

hochschule für angewandte wissenschaften
Fakultät Wirtschaft und Soziales hamburg
university of applied sciences

Studiendepartment Soziale Arbeit

Diplomarbeit

Frühe Intervention Sozialer Arbeit im Kranken-
haus bei psychosozialen Risikofaktoren in der
Geburtshilfe

Tag der Abgabe: 22. April 2008

Vorgelegt von: Maren Oehlmann



Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Harald Ansen

Zweite Prüfende: Prof. Dr. Carmen Gransee

Inhaltsverzeichnis

<u>EINLEITUNG</u>	1
<u>1 FRÜHE INTERVENTION DURCH PRÄVENTIONSPROJEKTE</u>	4
1.1 FRÜHWARNPROJEKTE FÜR FAMILIEN MIT PSYCHOSOZIALEN BELASTUNGEN	4
1.2 ZUGANG ZU DER ZIELGRUPPE ÜBER DIE GEBURTSHILFE IM KRANKENHAUS	7
1.3 IDENTIFIKATION VON EINFLUSSFAKTOREN	9
1.3.1 RISIKOFAKTOREN	12
1.3.2 SCHUTZFAKTOREN	14
1.3.3 FOLGEN FÜR DIE KINDER	17
1.4 KURZES FAZIT UND WEITERFÜHRENDE ASPEKTE	19
<u>2 SOZIALE ARBEIT IM KRANKENHAUS</u>	21
2.1 GESCHICHTLICHER RÜCKBLICK	21
2.2 SOZIALE ARBEIT HEUTE	24
2.2.1 ETHISCHE ASPEKTE	26
2.2.2 AUFGABEN UND ZIELE	27
2.3 ADRESSAT/-INNEN	29
2.4 BEHANDLUNGSANSÄTZE	30
2.4.1 LEBENSWELTORIENTIERUNG	32
2.4.1.1 REKONSTRUKTION DER LEBENSWELT	33
2.4.1.2 DIMENSIONEN DER LEBENSWELT	36
2.4.2 SOZIALE BERATUNG	38
2.4.2.1 ZIELE DER SOZIALEN BERATUNG	38
2.4.2.2 METHODIK DER SOZIALEN BERATUNG	39
2.4.2.3 INTERVENTIONEN IN DER SOZIALEN BERATUNG	42
2.4.3 CASE MANAGEMENT	44
2.4.3.1 ZIELE DES CASE MANagements	45
2.4.3.2 DIE AUFGABEN DER SOZIALEN ARBEIT IM CASE MANAGEMENT	46
2.4.3.3 PHASEN IM CASE MANAGEMENT	46
2.5 KURZES FAZIT UND WEITERFÜHRENDE ASPEKTE	48

<u>3 RAHMENBEDINGUNGEN SOZIALER ARBEIT IM KRANKENHAUS</u>	<u>50</u>
3.1 RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	50
3.2 ÖKONOMISCHE RAHMENBEDINGUNGEN	52
3.3 STRUKTURELLE AUSSTATTUNG	53
3.3.1 ORGANISATIONSSTRUKTUREN	54
3.3.2 KOMMUNIKATIONS- UND KOOPERATIONSSTRUKTUREN	55
3.3.3 KOMMUNIKATIONS- UND KOOPERATIONSPARTNER IN DER GEBURTSHILFE	57
3.4 PERSONELLE AUSSTATTUNG DER SOZIALEN ARBEIT IM KRANKENHAUS	60
3.4.1 STELLENBESCHREIBUNG	62
3.4.2 KOMPETENZEN DER SOZIALPÄDAGOG/-INNEN IM KRANKENHAUS	62
3.5 KURZES FAZIT UND WEITERFÜHRENDE ASPEKTE	63
<u>4 INTERVENTIONEN DER SOZIALEN ARBEIT IN DER GEBURTSHILFE</u>	<u>65</u>
4.1 LEISTUNGSBESCHREIBUNG DER FRÜHEN INTERVENTION	65
4.1.1 RAHMENBEDINGUNGEN DER SOZIALEN ARBEIT IN DER GEBURTSHILFE	66
4.1.1.1 ENTWICKLUNG EINES KONZEPTES	66
4.1.1.2 KOOPERATIONSPARTNER	66
4.1.1.3 EINRICHTUNG DES ARBEITSPLATZES	68
4.1.1.4 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	69
4.1.2 ABLAUF DER INTERVENTIONEN	69
4.1.2.1 GESPRÄCH IN DER GEBURTSHILFE UND SCREENINGVERFAHREN	71
4.1.2.2 ERSTGESPRÄCH DURCH DIE SOZIALE ARBEIT	74
4.1.2.3 KLÄRUNG DER SITUATION DER FAMILIEN	75
4.1.2.4 EINLEITUNG DER INTERVENTIONEN	78
4.1.2.5 ENTLASSUNG	81
4.2 KURZES FAZIT	82
<u>5 AUSBLICK</u>	<u>83</u>
<u>VERZEICHNIS DER TABELLEN UND ABBILDUNGEN</u>	<u>1</u>
<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	<u>1</u>
<u>SCHRIFTLICHE ERKLÄRUNG</u>	<u>1</u>

Einleitung

Mit dem rasanten Wandel der modernen Gesellschaft durch zunehmende Industrialisierung, Technisierung und Globalisierung haben sich die Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Kindern verändert. Durch diesen Wandel vergrößert sich die Zahl der Familien, die in Arbeitslosigkeit oder Überschuldung leben, und erhöht somit das Armutsrisiko¹ maßgeblich. Diesen Familien steht nur ein geringes Einkommen zur Verfügung oder sie sind aufgrund von Arbeitslosigkeit auf den Erhalt von Sozialhilfe angewiesen. Die daraus resultierenden Lebenslagen führen zu einem Mangel an der Versorgung mit Nahrungsmitteln, Bekleidung oder Wohnraum. Des Weiteren zieht dies eine Einschränkung in der Gesundheitsvorsorge, an der Teilhabe an Bildung und kulturellen Angeboten nach sich. Eine Abnahme von sozialen Kontakten und Beziehungen ist die typische Folge (vgl. Brinkmann 2007:54f.). Dies wiederum führt vermehrt dazu, dass die Familien nicht mehr auf Unterstützungssysteme wie nachbarschaftliche Gemeinschaften oder ihre eigene Familie zurückgreifen (vgl. Helming 2006:8). Im Zuge dieses Wandels nimmt die Bedeutung der Sozialen Arbeit deutlich zu, und bildet eine wichtige Unterstützungsleistung für diese Familien, besonders, wenn sie nicht mehr auf ihre Unterstützungssysteme zurückgreifen können.

