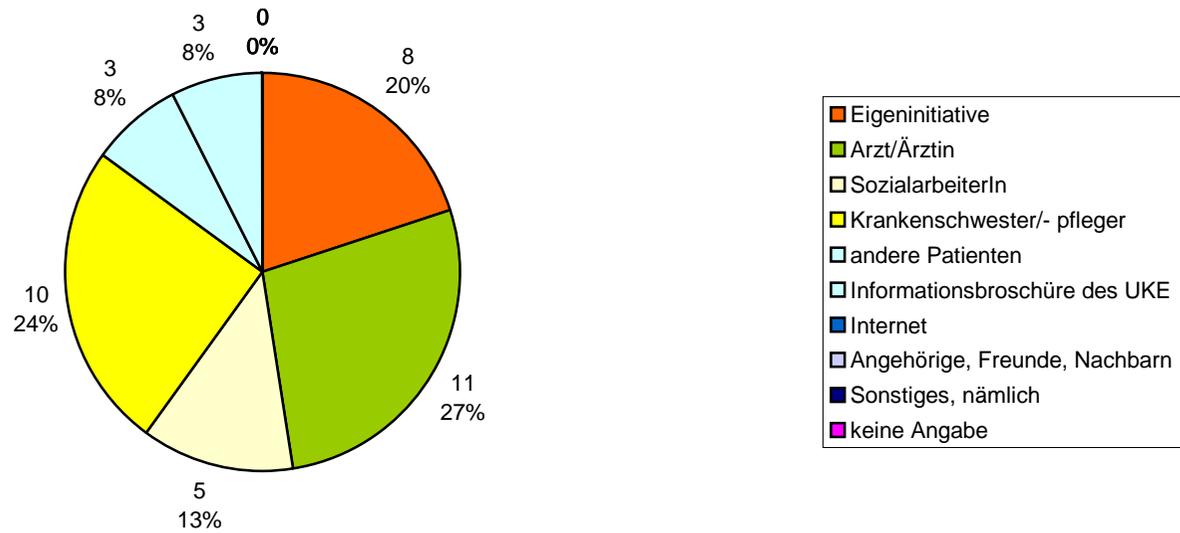
**C.2 Beziehung der Fragen B.2 und C.2**

	Ges	ja	nein	ohne A.
Anzahl der "leichter" Erkrankten, die die Unterstützung durch den Sozialdienst (SD) begrüßten.	0	0	0	0
Anzahl der "weniger schwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.	0	0	0	0
Anzahl der "mittelschwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.	4	2	2	0
Anzahl der "ziemlich schwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.	19	19	0	0
Anzahl der sehr schwer Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.	8	8	1	0
keine Angabe bei der Frage B.2				
	31	29	3	0



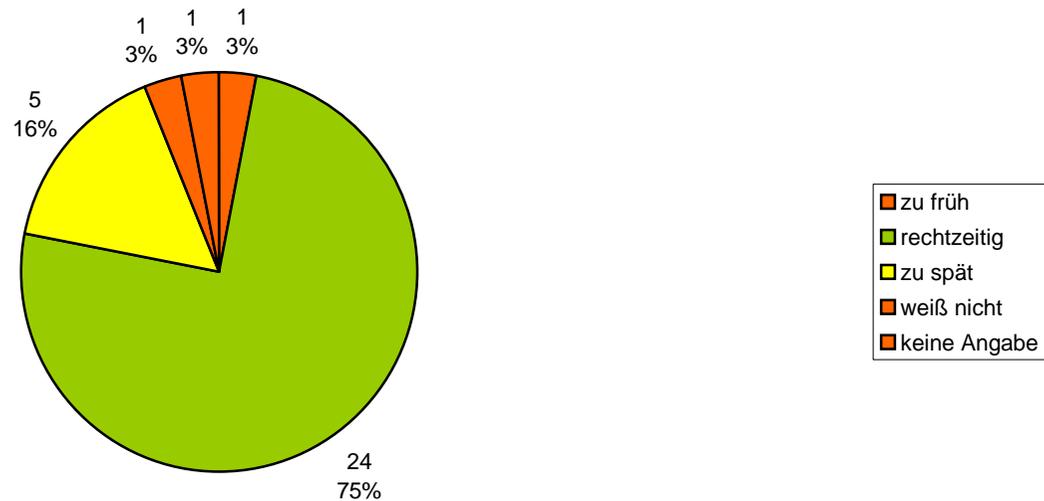
C.3 Ich wurde durch folgende Personen oder Institutionen über den Sozialdienst des UKE informiert:

Eigeninitiative	8	20%		
Arzt/Ärztin	11	27%		
SozialarbeiterIn	5	13%		
Krankenschwester/- pfleger	10	24%		
andere Patienten	3	8%		
Informationsbroschüre des UKE	3	8%		
Internet	0			
Angehörige, Freunde, Nachbarn	0			
Sonstiges, nämlich	0			
keine Angabe	0			



C.4 Der Zeitpunkt meines persönlichen Kontaktes zum Sozialdienst war meiner Meinung nach

zu früh	1	3%
rechtzeitig	24	75%
zu spät	5	16%
weiß nicht	1	3%
keine Angabe	1	3%


C.5 Habe Beratungsbedarf gehabt im Hinblick auf ...

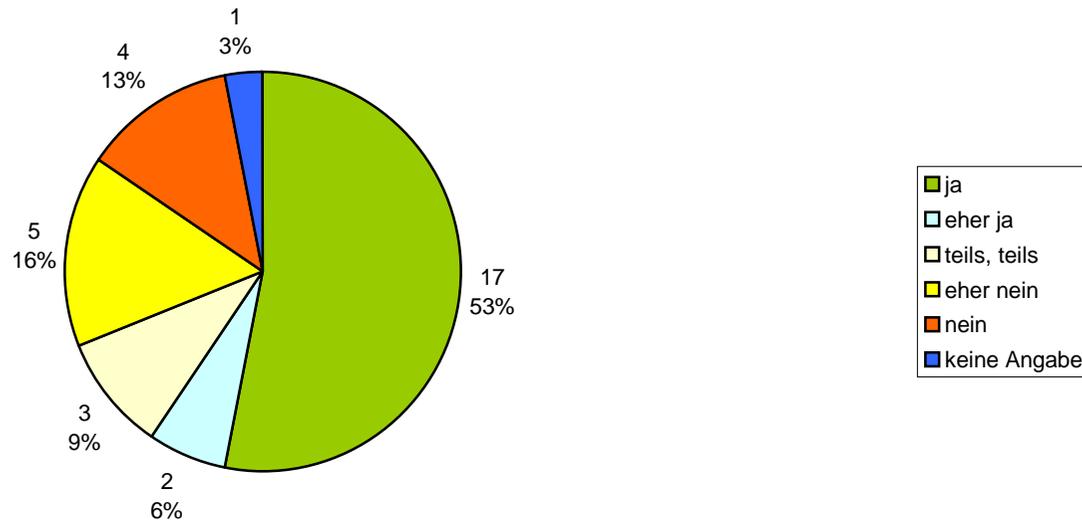
C.5 Rehabilitation	28	42%		
C.5 Berufliche Anliegen	5	8%		
C.5 Schwerbehindertenangelegenheiten	16	24%		
C.5 Persönliche Anliegen	3	5%		
C.5 Ambulante häusliche Pflege				
C.5 stationäre Heim- oder Kurzzeitpflege				
C.5 Leistungen der Krankenversicherung	7	11%		
C.5 Leistungen der Pflegeversicherung	1	2%		
C.5 Sozialhilfeangelegenheiten				
C.5 Arbeitslosengeld II				
C.5 Weiterführende Hilfen/Institutionen	4	6%		
C.5 Gesetzliche Betreuung	1	2%		
C.5 Vorsorgevollmacht				

C.5 Sonstiges				
C.5 Sonstige Texte				
C.5 Habe Beratung erhalten im Hinblick auf ...				
C.5 Rehabilitation	28	48%		
C.5 Berufliche Anliegen	5	8%		
C.5 Schwerbehindertenangelegenheiten	14	24%		
C.5 Persönliche Anliegen	3	5%		
C.5 Ambulante häusliche Pflege				
C.5 stationäre Heim- oder Kurzzeitpflege				
C.5 Leistungen der Krankenversicherung	6	10%		
C.5 Leistungen der Pflegeversicherung				
C.5 Sozialhilfeangelegenheiten				
C.5 Arbeitslosengeld II				
C.5 Weiterführende Hilfen/Institutionen	3	5%		
C.5 Gesetzliche Betreuung				
C.5 Vorsorgevollmacht				
C.5 Sonstiges				
C.5 Sonstige Texte				
C.6 Die organisatorische Erreichbarkeit des Sozialdienstes war sehr gut.				
ja	11	34%		
eher ja	6	19%		
teils, teils	7	22%		
eher nein	6	19%		
nein	1	3%		
keine Angabe	1	3%		
C.7 Die räumliche Erreichbarkeit des Sozialdienstes war sehr gut.				
ja	7	22%		
eher ja	4	13%		
teils, teils	10	31%		
eher nein	2	6%		
nein	2	6%		
keine Angabe	7	22%		

C.8 Insgesamt bewerte ich die Erreichbarkeit des Sozialdienstes als ...																									
sehr gut	4	13%																							
gut	10	31%																							
befriedigend	10	32%																							
ausreichend	3	9%																							
mangelhaft	3	9%																							
keine Angabe	2	6%																							
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Kategorie</th> <th>Anzahl</th> <th>Prozent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>sehr gut</td> <td>4</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>gut</td> <td>10</td> <td>32%</td> </tr> <tr> <td>befriedigend</td> <td>10</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>ausreichend</td> <td>3</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>mangelhaft</td> <td>3</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>keine Angabe</td> <td>2</td> <td>6%</td> </tr> </tbody> </table>					Kategorie	Anzahl	Prozent	sehr gut	4	13%	gut	10	32%	befriedigend	10	31%	ausreichend	3	9%	mangelhaft	3	9%	keine Angabe	2	6%
Kategorie	Anzahl	Prozent																							
sehr gut	4	13%																							
gut	10	32%																							
befriedigend	10	31%																							
ausreichend	3	9%																							
mangelhaft	3	9%																							
keine Angabe	2	6%																							
C.9 Wenn Sie mit der Erreichbarkeit des Sozialdienstes weniger zufrieden waren, welches sind die Gründe dafür?																									
nicht erreichbar																									
Erst nach mehrmaliger Nachfrage des Pflegepersonals bequeme sich eine mürrische Person zu mir																									

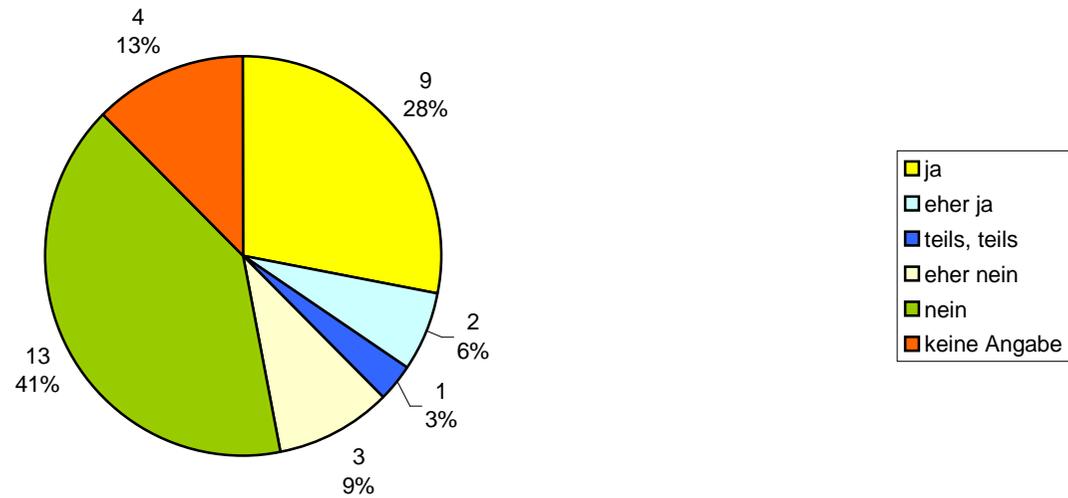
Die Frau war tel. nicht erreichbar. Meine Frau musste persönlich hingehen. Nach der Entlassung war die Frau vom Sozialdienst auch nicht zu erreichen.				
Es gab keine Rückkoppelung mit präziseren Zeitangaben, wann der Sozialdienst zu mir kommen wollte.				
Büro nicht besetzt				
Die Mitarbeiterin hatte mit mir keine Zeit zu verlieren, wenn Fragen unauffindbar, zu wenig Aufklärung				
ich wurde erst nach Anfrage informiert.				
Verabredeter Kontakt wurde nicht eingehalten. So konnte der Beratungsbedarf nicht abgedeckt werden.				
war nur über die Krankenpflege möglich bei "Nachfrage": ist informiert / kommt noch / kein Datum usw.				
keine Angabe		23		
Beratung und Unterstützung durch den Sozialdienst				
E.1 Wo haben die Beratungen mit dem Sozialdienst des UKE stattgefunden?				
im Büro des Sozialdienstes		0		
in meinem Patientenzimmer (Einzelzimmer)		3	9%	
in meinem Patientenzimmer (Mehrbettzimmer)		25	79%	
in Aufenthaltsräumen der Station		1	3%	
Sonstiges, nämlich...		2	6%	
			Telefon, Post	
keine Angabe		1		
E.2 Mit dem Ort der Beratungen war ich zufrieden				
ja		17	52%	
eher ja		4	13%	
teils, teils		4	13%	
eher nein		5	16%	
nein		2	6%	
keine Angabe		0		
E.3 Mit dem Umfang der Beratung zu mir wichtigen Themen war ich zufrieden				
ja		17	53%	
eher ja		2	6%	

teils, teils	3	9%		
eher nein	5	16%		
nein	4	13%		
keine Angabe	1	3%		



E.4 Ich habe mir gewünscht, dass meine Angehörigen in die Beratung einbezogen werden.

ja	9	28%		
eher ja	2	6%		
teils, teils	1	3%		
eher nein	3	9%		
nein	13	41%		
keine Angabe	4	13%		



E.5 Meine Angehörigen sind ausreichend in die Beratungsgespräche einbezogen worden.

ja	5	16%
eher ja	2	6%
teils, teils	0	
eher nein	5	16%
nein	12	37%
keine Angabe	8	25%

E.6 Insgesamt beurteile ich die Beratung und Unterstützung als ...

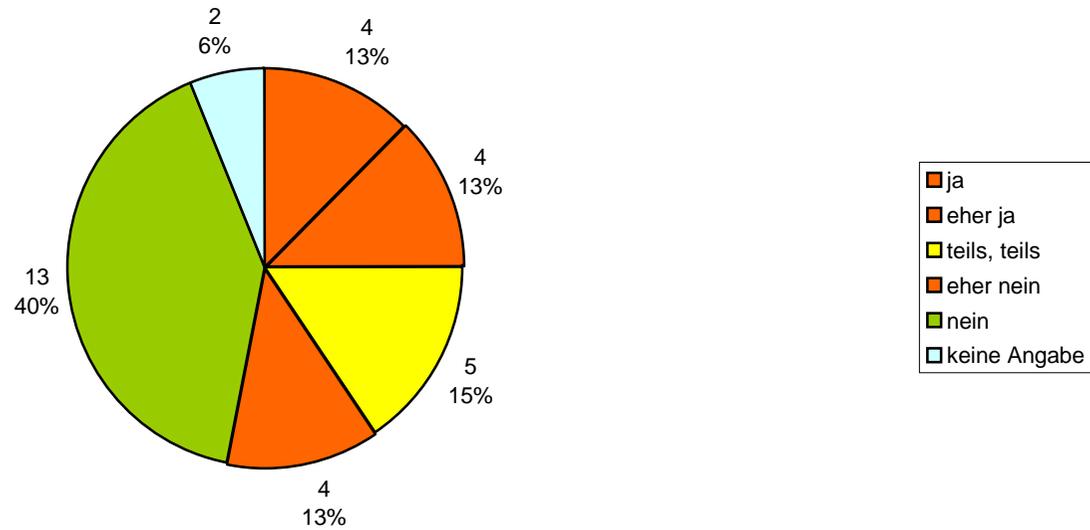
sehr gut	6	19%
gut	13	40%
befriedigend	6	19%
ausreichend	2	6%

mangelhaft	5	16%		
keine Angabe	0			
<p>Detailed description of the pie chart: The chart displays the distribution of responses for two categories: 'mangelhaft' (5 responses, 16%) and 'keine Angabe' (0 responses, 0%). The remaining responses are distributed across five quality levels: 'sehr gut' (13 responses, 40%), 'gut' (6 responses, 19%), 'befriedigend' (6 responses, 19%), 'ausreichend' (2 responses, 6%), and 'keine Angabe' (0 responses, 0%). A legend on the right identifies the colors for each quality level: 'sehr gut' (light green), 'gut' (medium green), 'befriedigend' (yellow-green), 'ausreichend' (light yellow), 'mangelhaft' (orange), and 'keine Angabe' (pink).</p>				
E.7 Wenn Sie mit der Beratung und Unterstützung durch den Sozialdienst nicht zufrieden waren, welches sind die Gründe dafür?				
hat nicht stattgefunden				
Keine ausreichende Informationen, unpersönlich				
Zu wenig Information				
Reha-Antrag, Kontakt zu MDK zu spät - erst nach Entlassungs-Vermittlung MDK-Station UKE bei Rückfragen unbefriedigend				
Die Beratung war zu kurz.				
Hätte ich mich nicht nach ihm erkundigt, hätten sie mich nie aufgesucht.				
Beratung unzureichend + Ziel nicht erreicht				
Die Dame war nicht vorbereitet, die Unterlagen fehlten.				
keine Angabe			24	