Viele Familien in Deutschland sind nicht mehr in der Lage, ihren Kindern die notwendige Versorgung zu bieten. So kann es einerseits durch eine nicht hinreichende Versorgung und Gesundheitsfürsorge und andererseits durch ein nicht ausreichendes oder ständig wechselndes emotionales Beziehungsangebot zu massiven Entwicklungsstörungen kommen. Die Folgen für die Kinder erstrecken sich von leichten Beeinträchtigungen bis hin zu massiven Vernachlässigungen (vgl. Deutsches Jugendinstitut 2006).

Durch die Zunahme von Todesfällen aufgrund von Vernachlässigungen in den letzten Jahren nahm die Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit deutlich zu. Die Bundesregierung reagierte darauf im Koalitionsvertrag 2005 mit der Forderung, soziale Frühwarnsysteme zur Förderung gefährdeter Kinder zu entwickeln. Ziel ist es, Kinder, die psychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt sind, von Anfang an zu schützen und eine entsprechende Förderung zu gewährleisten. In diesem Rahmen sollen unter ande-

¹ Armutsbegriff der Europäischen Nation: Als arm gilt eine Familie, wenn sie weniger als die Hälfte des vergleichbaren Durchschnittseinkommens der Gesamtbevölkerung zur Verfügung hat. Im Jahre 2007 lag dieses Durchschnittseinkommen in Deutschland bei monatlich ca. 2100 Euro brutto (vgl. Statistisches Bundesamt 2007:548) Hierbei ist zu beachten, dass mit jedem Kind das reale Einkommen der Familie sinkt (vgl. Brinkmann 2007:55)

rem die Leistungen des Gesundheitswesens mit den Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe besser miteinander vernetzt werden (vgl. Koalitionsvertrag CDU/CSU/SPD 2005:114f.). Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) stellte daraufhin das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ auf, das die Forderungen des Koalitionsvertrages umsetzen soll (vgl. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Presse/pressemitteilungen,did=75172.html> 2008). Kinder aus Familien, die hohe Belastungen und Risiken aufweisen, sollen danach schon in der Schwangerschaft bis zu einem Alter des Kindes von drei Jahren betreut und begleitet werden (vgl. <http://www.fruehehilfen.de/1870.0.html> 2008).

Aufgrund der Forderungen nach Frühwarnsystemen wurden in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Projekte ins Leben gerufen, die auf eine frühe Intervention abzielen. Diese Projekte suchen nach Möglichkeiten, eine frühe Identifizierung dieser Familien zu erreichen und eine Einbindung in das bestehende soziale Sicherungsnetz zu initiieren. Von besonderer Bedeutung ist hierbei der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit den Eltern. So wird in einigen Projekten schon in der Schwangerschaft ein erster Kontakt, bspw. bei einem Informationsabend in der Geburtsvorbereitung, zu den Mitarbeitern des Projektes hergestellt. Andere Projekte suchen den Kontakt im Verlauf des ersten Lebensjahres bei Hausbesuchen oder in Elterntreffs. Um die Familien zu erreichen, die keinerlei Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen oder noch nicht im sozialen Hilfenetz bekannt sind, bedarf es eines optimalen Zugangszeitpunktes. Aufgrund der hohen Frequentierung der Geburtshilfe durch Mütter und der bereits bestehenden Infrastruktur im Krankenhaus bietet diese sich als optimaler Zeitpunkt für die Erfassung von belasteten Familien an (vgl. Helming 2006:30).

Der Weg über die Geburtshilfe im Rahmen eines Präventionsprojektes ermöglicht einen breiten Zugang, da dieser in der Regel von einem Großteil der Familien durchlaufen wird. Hier gilt es, die Lebenslagen der Familien aufzudecken und in einem relativ kleinen Zeitfenster eine frühe Intervention einzuleiten. Die Aufgabenstellung, die sich hieraus ergibt, muss als ein Tätigkeitsbereich für die Soziale Arbeit verstanden und etabliert werden. Durch ihre spezifischen Ansätze kann die Soziale Arbeit bei der Erfassung von belasteten Familien eine genaue Analyse der Problemlagen vornehmen und geeignete Interventionen einleiten. Hierbei greift sie auf theoretische Handlungsansätze wie die Soziale Beratung und das Case Management zurück.

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist es, die Soziale Arbeit im Krankenhaus im Rahmen eines Präventionsprojektes näher zu beschreiben. Hierbei ist die frühzeitige Intervention in der Geburtshilfe zentraler Betrachtungsgegenstand; die psychosozialen Risikofaktoren von Familien stehen hierbei im Fokus. Der Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit wird detailliert dargestellt und es wird auf die Leistungen und Interventionen näher eingegangen. Die Qualifikationen und das Fachwissen sowie die Methoden und Handlungsansätze der Sozialen Arbeit bilden dazu die notwendige Grundlage und stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit.

Die Arbeit ist in vier Kapitel unterteilt. Zunächst wird im ersten Kapitel ein Überblick über diverse Präventionsprojekte gegeben. Dabei wird das 'Düsseldorfer Präventionsprojekt', welches den Zugang zu den Familien über die Geburtshilfe sucht, näher betrachtet. Anschließend werden die verschiedenen Einflussfaktoren, hier auch als Risikofaktoren bezeichnet, herausgearbeitet und in Zusammenhang mit den Ressourcen (Schutzfaktoren) gestellt.

Das zweite Kapitel gibt eine Übersicht über die Soziale Arbeit im Krankenhaus, um ihre verschiedenen Handlungsspielräume und Möglichkeiten zu verstehen. Bei einer geschichtlichen Darstellung werden die ehrenamtlichen Anfänge betrachtet, anhand derer die historischen Wurzeln der sozialpädagogischen Arbeit im Krankenhaus ersichtlich werden. Im Anschluss werden die heutigen Zielsetzungen und Aufgabenbereiche sowie mögliche Handlungsansätze dargestellt, die auch in der Geburtshilfe von Bedeutung sind.

Im dritten Kapitel werden die Rahmenbedingungen für die Soziale Arbeit im Krankenhaus betrachtet. Erläutert werden die Möglichkeiten und Grenzen und die gegebenen Handlungsspielräume. Um diese Spielräume besser zu verstehen, werden die rechtlichen, ökonomischen und strukturellen Gegebenheiten sowie der personelle Rahmen umrissen.

Im vierten Kapitel steht der Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit im Mittelpunkt der Betrachtung. Dies erfolgt anhand einer schematischen Darstellung des Ablaufes in der Geburtshilfe. Es werden die Aufgaben und eine mögliche Vorgehensweise bei der Identifizierung und Begleitung von Familien, die einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, vorgestellt. Ein abschließendes Fazit und ein Ausblick bilden den Abschluss der vorliegenden Arbeit.

1 Frühe Intervention durch Präventionsprojekte

1.1 Frühwarnprojekte für Familien mit psychosozialen Belastungen

Auf der Grundlage der Forderungen des Koalitionsvertrages der Bundesregierung vom 11.11.2005 zur Entwicklung sozialer Frühwarnsysteme werden in den einzelnen Bundesländern verschiedene Projekte entwickelt. Für diese Projekte wurden im Aktionsprogramm des BMFSFJ „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ die zu erreichenden Ziele ausformuliert, wie „systematisch und umfassend Zugang zur Zielgruppe zu finden, systematisch und objektiviert Risiken auf unterschiedlichen Ebenen zu erkennen, Familien zur aktiven Teilnahme zu motivieren, Hilfen passgenau an den Bedarf der Familie anzupassen, Monitoring und Möglichkeiten, das Modell im Regelsystem zu implementieren“ (Helming et al. 2006:10). Ziel ist es, das Gesundheitssystem mit der Kinder- und Jugendhilfe frühzeitig zu vernetzen, um Kinder vor Gefahren zu schützen. Von besonderer Bedeutung sind hierbei die Verbesserung der Erreichbarkeit von Risikogruppen und die Entwicklung geeigneter Präventionsangebote (vgl. <http://www.fruehehilfen.de/1871.0.html> 2008).

Bundesweit werden in den Projekten diese Ziele und die sich daraus ergebenden Aufgaben unterschiedlich umgesetzt. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über eine Auswahl dieser Projekte. Die Vielfältigkeit und unterschiedlichen Herangehensweisen an die Umsetzung des Aktionsprogramms wird dabei ersichtlich.

Projekt	Land	Träger
Ich bin stark im Babyjahr	Berlin	Aufsuchende Familienhilfe in enger Verzahnung mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) Zugang: Erstbesuchsdienst nach der Geburt Profession ² : Sozialpädagogik
Tausend und keine Nacht	Bayern	Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern Zugang: Beratungsstelle Profession: Psychologie, Heilpädagogik

² Unter einer Profession versteht man einen akademischen Beruf mit hohem Ansehen. Merkmale einer Profession sind ein hoher Grad an beruflicher Organisation, persönliche und sachliche Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in der Tätigkeit sowie eine eigene Berufsethik (vgl. Kraimer 2007:726f.).

1 Frühe Intervention durch Präventionsprojekte

STEEP	Hamburg	Training, Gruppen, Beratung Zugang: Müttergruppen, aufsuchende Angebote ³ Profession: Sozialpädagogik, Psychologie
Adebar	Hamburg	Zentrum: Familienhebammen, Krisenberatung, Familiencafé, Stadtteilentwicklung Zugang: Schwangerschaft, nach der Geburt Profession: Medizin, Pflege, Sozialpädagogik
Bremer Familienhebammen	Bremen	Familienhebammen Zugang: vor, während und nach der Geburt Profession: Hebammen ⁴
Begleitung und Primärhilfe in Familien	Mecklenburg-Vorpommern	Aufsuchende Familienbildung Zugang: aufsuchende Angebote Profession: Pflege, Sozialpädagogik, Pädagogik
Eltern stark machen	Mecklenburg-Vorpommern	Elterntraining für sozial benachteiligte Familien, integriert im Stadtteilzentrum Zugang: Elterntrainings Profession: Sozialpädagogik, Pädagogik
Zukunft für Kinder, Düsseldorf	Nordrhein-Westfalen	Clearingstelle zw. Gesundheitshilfe u. Jugendhilfe Zugang: Schwangerschaft und Geburtshilfe Profession: Medizin, Sozialpädagogik
Soziales Frühwarnsystem Gütersloh	Nordrhein Westfalen	Kooperationsprojekt Elternberatung (Kinderkrankenschwestern), sozialer Dienst und Akteure der Gesundheitshilfe Zugang: Schwangerschaft, Gynäkologie, Hebammen, Beratungsstelle Profession: Pflege, Sozialpädagogik
Schutzengel, Flensburg	Schleswig-Holstein	Zentrum: Elterntreff, in Kooperation mit Familienhebammen und aufsuchender Familienhilfe Zugang: offene Elterntreffs, Gruppenangebote, aufsuchende Angebote Profession: Medizin, Pflege, Sozialpädagogik
Entwicklungspsychologische Beratung Pößneck und Jena	Thüringen	Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern Zugang: Erziehungsberatungsstelle Profession: Sozialpädagogik

Tabelle 1: Auswahl verschiedener Präventionsprojekte⁵ (vgl. Helming et al. 2006:26)

Die in Tabelle 1 aufgeführten Projekte suchen mit unterschiedlichen Methoden und zu verschiedenen Zeitpunkten einen Zugang zu den Familien. Das Projekt der Stadt Düsseldorf in Nordrhein-Westfalen „Zukunft für Kinder“ sucht über die Geburtshilfe einen Zugang zu den Eltern, weshalb eine genauere Betrachtung dessen für die vorliegende Arbeit aufschlussreich ist.

³ Aufsuchende Angebote „Geh-Strukturen“: hierbei suchen Fachkräfte die Familien in der häuslichen Umgebung auf. Familien mit hohen Belastungen sind meist nicht in der Lage, Angebote z.B. einer Beratungsstelle, die sie eigenständig aufzusuchen müssen („Komm-Struktur“), zu nutzen (vgl. Cierpka 2006:435).

⁴ Hebammen: In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff der Hebamme genutzt, dieser schließt die männliche Form mit ein.

⁵ Nähere Informationen über die einzelnen Präventionsprojekte können bei Helming oder unter: <http://www.fruehehilfen.de/1877.0.html> nachgelesen werden.