Die Zeit nach dem Aufenthalt im UKE

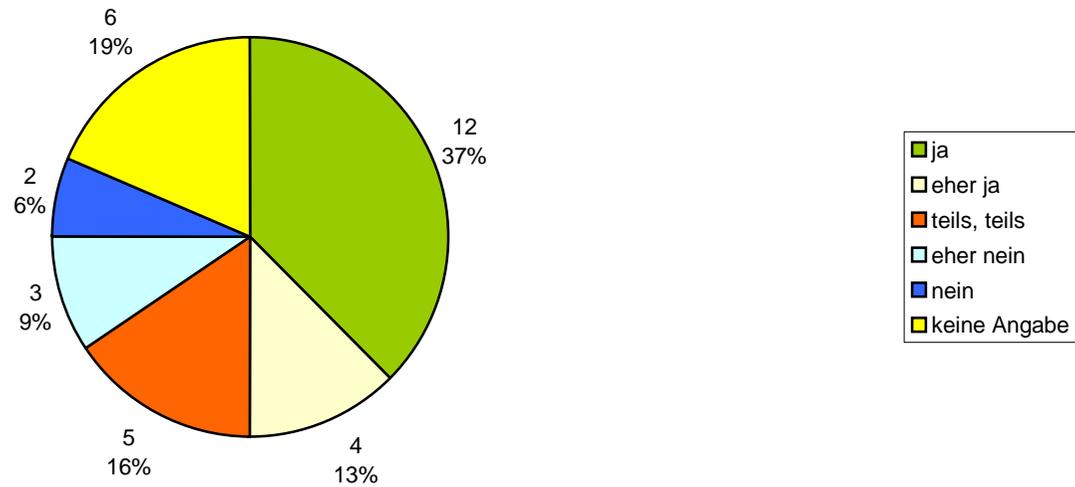
F.1 Ich hätte mir gewünscht, auch nach meiner Entlassung durch den Sozialdienst des UKE betreut zu werden

ja	4	13%		
eher ja	4	13%		
teils, teils	5	15%		
eher nein	4	13%		
nein	13	40%		
keine Angabe	2	6%		



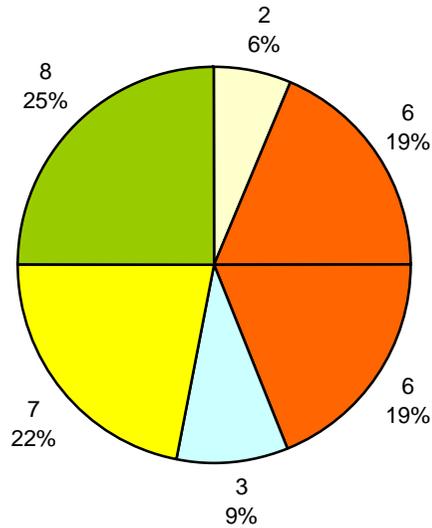
F.2 Nach meinem Aufenthalt im UKE habe ich von anderen Stellen ausreichend Unterstützung erhalten

ja	19		
eher ja	4		
teils teils	1		
eher nein	3		
nein	5		
ohne Angabe	0		
F.3 Ich habe den Eindruck, dass die Maßnahmen, die ich mit dem Sozialdienst entwickelt habe, in meinem Alltag hilfreich sind			
ja	12	37%	
eher ja	4	13%	
teils, teils	5	16%	
eher nein	3	9%	
nein	2	6%	
keine Angabe	6	19%	



F.4 Insgesamt beurteile ich die Betreuung in der Zeit nach dem Aufenthalt im UKE als ...

sehr gut	2	6%
gut	6	19%
befriedigend	6	19%
ausreichend	3	9%
mangelhaft	7	22%
keine Angabe	8	25%



F.5 Wenn Sie mit der Betreuung in der Zeit nach dem Aufenthalt im UKE nicht zufrieden waren, welches sind die Gründe dafür?

Keine Verbindung mehr zum UKE. Ich hatte nur ein Gespräch von ca. 5 Minuten.

Fand keine Betreuung statt.

hat gar nicht stattgefunden.

Es hat sich niemand um Betreuung bemüht.

Betreuung war nicht erforderlich

Kontakt zum Sozialdienst.

Ich habe nichts vom Sozialdienst gehört!

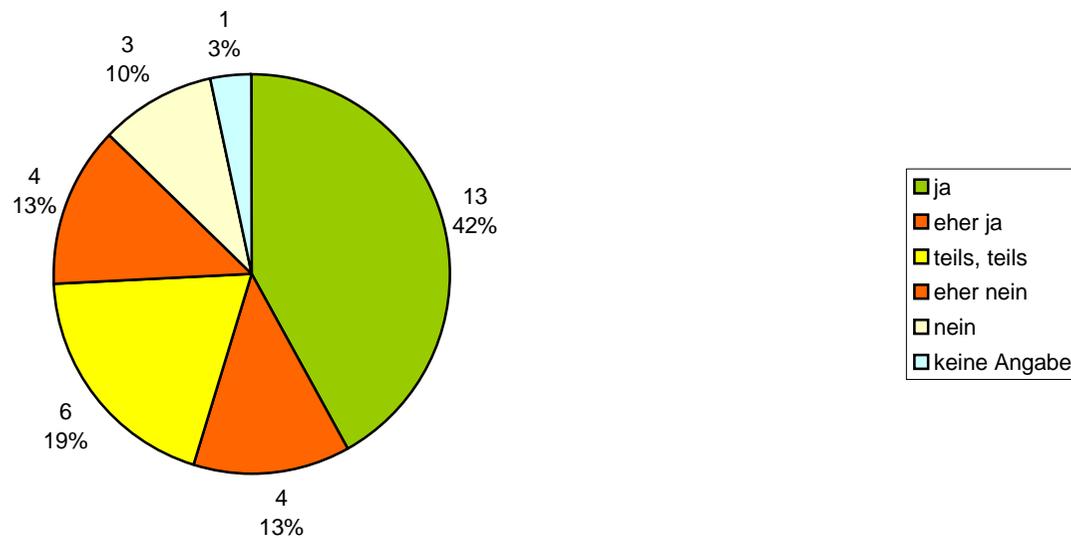
keine Angabe

26

Gesamtbeurteilung des Sozialdienstes

G.1 Insgesamt war ich mit der Betreuung durch den Sozialdienst sehr zufrieden.

ja	13	42%		
eher ja	4	13%		
teils, teils	6	19%		
eher nein	4	13%		
nein	3	10%		
keine Angabe	1	3%		

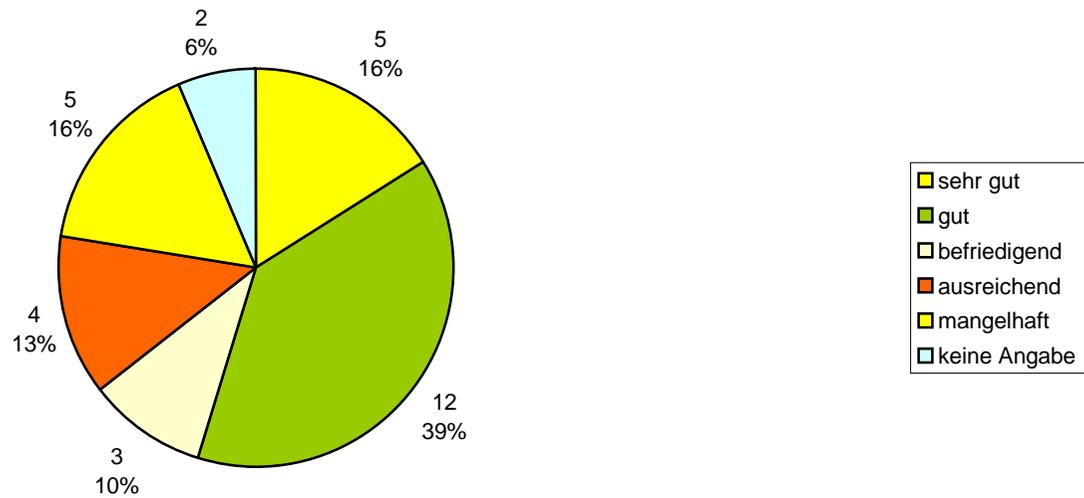


G. 2 Ich hatte insgesamt den Eindruck, dass Patienten als Störfaktoren empfunden werden.

ja	1	3%		
eher ja	2	6%		
teils, teils	5	16%		
eher nein	6	19%		
nein	14	43%		

keine Angabe	4	13%		
G.3 Den Sozialdienst des UKE würde ich meinen Freunden und Bekannten empfehlen.				
ja	13	40%		
eher ja	6	19%		
teils, teils	5	16%		
eher nein	4	13%		
nein	2	6%		
keine Angabe	2	6%		
<p>A pie chart illustrating the distribution of responses for the statement 'Den Sozialdienst des UKE würde ich meinen Freunden und Bekannten empfehlen.' The chart is divided into six segments, each labeled with its count and percentage. The segments are: 'ja' (13, 40%), 'eher ja' (6, 19%), 'teils, teils' (5, 16%), 'eher nein' (4, 13%), 'nein' (2, 6%), and 'keine Angabe' (2, 6%). A legend to the right of the chart identifies the colors for each category: green for 'ja', yellow for 'eher ja', orange for 'teils, teils', light yellow for 'eher nein', light blue for 'nein', and cyan for 'keine Angabe'.</p>				
G.4 Insgesamt beurteile ich den Sozialdienst als ...				
sehr gut	5	16%		
gut	12	39%		

befriedigend	3	10%		
ausreichend	4	13%		
mangelhaft	5	16%		
keine Angabe	2	6%		



Freie Kritik

H. 1 Besonders gut gefallen hat mir am Sozialdienst:

Dass der Sozialdienst ohne Frage auf mich zu kam und mir Unterlagen zur AHB brachte.				
Flexible Mitarbeiter, rechtzeitige Information, schnelle und zuverlässige Erledigung				
Die ruhige, ausgeglichene Art der Person, die das Gespräch mit mir führte. Für Patienten ist das sehr beruhigend in dieser doch sehr beunruhigenden Zeit vor und nach der OP. Ich fühlte mich gut aufgehoben.				
zügige Terminvereinbarung				

Die schnellen Erfolge und kompetente Beratung und problemlose Organisation meiner Rehaklinik.				
Die Beratung war kompetent, die Unterstützung bei Formularausfüllen sehr gut, alles ist so wie besprochen eingehalten.				
Beratung				
Das Bemühen war vorhanden, die Zeit offensichtlich zu knapp				
Sehr gut und spontan gekommen, sehr hilfsreich, sehr nett.				
keine Angabe		23		
H.2 Einige Dinge haben mir nicht so gut gefallen:				
nicht ausreichend informiert oder aufgeklärt.				
Ich hatte den Eindruck, dass die Mitarbeiterin völlig überlastet war (zeitlich) und nicht aus persönlichen Gründen präsent war. Also strukturelle und kein persönliche Kritik!				
Die beiden Mitarbeiter konnten meine Fragen zur Reha nicht alle beantworten.				
keine Angabe		28		
Ende				

Altersgruppe über 61

Bemerkung zu der Auswertung

Anzahl der Patienten	88			
----------------------	----	--	--	--

Die Fragen werden beantwortet durch...

Patientin/ Patienten	75	85%		
Patientin/ Patienten zusammen mit (einem) Angehörigen	9	10%		
Angehörige	0			
ohne Angabe	4	5%		

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

A.1 Wie alt sind Sie?

über 61				
---------	--	--	--	--

A.2 Geschlecht

männlich	66	75%		
weiblich	20	23%		
keine Angabe	2	2%		

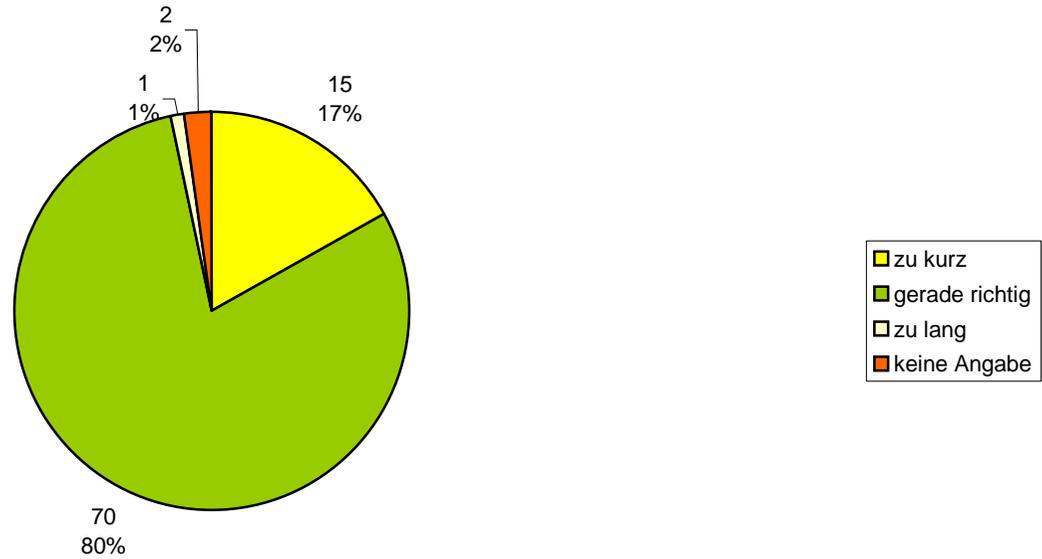
A.3 Welchen Familienstand haben Sie?

ledig	6	7%		
ledig, in fester Partnerschaft	1	1%		
verheiratet/Lebensgemeinschaft	67	76%		
geschieden	6	7%		
verwitwet	8	9%		
ohne Angabe	0			

A.4 Welchen Krankenversicherungsstatus haben Sie?

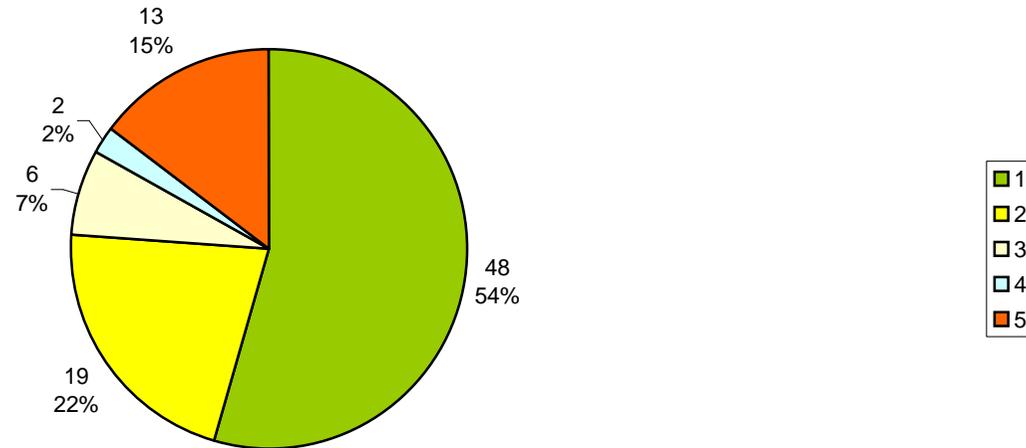
ohne Versicherung	0			
gesetzlich versichert	71	81%		
gesetzlich mit Zusatzversicherung	7	8%		
privat versichert	9	10%		
keine Angabe	1	1%		

A.5 Wie viele minderjährige Kinder leben in Ihrem Haushalt?			
Anzahl	1		
Angaben zum Aufenthalt			
B.1 Wie viele Tage waren Sie im UKE?			
durchschnittlich	12,35		
B.2 Wie schwer war Ihre Krankheit?			
leichter Fall	0		
weniger schwer	2	2%	
mittelschwer	23	26%	
ziemlich schwer	32	36%	
sehr schwer	27	31%	
ohne Angabe	4	5%	
B.3 Wie ist Ihr momentaner Gesundheitszustand?			
ausgezeichnet	6	7%	
gut	59	67%	
weniger gut	19	22%	
schlecht	1	1%	
sehr schlecht	1	1%	
keine Angabe	2	2%	
B.4 Waren Sie schon mal als Patient in einem Krankenhaus?			
nein	12		
ja, ... Tage (Durchschnitt)	4,42		
B.5 Wie empfinden Sie, gemessen an Ihrer Erkrankung, die Dauer Ihres Aufenthaltes im UKE?			
zu kurz	15	17%	
gerade richtig	70	80%	
zu lang	1	1%	
keine Angabe	2	2%	