Düsseldorfer Präventionsprojekt

Das Präventionsprojekt „Zukunft für Kinder“ wurde in einer Kooperation zwischen der städtischen Jugendhilfe, dem Gesundheitsamt und den umliegenden Kinderkliniken im Juni 2005 ins Leben gerufen. Schon in der Schwangerschaft oder in der Geburtshilfe werden hier die Eltern ermittelt, die aufgrund von Risikofaktoren einer Unterstützung bedürfen (vgl. Cierpka et al. 2006:437). Die Risikofaktoren werden durch ein sogenanntes Screeningverfahren in der Geburtshilfe im Krankenhaus erfasst, um auf der einen Seite eine frühe Vernetzung dieser Eltern in das bereits bestehende Hilfenetz aus niedergelassenen Kinderärzten/-innen, Beratungsstellen, Hebammen, Frühförderungsprojekten und weiteren verschiedenen Anlaufstellen zu gewährleisten und um auf der anderen Seite die elterliche Kompetenz und das Gesundheitsbewusstsein so früh wie möglich zu fördern (vgl. Kratzsch 2006:12).

Die Teilnahme an dem Projekt erfolgt auf freiwilliger Basis und wird je nach Bedarf bis zum dritten Lebensjahr gewährt. Über diesen Zeitraum ist eine sogenannte „Clearing-Stelle“ Anlaufstelle für die Eltern des Projektes. Diese Clearing-Stelle ist eine eigenständige Institution, die die Koordination, Vernetzung und Evaluation des gesamten Projektes übernimmt. Sie ist somit nicht nur Anlaufstelle für die Eltern, sondern auch für die verschiedenen Professionen, die bei der Unterstützung der Eltern involviert sind. Das Personal der Clearing-Stelle (Medizin, Soziale Arbeit, Pflege) setzt sich aus Mitarbeiter/-innen des Gesundheits- und Jugendamtes oder der Kinderklinik zusammen.

Durch die Mitarbeiter/-innen der Clearing-Stelle werden die geeigneten Unterstützungsleistungen für die einzelnen Familien durch Befragungen und Datenerhebungen festgelegt. Auf Grundlage dieser erhobenen Daten können die unterschiedlichen Berufsgruppen daraufhin einen Hausbesuch mit den Eltern vereinbaren. Die Besuche werden laufend dokumentiert, um einen Überblick über den Verlauf der Unterstützungsleistung zu erhalten und über weitere Interventionen oder eine Beendigung der Leistung zu entscheiden. Um eine Kontrolle auch bei Kindern, die keine Unterstützung mehr in Anspruch nehmen, zu gewährleisten, bekommen diese bei der Geburt neben den allgemeinen Untersu-

chungsunterlagen⁶ für die ersten Lebensjahre eine sogenannte „Grüne Karte“. Diese Karte wird bei den Vorsorgeuntersuchungen durch den Kinderarzt/-in ausgefüllt und an die Clearing-Stelle zurückgesandt. Somit kann eine fortlaufende Dokumentation über den Entwicklungs- und Gesundheitszustand des Kindes erfolgen, die eine erneute Intervention bei Auffälligkeiten ermöglicht (vgl. http://www.duesseldorf.de/gesundheit/zukunft_fuer_kinder/index.shtml 2008).

Die Kontaktaufnahme mit Eltern mit psychosozialen Belastungen erfolgt in diesem Projekt über die Geburtshilfe. Das hier angewandte Screeningverfahren fragt Risikofaktoren ab, die bei Vorhandensein zu einer Beeinträchtigung des Kindes führen können.

Der Zugang zu den Eltern, und hier insbesondere der über die Geburtshilfe soll im Folgenden eingehend betrachtet werden.

1.2 Zugang zu der Zielgruppe über die Geburtshilfe im Krankenhaus

In den einzelnen Präventionsprojekten erfolgt der Zugang zu psychosozial belasteten Familien unterschiedlich. Man unterscheidet hierbei zwischen systematischen und/oder breiten und fokussierten und/oder spezifischen Zugängen. Ersterer beinhaltet die Erfassung über die Geburtshilfe oder über die Meldung der Geburt bei dem jeweiligen Einwohnermeldeamt. Dieser Zugang richtet sich an alle Eltern, die ein Kind bekommen haben.

Die fokussierten und/oder spezifischen Zugänge richten sich an eine bestimmte Teilpopulation, die einen speziellen Hilfebedarf, wie z. B. Fragen zur Erziehung, Pflege oder Ernährung des Kindes aufweist. Diese Zugänge sind Unterstützungsleistungen, wie das Angebot von Elterngruppen, von Ersthausbesuchsdiensten oder von Beratungen nach der Geburt.

Im Jahre 2006 evaluierte das deutsche Jugendinstitut die Projekte der Bundesländer. Wesentliches Ergebnis des Abschlussberichtes war es, dass ein umfassender Zugang zu hilfsbedürftigen Familien nur durch das Gesundheitssystem möglich ist, da nur so eine Grundlage für die Erkennung von Risikofaktoren zu einem frühen Zeitpunkt ermöglicht wird (vgl.

⁶ Allgemeine Untersuchungen, auch als U-Untersuchungen bezeichnet. Erfolgen in regelmäßigen Abständen von der Geburt an bis zum 5. Lebensjahr. Sie werden in der Regel zu Beginn von Hebammen oder Kinderärzt/innen, im Verlauf von niedergelassenen Kinderärzt/-innen durchgeführt.

1 Frühe Intervention durch Präventionsprojekte

[http://www.fruehehilfen.de/ 1977.0.html](http://www.fruehehilfen.de/1977.0.html) 2008). HELMING geht davon aus, dass dieser Zugang zu den Eltern „von Vorteil [...] ist, [da] man auf diese Weise eine bestehende, etablierte Infrastruktur für einen Erstkontakt nutzen kann“ (Helming et al. 2006:30). Dieser Zugang wird zum heutigen Zeitpunkt aber nur wenig genutzt, da bspw. die Berufsgruppen in der Geburtshilfe für die Identifikation und Bearbeitung von belasteten Lebenslagen nicht ausreichend qualifiziert sind (vgl. Helming et al. 2006:30).

In der Geburtshilfe ist die Erreichung der Familien aufgrund der hohen Frequenzierung deutlich einfacher als vor und nach der Geburt im häuslichen Umfeld. Die Geburtshilfe ist eine Einrichtung, die die Mütter in den meisten Fällen nicht umgehen können, wie bspw. Schwangerschaftsvorsorge oder eine Begleitung nach der Geburt durch eine Hebamme.