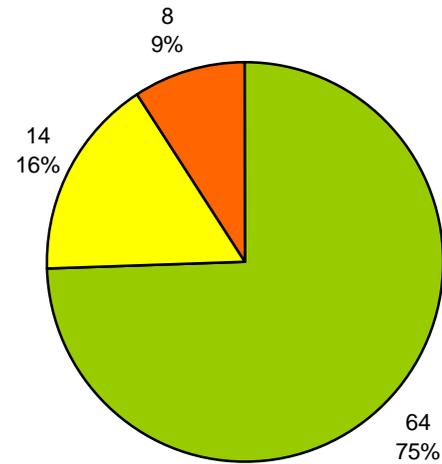


Kontaktaufnahme zum Sozialdienst

C.1 Während meines Krankenhausaufenthaltes habe ich Kontakt mit dem Sozialdienst gehabt.			
ja, ca.	Male	48 Patienten hatten 1-mal Kontakt	48
		19 Patienten hatten 2-mal Kontakt	19
		6 Patienten hatten 3-mal Kontakt.	6
		2 Patient hatte 4-mal Kontakt.	2
nein		13 Patienten hatten keinen Kontakt	13

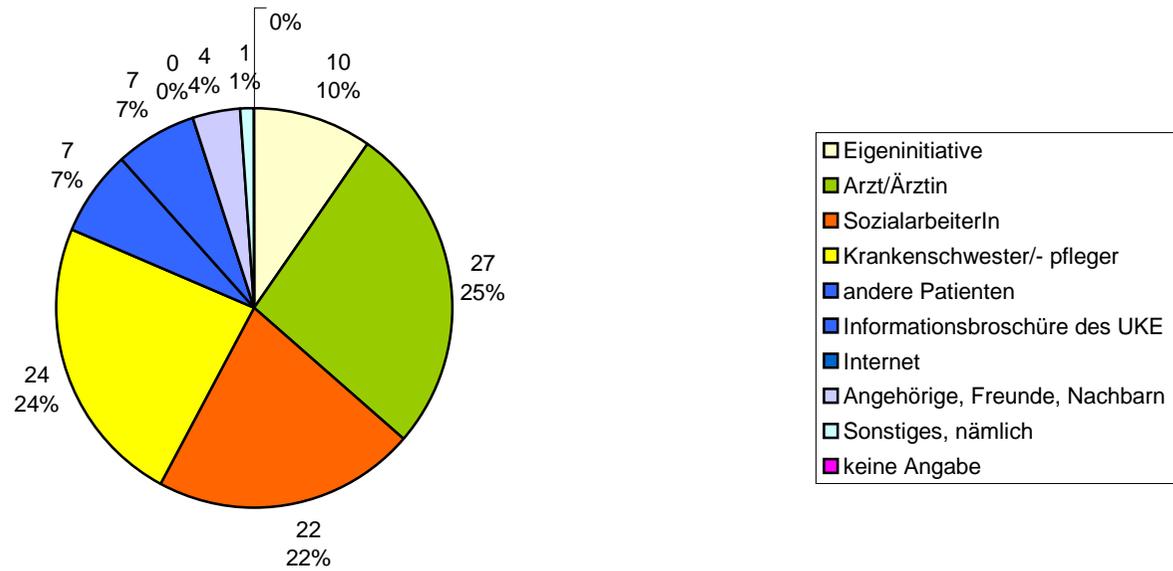


C.2 Beziehung der Fragen B.2 und C.2	Ges	ja	nein	ohne A.
Anzahl der "leichter" Erkrankten, die die Unterstützung durch den Sozialdienst (SD) begrüßten.	0	0	0	0
Anzahl der "weniger schwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.	1	0	1	0
Anzahl der "mittelschwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.	22	15	5	3
Anzahl der "ziemlich schwer" Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.	32	22	7	3
Anzahl der sehr schwer Erkrankten, die die Unterstützung durch den SD begrüßten.	25	24	1	1
keine Angabe bei der Frage B.2	4	3	0	1
		64	14	8



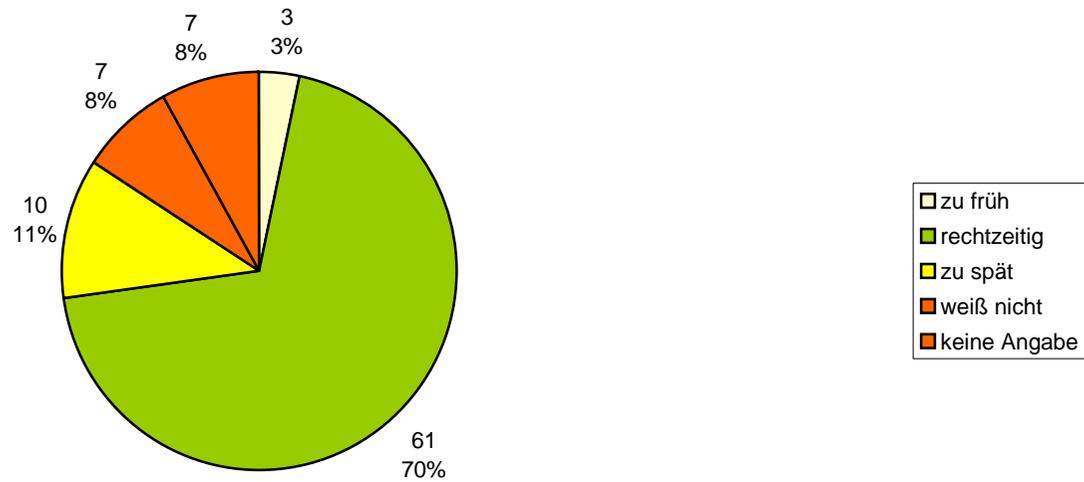
C.3 Ich wurde durch folgende Personen oder Institutionen über den Sozialdienst des UKE informiert.

Eigeninitiative	10			10%
Arzt/Ärztin	27			25%
SozialarbeiterIn	22			22%
Krankenschwester/- pfleger	24			24%
andere Patienten	7			7%
Informationsbroschüre des UKE	7			7%
Internet	0			
Angehörige, Freunde, Nachbarn	4			4%
Sonstiges, nämlich keine Angabe	1	Ehrenamtlichen He		1%



C.4 Der Zeitpunkt meines persönlichen Kontaktes zum Sozialdienst war meiner Meinung nach

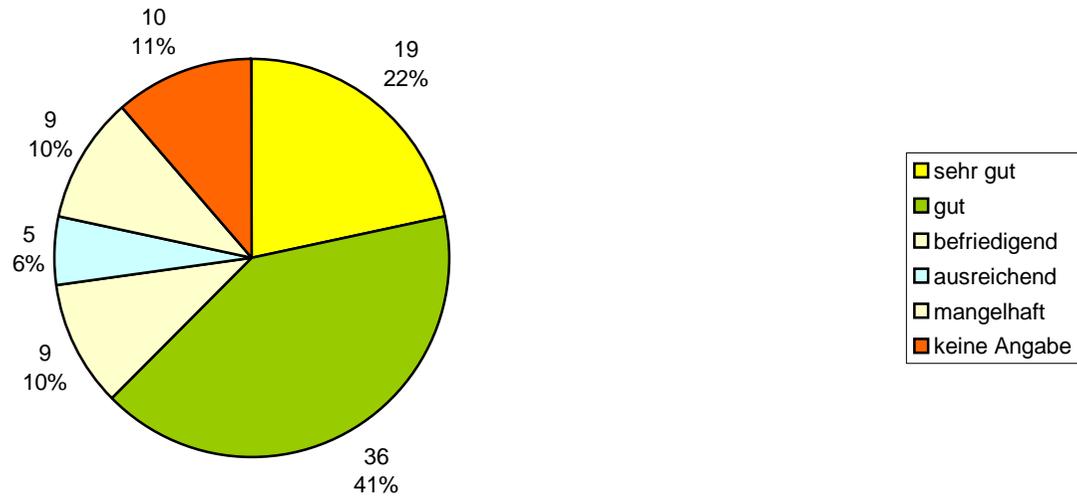
zu früh	3		
rechtzeitig	61		
zu spät	10		
weiß nicht	7		
keine Angabe	7		


C.5 Habe Beratungsbedarf gehabt im Hinblick auf ...