In verschiedenen Projekten - wie auch im Düsseldorfer Präventionsprojekt - wird auf das Screeningverfahren zurückgegriffen. Ein Screening ist ein Verfahren, das dazu genutzt werden kann, „bestimmte Sachverhalte, Risiken oder Störungen in größeren Gruppen zu identifizieren“ (Kindler 2005:38). Dabei werden psychosoziale Risikofaktoren anhand von Indikatorenbögen in der Geburtshilfe abgefragt. Neben den durch die Befragung herausgearbeiteten Indikatoren können in einigen Fällen auch dem Mutterpass Faktoren entnommen werden. Voraussetzung hierfür ist eine hinreichende Nutzung durch niedergelassene Gynäkologen und Gynäkologinnen. So kann ein neben der medizinischen Versorgung bestehender psychosozialer Hilfebedarf identifiziert werden.

Vorteile der Nutzung der Geburtshilfe als Zugang zu den Familien ist, dass einerseits mit dem Screeningverfahren keine großen zusätzlichen Kosten anfallen, dennoch ein Zugang zu den Familien geschaffen werden kann, die noch nicht an ein Hilfesystem angebunden sind. Andererseits wird das Verfahren im Rahmen eines Gespräches um die Geburt herum von den Familien nicht als stigmatisierend empfunden. Die Eltern empfinden meist noch keine Überlastungsgefühle, die im Zusammenhang mit dem Kind stehen, und das elterliche Erziehungsverhalten wird noch nicht beeinflussend bewertet. Des Weiteren kann man davon ausgehen, dass Eltern sich für das Kind bei der Entbindung wünschen, dass sich ihr Kind gesund und normal entwickelt und sie daher zum Zeitpunkt der Entbindung für Unterstützungsleistungen deutlich zugänglicher

sind. Eine Intervention, die daher schon in der Geburtshilfe erfolgt, kann von den Eltern als eine Chance angesehen werden, mit dem Kind einen neuen Anfang in der Lebensgestaltung einzuleiten (vgl. Helming et al. 2006:73f.).

Vorraussetzung für eine optimale Nutzung des Zugangs über die Geburtshilfe ist nach HELMING, dass das „medizinische Personal (Ärzte, Hebammen, Krankenschwestern) in den Kliniken ausreichend qualifiziert ist, auch psychosoziale Belastungsfaktoren von Familien wahrzunehmen und zu beurteilen“ (Helming et al. 2006:30). Fraglich ist jedoch, ob die geringe Aufenthaltsdauer der Frauen in der Geburtshilfe — im Durchschnitt ca. drei Tage — ausreichend ist, um sich einen umfassenden Eindruck über die familiäre Situation zu machen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Geburt an sich als eine Ausnahmesituation gilt, die eine enorme Anpassungsleistung der Eltern, in körperlicher wie auch in seelischer Hinsicht, einfordert (vgl. Helming et al. 2006:9f.). Durch diese Situation können untypische Verhaltensweisen nicht ausgeschlossen werden, die sich im Zusammenhang mit psychosozialen Risikofaktoren noch weiter verstärken können. Im Folgenden sollen diese Risikofaktoren, die eine Grundlage für das Screeningverfahren bilden, eingehend untersucht werden.

1.3 Identifikation von Einflussfaktoren

In der Betrachtung der Vernachlässigungsfälle der letzten Zeit wird vermehrt auf die Bedeutung der familiären Lebensumstände geachtet. Diese sind zunehmend von negativen aber auch von positiven Einflussfaktoren geprägt und können die Entwicklung von Kindern stark beeinflussen. Für die Frühwarnprojekte sind diese Einflussfaktoren — man unterscheidet hier zwischen den negativen Risikofaktoren und den positiven Schutzfaktoren — von maßgebender Bedeutung. Sie können Indikatoren dafür sein, dass es im weiteren Verlauf der kindlichen Entwicklung zu einer Beeinträchtigung bzw. Beeinflussung kommen kann.

Die Erforschung und Analyse dieser Einflussfaktoren steht im Mittelpunkt zahlreicher Studien, die aber erst in der Mitte des 20. Jahrhunderts begonnen wurden. 1951 erforschte BOWLBY im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals die Auswirkungen von Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch auf die kindliche Entwicklung. Er ging davon aus, dass „eine längere Deprivation von mütterlicher Zuwendung in der frühen Kindheit ernste und

weitreichende Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung und damit für das ganze Leben eines Menschen haben kann“ (Bowlby 1951 zit. nach Egle Tieber et al. 2000:3).

Gegenstand der Forschungen der Folgejahre war die Identifizierung von Risikofaktoren, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Umständen schwerer traumatischer Belastungen standen, und die sofort oder im späteren Leben körperliche, psychische oder psychosomatische Erkrankungen hervorrufen können. Weiterhin erforschte man sogenannte Schutzfaktoren, die sich auf Risikofaktoren oder risikobehaftete Situationen positiv auswirken können (vgl. ebd. 2000:3f.).

Für die Ermittlung dieser Faktoren kann auf Ergebnisse von Studien zu Risiko- und Schutzfaktoren zurückgegriffen werden. Eine hohe Ergebnisquote für die Erfassung von Faktoren und deren Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung erzielen hierbei Studien, die über einen längeren Zeitraum angelegt sind, sogenannte Längsschnittstudien. Durch ihre Dauer von mehreren Jahrzehnten ist eine Aussage über die Folgen einer Vernachlässigung möglich. Ein Ziel dieser Studien ist es, Risiko- und Schutzfaktoren zu erkennen und deren Auswirkungen zu betrachten. In ihnen wurden zahlreiche Faktoren analysiert, die auf die kindliche Entwicklung positiv wie auch negativ einwirken können. Hierbei wird auf der einen Seite von biologischen und auf der anderen Seite von psychosozialen Einflussfaktoren gesprochen. Diese Einflussfaktoren treten nicht einzeln, sondern in bestimmten Familien meist gehäuft auf, und es kann davon ausgegangen werden, dass negative Faktoren sich verstärken und es somit zu einer Beeinträchtigung der Entwicklung kommt (vgl. Laucht et al. 2002:5f.).

Die Kauai-Studie lieferte erste repräsentative Ergebnisse sowohl über Risiko- als auch über Schutzfaktoren, auf deren Grundlage neuere Studien, wie z.B. die Mannheimer Risikokinderstudie, initiiert wurden. Hierzu werden die beiden Längsschnittstudien kurz vorgestellt, um im Anschluss die Risiko- und Schutzfaktoren und die Folgen für die Kinder näher zu betrachten.