C.5 Rehabilitation	69	50%		
C.5 Berufliche Anliegen	0			
C.5 Schwerbehindertenangelegenheiten	26	19%		
C.5 Persönliche Anliegen	9	6%		
C.5 Ambulante häusliche Pflege	9	6%		
C.5 stationäre Heim- oder Kurzzeitpflege	1	1%		
C.5 Leistungen der Krankenversicherung	10	7%		
C.5 Leistungen der Pflegeversicherung	3	2%		
C.5 Sozialhilfeangelegenheiten	3	2%		
C.5 Arbeitslosengeld II	1	1%		
C.5 Weiterführende Hilfen/Institutionen	4	3%		
C.5 Gesetzliche Betreuung	2	1%		
C.5 Vorsorgevollmacht	3	2%		

C.5 Sonstiges	0		
C.5 Sonstige Texte			
Leistungen der Beihilfestelle des. Öffentl. Dienstes habe ich nicht in Anspruch genommen. Wir sind nicht informiert worden.			
C.5 Habe Beratung erhalten im Hinblick auf ...			
C.5 Rehabilitation	64	62%	
C.5 Berufliche Anliegen	0		
C.5 Schwerbehindertenangelegenheiten	17	17%	
C.5 Persönliche Anliegen	1	1%	
C.5 Ambulante häusliche Pflege	5	5%	
C.5 stationäre Heim- oder Kurzzeitpflege	0		
C.5 Leistungen der Krankenversicherung	5	5%	
C.5 Leistungen der Pflegeversicherung	3	3%	
C.5 Sozialhilfeangelegenheiten	2	2%	
C.5 Arbeitslosengeld II	0		
C.5 Weiterführende Hilfen/Institutionen	2	2%	
C.5 Gesetzliche Betreuung	1	1%	
C.5 Vorsorgevollmacht	2	2%	
C.5 Sonstiges	0		
C.5 Sonstige Texte			
Ehrenamtlichen Helfer			
Reha-Kur			
Keine Beratung			
Leistungen der Beihilfe des öffentl. Dienstes Auf andere Dinge hat man uns aufmerksam gemacht.			
C.6 Die organisatorische Erreichbarkeit des Sozialdienstes war sehr gut.			
ja	44	49%	
eher ja	13	15%	
teils, teils	12	14%	
eher nein	6	7%	
nein	6	7%	
keine Angabe	7	8%	

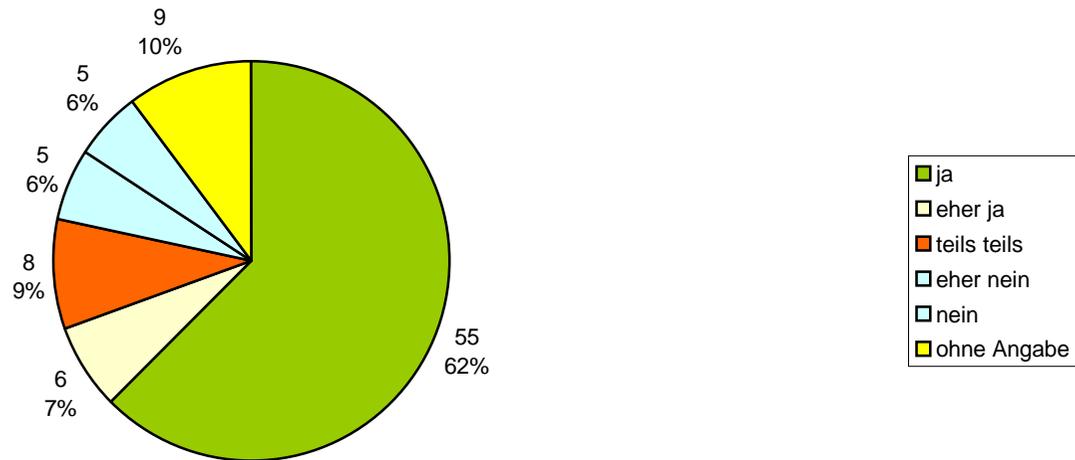
C.7 Die räumliche Erreichbarkeit des Sozialdienstes war sehr gut.			
ja	30	33%	
eher ja	12	14%	
teils, teils	9	10%	
eher nein	4	5%	
nein	6	7%	
keine Angabe	27	31%	
C.8 Insgesamt bewerte ich die Erreichbarkeit des Sozialdienstes als ...			
sehr gut	19	22%	
gut	36	41%	
befriedigend	9	10%	
ausreichend	5	6%	
mangelhaft	9	10%	
keine Angabe	10	11%	



C.9 Wenn Sie mit der Erreichbarkeit des Sozialdienstes weniger zufrieden waren, welches sind die Gründe dafür?

pers. könnte ich nicht gehen				
nicht erreichbar telefonisch, persönlich				
Nach der Entlassung tel. schwer zu erreichbar				
Die Schwester war nicht zu erreichen. Das ganze Gespräch umfasste lediglich 10 Minuten.				
Wie erreichbar?				
Keine Informationen erhalten				
Sprechzeiten zu kurz				
kaum Kontakt während des Krankenhaus Aufenthaltes.				
Freitag kam niemand eben so Montag vor meiner Entlassung				
Nur eine Person und daher Zeitmangel				
Meine relativ kurze Verweildauer. Die Mitarbeiterin war viel unterwegs.				
Räumlichkeiten waren mir unbekannt, Kontaktaufnahme zufällig im Pat.zimmer.				

Telefonisch erreicht man dort niemanden.				
Nur einmal Kontakt, weil mein Mit-Patient besucht wurde. Ich war völlig ahnungslos.				
ohne Angabe	74			
Beratung und Unterstützung durch den Sozialdienst				
E.1 Wo haben die Beratungen mit dem Sozialdienst des UKE stattgefunden?				
im Büro des Sozialdienstes	7	8%		
in meinem Patientenzimmer (Einzelzimmer)	5	6%		
in meinem Patientenzimmer (Mehrbettzimmer)	65	74%		
in Aufenthaltsräumen der Station	2	2%		
ohne Angabe	9	10%		
Sonstiges, nämlich...	Anruf zu Hause			
	keine Beratung			
	telefonisch			
	Mitpatienten finde ich unmöglich			
E.2 Mit dem Ort der Beratungen war ich zufrieden				
ja	56	64%		
eher ja	7	8%		
teils teils	9	10%		
eher nein	3	3%		
nein	4	5%		
ohne Angabe	9	10%		
E.3 Mit dem Umfang der Beratung zu mir wichtigen Themen war ich zufrieden				
ja	55	62%		
eher ja	6	7%		
teils teils	8	9%		
eher nein	5	6%		
nein	5	6%		
ohne Angabe	9	10%		



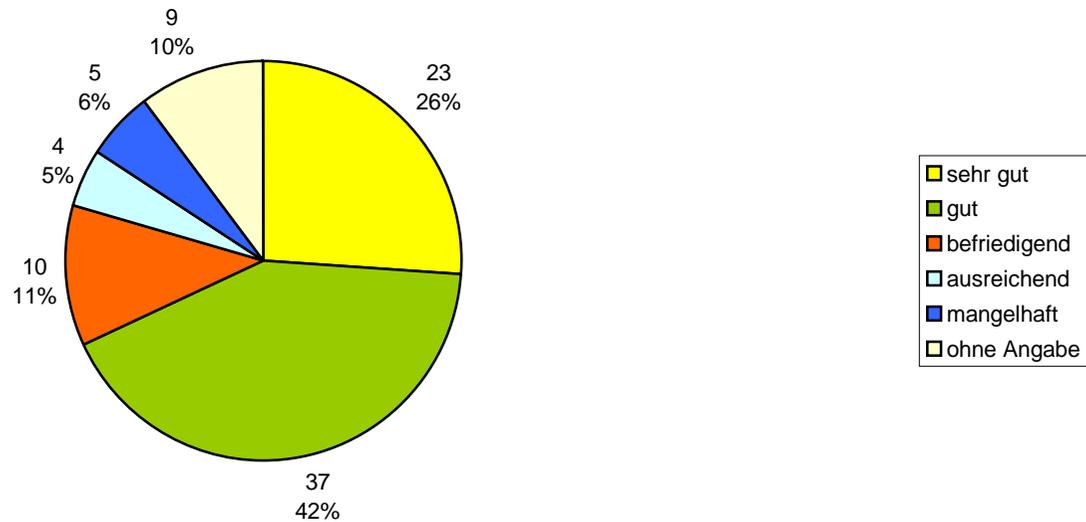
E.4 Ich habe mir gewünscht, dass meine Angehörigen bei der Beratung einbezogen werden.

ja	15	18%
eher ja	2	2%
teils teils	5	6%
eher nein	5	6%
nein	41	49%
ohne Angabe	16	19%

E.5 Meine Angehörigen sind ausreichend in die Beratungsgespräche einbezogen worden.

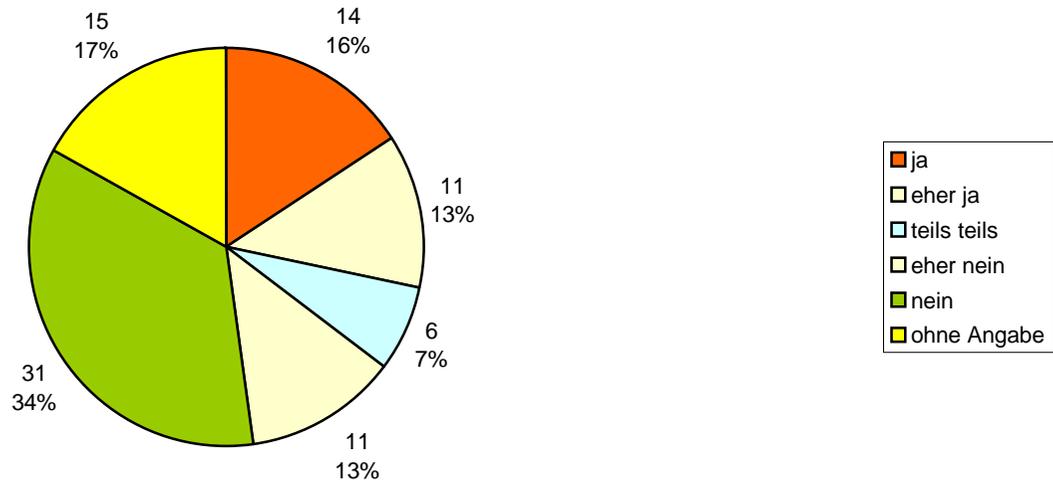
ja	14	16%
eher ja	4	5%
teils teils	2	2%

eher nein	4	5%		
nein	41	46%		
ohne Angabe	23	26%		
E.6 Insgesamt beurteile ich die Beratung und Unterstützung als...				
sehr gut	23	26%		
gut	37	42%		
befriedigend	10	11%		
ausreichend	4	5%		
mangelhaft	5	6%		
ohne Angabe	9	10%		



E.7 wenn Sie mit der Beratung und Unterstützung durch den Sozialdienst nicht zufrieden waren, welches sind die Gründe dafür:

Es lagen kein Interesse oder wenig Zeit vor, zu wenig Interesse über die gesamte private Situation.				
Welche Beratung?				
Keine Informationen erhalten				
Es fehlte die Beratung und Aufklärung sowie Antragstellung in Schwerbehin. Erst durch die Sozialarbeiterin in Reha sind die Fragen aufgeklärt.				
Ich hatte nur Kontakt zum Sozialdienst in der Reha- Klinik, da war ich sehr zufrieden.				
kaum Kontakt				
es wurde nur auf ausdrückliche Fragen geantwortet, bestehende Möglichkeiten wurde nicht behandelt. Z.B. über Rehamassnahmen und wie Oft...				
Nur kurze Kontakt im Mehrbettzimmer, Beratung erst bei Reha				
Keine Info				
Die Dame war nicht gut informiert.				
Ich wurde direkt nach der OP "überredet" eine Reha zu beantragen, obwohl ich noch keine Gründe/Notwendigkeit sah. Meine schriftlicher Antrag hatte nie eine Folge. Ich habe nichts mehr von der Dame gehört/ gesehen. Also 100% negativ...				
ohne Angabe	77			
Die Zeit nach dem Aufenthalt im UKE				
F.1 Ich hätte mir gewünscht, auch nach meiner Entlassung durch den Sozialdienst des UKE betreut zu werden				
ja	14	16%		
eher ja	11	13%		
teils teils	6	7%		
eher nein	11	13%		
nein	31	34%		
ohne Angabe	15	17%		



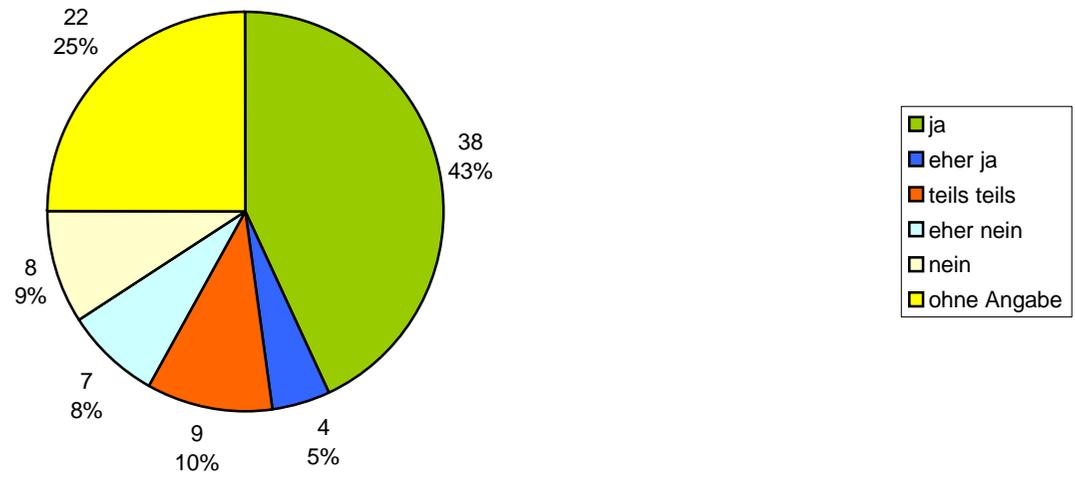
F.2 Nach meinem Aufenthalt im UKE habe ich von anderen Stellen ausreichend Unterstützung erhalten

ja	27	31%
eher ja	8	9%
teils teils	9	10%
eher nein	5	6%
nein	25	28%
ohne Angabe	14	16%

F.3 Ich habe den Eindruck, dass die Maßnahmen, die ich mit dem Sozialdienst entwickelt habe, in meinem Alltag hilfreich sind

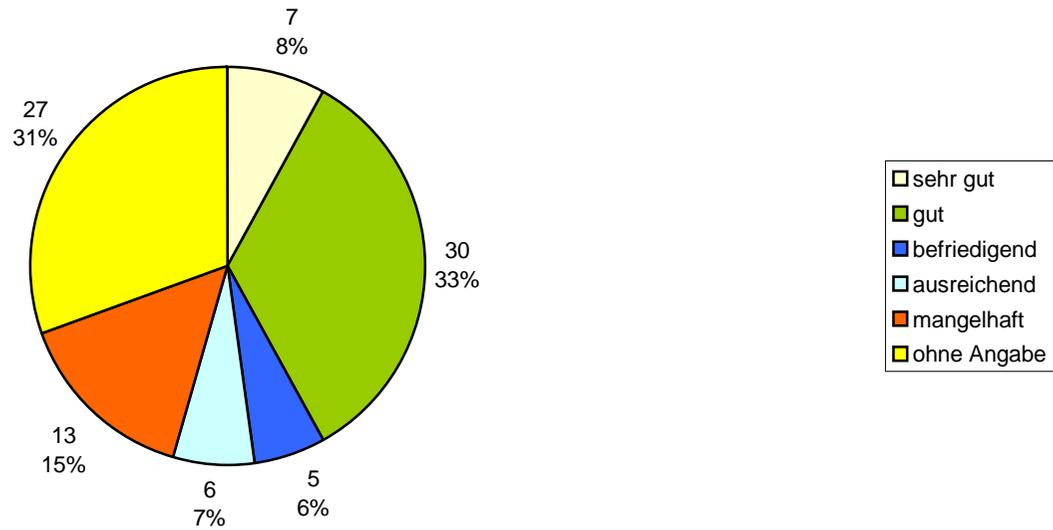
ja	38	43%
eher ja	4	5%
teils teils	9	10%

eher nein	7	8%		
nein	8	9%		
ohne Angabe	22	25%		



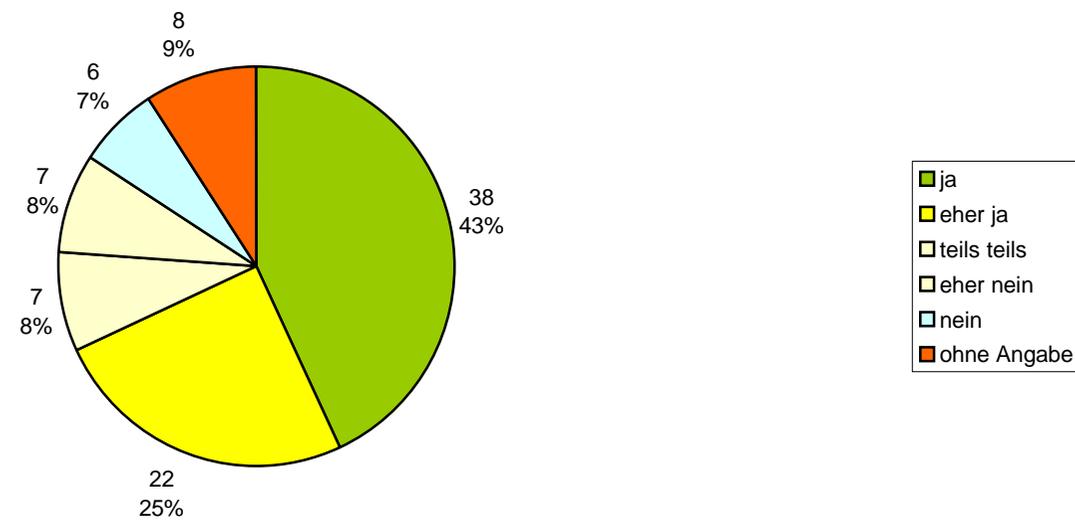
F.4 Insgesamt beurteile ich die Betreuung in der Zeit nach dem Aufenthalt im UKE als...