Kauai-Studie

Eine grundlegende Studie zur Identifizierung von Risiko- und Schutzfaktoren wurde im Jahre 1955 von der Entwicklungspsychologin WERNER über einen

Zeitraum von 40 Jahren auf der hawaiianischen Insel Kauai durchgeführt, in der rund 700 Kinder des Geburtsjahrgangs 1955 auf Folgen von Entwicklungsrisiken untersucht wurden. In diesen Forschungen wurden speziell entwicklungsrelevante Risiko- und Schutzfaktoren an verschiedenen Erhebungszeitpunkten (Pränatale Episode, 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren) und die Entwicklung von Vulnerabilität⁷ und Resilienz⁸ untersucht. Die Kinder stammten aus unterschiedlichen ethnischen Gruppen sowie größtenteils aus Unter- oder Mittelschichtfamilien. Ein Drittel der untersuchten Kinder wurde als Risikokinder eingestuft, da sie und ihre Familien Risikofaktoren, wie z.B. perinatale Komplikationen, ärmliche Verhältnisse, Trennung der Eltern, Alkoholismus, psychische Erkrankungen der Eltern, Abwesenheit des Vaters, disharmonisches Familienklima und längerfristige Trennungen von der Mutter im ersten Lebensjahr ohne stabile Ersatzbetreuung aufwiesen (vgl. Werner 2007:20f.).

Mannheimer Risikokinderstudie

Eine Forschungsgruppe des Mannheimer Zentralinstituts für seelische Gesundheit untersuchte unter Leitung von ESSER und LAUCHT die Geburtsjahrgänge von 1986 bis 1988. Hierbei standen 362 Kinder im Zentrum der Arbeit. Dabei handelte es sich um Säuglinge aus verschiedenen Kliniken bei Mannheim, die verschiedene Kriterien, wie z.B. erstgeborenes Kind, Aufwachsen bei leiblichen Eltern, keine schweren angeborenen Erkrankungen, Sinnesbehinderungen oder Missbildungen aufwiesen.

Inhalte der Studie waren u. a.:

- „die Analyse des Zusammenwirkens von bei Geburt bestehenden biologischen und psychosozialen Risiken auf die kindliche Entwicklung [...],
- die Berücksichtigung akuter Lebensereignisse und chronischer Belastungen in der weiteren Entwicklung,
- die Berücksichtigung von Erziehungsverhalten und Qualität der Eltern-Kind-Interaktion“ (Esser et al. 1995:34).

⁷ Vulnerabilität (Verwundbarkeit) umschreibt eine genetisch, biochemisch oder auch durch Geburtstrauma bedingte Disposition, Anfälligkeit oder Sensibilität eines Menschen, durch Belastungen eine Störung davon zu tragen. (http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=1772 2008)

⁸ Resilienz (Widerstandsfähigkeit) umschreibt die Fähigkeit, mit den Folgen von risikoreichen Lebensbedingungen umzugehen und Bewältigungskompetenzen zu entwickeln. Diese Fähigkeit können Kinder im Verlauf ihres Lebens durch Interaktionen mit der Umwelt entwickeln, aber ebenso wieder verlernen (vgl. Scheithauer et al.1999:10).

Im Rahmen der Studie standen zu Beginn die biologischen Risikofaktoren im Mittelpunkt, heute geht der Blick von diesen Faktoren weg, hin zu den psychosozialen Faktoren (vgl. Laucht et al. 2004:339ff.; Laucht et al. 1999a:74). Auf diese Faktoren konzentrieren sich die folgenden Ausführungen.

1.3.1 Risikofaktoren

Zur Erforschung von Risikofaktoren werden in Längsschnittstudien auf der einen Seite die 'normale', auf der anderen Seite die davon abweichende Entwicklung von Kindern untersucht. Dabei werden alle Entwicklungsbedingungen und Eigenschaften, welche die abweichende Entwicklung von der 'normalen' unterscheiden, als Risikofaktoren definiert (vgl. Esser et al. 2002:199). In den verschiedenen Längsschnittstudien wurden unterschiedliche Merkmale herausgefiltert, als Risikofaktoren eingestuft und in Bezug auf ihre Wirkungen auf die psychische und physische Gesundheit der Kinder analysiert (vgl. Laucht et al. 2000a:246).

Diese Risikofaktoren werden in zwei Gruppen eingeteilt. Die eine Gruppe bezieht sich auf biologische oder psychologische Merkmale des Individuums wie genetische Belastungen, geringes Geburtsgewicht oder schwieriges Temperament. Unter die andere Gruppe fallen psychosozialen Risikofaktoren, die aus der Umwelt des Kindes stammen, wie bspw. eine materielle Notlage der Familie, Kriminalität oder psychische Erkrankung eines Elternteils (vgl. Laucht et al. 2000a:247). Diese Faktoren sind insbesondere von Bedeutung, wenn sie bereits bei der Geburt des Kindes vorhanden sind. LAUCHT trägt zentrale Risikomerkmale aller Studien zusammen und nutzt diese, um die Kinder der Mannheimer Risikokinderstudie, die eben diese Merkmale aufweisen, als Risikokinder einzustufen und zu analysieren.

1 Frühe Intervention durch Präventionsprojekte

Dabei ordnet er Risikofaktoren den drei Bereichen Eltern, Partnerschaft und Familie zu. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über seine Erkenntnisse.

Kriterien	Klassifikation
1. Eltern	
Niedriges Bildungsniveau der Eltern	Keine abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung oder Sonderschulabschluss
Psychische Störung eines Elternteils	Mäßige oder schwere Störung gemäß der Kriterien von DSM-III oder ICD-10
Anamnestische Belastungen der Eltern	Herkunft aus instabilen familiären Verhältnissen oder Straffälligkeit eines Elternteils
Mangelnde Bewältigungsfähigkeiten der Eltern	Im Umgang mit belasteten Lebensereignissen des letzten Jahres und dessen Folgen wie z. B. sozialer Rückzug
2. Partnerschaft	
Disharmonische Partnerschaft	Geringes Niveau der elterlichen Beziehungsqualität in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Harmonie, Kommunikation, Wärme
Frühe Elternschaft	Alter der Eltern unter 18 Jahren, Dauer der Partnerschaft weniger als 6 Monate bei Konzeption
Ein-Eltern-Familie	Alleinerziehende Mutter/Vater bei Geburt des Kindes
Unerwünschte Schwangerschaft	Abbruch der Schwangerschaft wurde ernsthaft in Erwägung gezogen
3. Familie	
Beengte Wohnverhältnisse	Mehr als eine Person pro Raum oder weniger als 50 m ² Wohnfläche
Mangelnde soziale Integration und Unterstützung	Eingeschränkte soziale Kontakte und fehlende Unterstützung bei der Betreuung des Kindes
Ausgeprägte chronische Schwierigkeiten	Bspw. Arbeitslosigkeit, chronische Krankheit, mit einer Dauer von Länger als einem Jahr