sehr gut	7	8%		
gut	30	33%		
befriedigend	5	6%		
ausreichend	6	7%		
mangelhaft	13	15%		
ohne Angabe	27	31%		

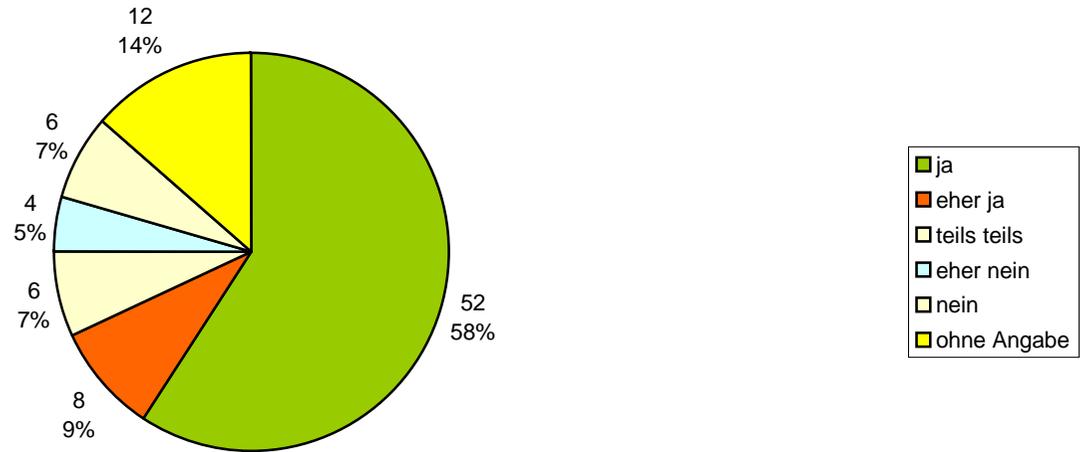


F.5 Wenn Sie mit der Betreuung in der Zeit nach dem Aufenthalt im UKE nicht zufrieden waren, welches sind die Gründe dafür:

nicht erreichbar				
Beratung?				
wegen Reha				
Ich habe keine Betreuung gehabt, nur die Reha war gut.				
Ich hatte zu Hause keine Betreuung.				
keine Betreuung nötig				
Es wurden nur auf Nachfragen reagiert!				
Betreuung war nicht erforderlich				
Betreuung durch Heimarzt, nicht vom UKE				
Man hätte mich zum Beispiel telefonisch kontaktieren können.				
Kein Kontakt				
Keine Betreuung				

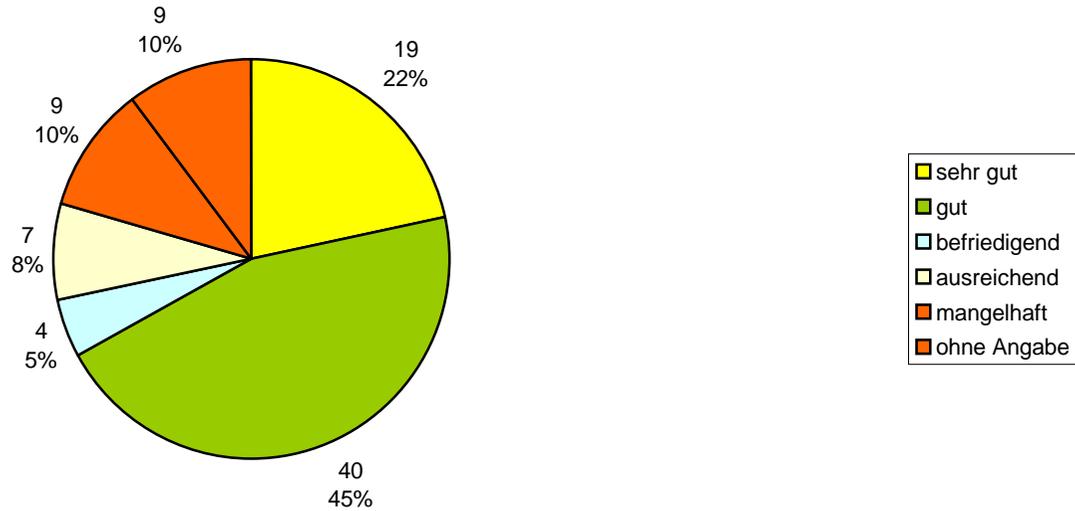
ohne Angabe	76		
Gesamtbeurteilung des Sozialdienstes			
G.1 Insgesamt war ich mit der Betreuung durch den Sozialdienst sehr zufrieden.			
ja	38	43%	
eher ja	22	25%	
teils teils	7	8%	
eher nein	7	8%	
nein	6	7%	
ohne Angabe	8	9%	
 <p>The pie chart visualizes the data for G.1. The largest segment is 'ja' at 43% (38 responses), followed by 'eher ja' at 25% (22 responses). The remaining categories are 'teils teils' (8%, 7), 'eher nein' (8%, 7), 'nein' (7%, 6), and 'ohne Angabe' (9%, 8).</p>			
G. 2 Ich hatte insgesamt den Eindruck, dass Patienten als Störfaktoren empfunden werden.			

ja	2	2%		
eher ja	2	2%		
teils teils	4	4%		
eher nein	8	9%		
nein	57	65%		
ohne Angabe	15	17%		
G.3 Den Sozialdienst des UKE würde ich meinen Freunden und Bekannten empfehlen.				
ja	52	58%		
eher ja	8	9%		
teils teils	6	7%		
eher nein	4	5%		
nein	6	7%		
ohne Angabe	12	14%		



G.4 Insgesamt beurteile ich den Sozialdienst als...

sehr gut	19	22%		
gut	40	45%		
befriedigend	4	5%		
ausreichend	7	8%		
mangelhaft	9	10%		
ohne Angabe	9	10%		



Freie Kritik

H. 1 Besonders gut gefallen hat mir am Sozialdienst:

Die Beratung zur Antragstellung und Hilfe zur Erreichung der Reha-Maßnahme und Beantragung des Schwerbehindertenausweises				
Unbürokratisch und schnell				
Der Sozialdienst hat meine Interessen vertieft.				
Schnelle Bearbeitung meiner Rehaangelegenheit				
Zügig und den Wünschen entsprechend gehandelt				
Die schnelle, unbürokratische Art				
Ich benötigte sehr kurzfristig eine AHB, der S. hat äußerst schnell reagiert. Antragstellung bei der Krankenkasse.				
Besuch am Krankenbett, unaufdringlich, sachlich und kompetent, sehr freundlich				

Dass Sie die Verbindung zum häuslichen ambulanten Pflege hergestellt haben, so hatten sie nach meiner Entlassung die Pflege nahtlos weitergeführt.				
Sie waren schnell zur Stelle, sie haben meine Wünsche nach Reha umgehend bearbeitet.				
Bei schneller Einleitung von Rehamaßnahmen.				
Übernahme der Rehaangelegenheiten. Mehr Bedarf an Sozialdienst hatte ich nicht.				
Prompte, umfassende + unkomplizierte Beratung durch die Mitarbeiterin ihres Sozialdienstes				
Er war sofort zur Stellung und kompetent.				
Sozialarbeiterin kam ans Krankenbett.				
Kompetenz, gute Erledigung der Nachbehandlung (Reha) in Verbindung mit Krankenkasse und Beihilfe.				
schnelle Vermittlung zur Reha.				
Dass auf eigene Wünsche und Vorschläge eingegangen wurde				
Der gesamte Aufenthalt im UKE war sehr gut. Alle waren nett, freundlich, hilfsbereit. Ich habe es noch nie so gut gehabt.				
Die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft.				
Informationen über mehrere Maßnahmen (z.B. Kur), kurze Entscheidungen für die notwendigen Maßnahmen.				
Kompetente Beantwortung meiner Fragen.				
Vermittlung zur Reha				
hat den Rehabilitations-Antrag sehr schnell an meinen Rentenversicherungsträger geleitet. Konnte mir in meiner Wohnungssuche eine Klinik nennen.				
Sehr freundlich, auf die Patienten eingerichtet, zügig, sind schnell, kompetent				
keine Angabe		63		
H.2 Einige Dinge haben mir nicht so gut gefallen:				
Ich wurde nur gefragt, ob ich zur Reha möchte.				
nichts Negatives				
Sie haben sich nicht nochmal gemeldet.				
Fehlende Aufklärung. Keine Unterstützung bei Antragstellung.				
Ich hätte mir vor und nach der Operation mehr Aufklärung gewünscht.				
Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit bettlägerigen Patienten, die für Rehamaßnahmen vorgesehen sind, muss man mit ihnen absprechen und dann durchführen; eine Rehamaßnahme muss auch in der richtigen Reha-Klinik durchgeführt werden.				