Tabelle 2: Kriterien einzelner Risikofaktoren (vgl. Laucht et al. 1999a:77/85)

In den Studien wurden die Risikofaktoren zu Beginn einzeln betrachtet, was zur Folge hatte, dass die risikobelasteten Kinder, die nur einen Risikofaktor aufwiesen, sich fast zu 80 Prozent normal entwickelten und daher keine konkreten Aussagen über eine Beeinflussung erzielt werden konnten (vgl. Laucht et al. 1999b:303f.). Erst im Zusammenwirken mit anderen Risikofaktoren kann ein negativer Einfluss auf die kindliche Entwicklung beobachtet werden. Demnach richtete sich der Blick der Forschung auf die Kumulation von Risiken. Je mehr Risiken zusammentreffen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Beeinträchtigung. Man kann bspw. davon ausgehen, dass Kinder, die in Armut leben, mit größerer Wahrscheinlichkeit Eltern mit psychischen Störungen aufweisen und die Kinder daher eine schlechtere Ernährung und Pflege erhalten (vgl. Scheithauer et al. 1999:6).

Die Ergebnisse der Risikoforschung geben Auskunft darüber, inwiefern ein Zusammenhang zwischen Risikokonstellationen und der kindlichen Entwicklung besteht. Konkrete Zusammenhänge können jedoch aufgrund der Individualität des einzelnen Kindes und seiner Umwelt nicht gegeben werden. Demnach ist in den Studien lediglich eine Aussage zur Wahrscheinlichkeit einer Gefährdung einer bestimmten Gruppe möglich. Zu welchem Ergebnis das Zusammenwirken von Risikofaktoren und Personen-/Umweltmerkmalen führt, verdeutlicht sich nach LAUCHT in interaktionistischen Ansätzen. Hier spielt der Begriff des Schutzfaktors, auch protektiver Faktor genannt, als positiver Gegenbegriff zu den Risikofaktoren eine zentrale Rolle. Diese Schutzkonzepte, die den Risikofaktoren beeinflussend gegenüberstehen, rücken die gesunde Entwicklung und die Betrachtung gesundheitsförderlicher und krankheitsvorbeugender Faktoren in den Vordergrund (vgl. Laucht et al. 1999b:304).

1.3.2 Schutzfaktoren

Jedes Kind reagiert auf Belastungen unterschiedlich. Auch wenn in der Entwicklung verschiedene riskante Umstände und Lebensereignisse auftreten, entwickeln sich einige Kinder zu gesunden Erwachsenen, andere tragen Beeinträchtigungen davon. Das Schutzkonzept der Resilienzforschung beschäftigt sich mit dem Aspekt, warum sich Kinder trotz widriger Umstände gut entwickeln. Hierbei spielen die von WERNER in der Kauai-Studie identifizierten Schutzfaktoren eine entscheidende Rolle. In dieser Studie werden die Kinder, die Risikofaktoren

1 Frühe Intervention durch Präventionsprojekte

aufweisen, dahingehend untersucht, welche Merkmale sie vor einer Entwicklungsbeeinträchtigung schützen. Dabei geht man von Merkmalen aus, die auf der einen Seite die Eigenschaften des Kindes (personale Ressourcen) und auf der anderen Seite die Eigenschaften des sozialen Umfeldes (soziale Ressourcen) beinhalten (vgl. Laucht et al. 2000b:106f.).

LAUCHT fasst die verschiedenen Merkmale der Schutzfaktoren wie folgt zusammen:

Personale Ressourcen	Soziale Ressourcen
<ul style="list-style-type: none">- weibliches Geschlecht- erstgeborenes Kind- positives Temperament (flexibel, aktiv, offen)- überdurchschnittliche Intelligenz- positives Sozialverhalten- aktives Bewältigungsverhalten	<p>Familie:</p> <ul style="list-style-type: none">- stabile Beziehung zu einer Bezugsperson- offenes, unterstützendes Erziehungsklima- familiärer Zusammenhalt <p>Umfeld:</p> <ul style="list-style-type: none">- soziale Unterstützung- positive Freundschaftsbeziehungen- positive Schulerfahrungen

Tabelle 3: Schutzfaktoren im Kindes- und Jugendalter (vgl. Laucht et al. 2000b:103)

Die Merkmale der oben aufgeführten Tabelle zeigen Eigenschaften des Kindes auf, die eine positive Reaktion in der Umwelt des Kindes auslösen. In der frühen Kindheit ist dies bspw. das Geschlecht, demnach zeigten Jungen in der frühen Kindheit eine höhere Vulnerabilität als Mädchen. Aber auch ein positives Sozialverhalten wirkt förderlich auf die Umwelt ein.

Neben den Merkmalen, die ein Kind selbst mitbringt, können die Bedingungen, die das Kind im Aufwachsen in der Familie und der sozialen Umwelt erlebt, positiv wirken. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Mutter-Kind-Beziehung, die als ein wesentlicher Schutzfaktor angesehen werden kann (vgl. Werner 2007:28f.).

Auch Schutzfaktoren können nicht allein betrachtet werden, sondern sollten immer in Zusammenhang mit Risikofaktoren gebracht werden, da sie besonders wirksam sind, wenn Risikofaktoren vorliegen. So kann man davon ausgehen, dass sich Risiko- und Schutzfaktoren gegenseitig „puffern“. Dies bedeutet nach HOLTSMANN, dass „bei fehlender Resilienz [...] die risikoerhöhenden Um-

stände voll zum Tragen [kommen]; beim Vorhandensein eines protektiven Faktors hingegen [werden] die entwicklungshemmenden Einflüsse des Risikos gemildert [„gepuffert“] oder ganz beseitigt“ (Holtmann et al. 2004:196). Liegt keine Gefährdung vor, kommt dem Schutzfaktor keine bedeutsame Rolle zu. Bspw. weisen Kinder aus psychosozial hoch belasteten Familien weniger Symptome auf, wenn ihre Mütter sich ihnen gegenüber besonders einfühlsam und zugewandt verhalten. Das mütterliche Verhalten hat jedoch keine entscheidende Bedeutung, wenn keine psychosozialen Risikofaktoren vorliegen (vgl. Laucht et al. 1999b:308f.).

WERNER formuliert in der Kauai-Studie ein Rahmenmodell, welches die Entstehung von Resilienz im Entwicklungsverlauf darstellt. Es geht davon aus, dass ein Säugling, der „wenig schreit, aufgeschlossen im Kontakt und anpassungsfähig ist“ (Werner 1993 zit. nach Laucht et al. 2000b:104), durch sein positives Temperament förderlich auf die Mutter-Kind-Beziehung einwirken kann. Hierdurch entsteht ein harmonisches Zusammenspiel von Mutter und Kind, woraus sich ein positives Selbstbild herleitet. Im weiteren Verlauf bildet dieses Kind positive Sozialbeziehungen und eignet sich ein Unterstützungssystem für das Jugendalter an. Aber nicht nur der Säugling kann positiv auf die Mutter-Kind-Interaktion einwirken, sondern wesentlich sind das Einfühlungsvermögen und die Zuwendung der Mutter, besonders bei Kindern, die durch biologische und psychosoziale Risikofaktoren gefährdet sind. Hierbei ist das Zusammenspiel von Mutter und Kind, von besonderer Bedeutung. So kann eine „gelungene frühe Interaktion am Beginn einer sich selbst stabilisierenden Entwicklung mit günstigem Verlauf stehen, während eine fehlende Passung eine negative Entwicklung mit zunehmender Verschlechterung auslösen kann“ (Sameroff 1993 zit. nach Laucht 2000b:105).

In der Betrachtung der Mutter-Kind-Interaktion kann auf die Bindungstheorie, die von BOWLBY entwickelt und von AINSWORTH weitergeführt wurde, zurückgegriffen werden. Die Bindungstheorie geht davon aus, dass es von der Geburt an ein biologisch angelegtes Bindungssystem gibt. Dieses System veranlasst Säuglinge/Kinder bspw. dazu, bei Kummer, Krankheit oder auch Erschöpfung bei der Bindungsperson, in den meisten Fällen die Mutter, Schutz und Nähe zu suchen. Das Ziel des Kindes ist hierbei, das Gefühl von Sicherheit, das die Bin-

dung an die Bezugsperson bietet, wiederzuerlangen. Dieses Bindungsmuster entwickelt und fixiert der Säugling im Verlauf des ersten Lebensjahres und hält es konstant bis in die Pubertät und auch darüber hinaus aufrecht. Die Bindungstheorie ist ein Grundmodell dafür, welche Erfahrungen relevant sind, und wie das Bewältigungsverhalten von Kindern durch diese Erfahrungen erfolgreich oder weniger erfolgreich beeinflusst wird. Hierbei geht BOWLBY davon aus, dass eine sichere Bindung an eine Bezugsperson ein zentraler Schutzfaktor ist. Eine sichere Bindung ermöglicht eine optimale Emotionsregulation des Kindes und bietet somit gute Voraussetzungen, Risiken und Belastungen zu bewältigen. Eine unsichere Bindung auf der anderen Seite kann als Risikofaktor eingestuft werden. Kinder, die in belasteten Familiensituationen aufwachsen und eine sichere Bindung an eine Bezugsperson aufweisen, sind demnach eher in der Lage, Belastungen zu kompensieren, als Kinder bei denen nur wenig oder keine Schutzfaktoren vorliegen (vgl. Köhler 2003:107; Zimmermann 2000:120f.).

1.3.3 Folgen für die Kinder

Das Vorliegen von Risikofaktoren bei Fehlen von ausreichend Schutzfaktoren führt bei Kindern zu unterschiedlichsten Folgen. So kann man zwischen Vernachlässigungen im körperlichen, gesundheitlichen, erzieherischen und emotionalen Bereich unterscheiden. Unter einer Vernachlässigung versteht man eine andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns der Eltern, welches zur Sicherstellung der psychischen und physischen Versorgung des Kindes jedoch notwendig wäre. Hierbei zeichnet sich eine Vernachlässigung dadurch aus, dass sie einen schleichenden Verlauf aufweist und in ihrer Ausprägung deutlich variiert. So kann es von leichten Beeinträchtigungen bis zu schwerwiegenden Folgen für die Kinder kommen (vgl. Kindler 2007:1).

LAUCHT geht davon aus, dass Säuglinge in Bezug auf Belastungen deutlich anfälliger sind als Kinder von über einem Jahr, da sie nur über geringe Bewältigungs- und Schutzmöglichkeiten verfügen (vgl. Laucht et al. 1999a:71f.). Ein Säugling reagiert in den ersten Lebensmonaten „aufgrund seines Entwicklungsstandes, seiner Abhängigkeit und seinem intensiven Bedürfnis nach Zuwendung, Anregung und Schutz“ (Ziegenhain et al. 2006:107) besonders sensibel

auf störende Faktoren in seiner Umwelt. Er kann Einschränkungen seiner psychischen und physischen Bedürfnisbefriedigung nicht ausgleichen oder sich denen entziehen. Wird dieser Entwicklungsstand des Säuglings durch die Eltern nicht oder nur mangelnd berücksichtigt, kann es zu einer Schädigung des körperlichen und/oder gesundheitlichen Zustandes kommen. In der Mannheimer Risikokinderstudie wurden die Kinder, die durch eine disharmonische Mutter-Kind-Interaktion auffielen, diesbezüglich untersucht. Hierbei wurde ein direkter Zusammenhang zwischen einem negativen Erziehungsverhalten in der frühen Kindheit und Verhaltensproblemen sowie emotionalen Problemen im Alter von vier und sechs Jahren beobachtet. Lebenslagen, die bei der Geburt durch psychosoziale Risikofaktoren belastet waren, wurden als die Grundlage für ein negatives Erziehungsverhalten angesehen. Dabei haben psychosoziale Risikofaktoren keinen direkten Einfluss auf die Kinder, sondern sie beeinflussen sie über das Erziehungsverhalten der Mütter. So wurde bspw. in der Mannheimer Längsschnittstudie die sozial-emotionale Entwicklung von Kindern postnatal depressiver Mütter untersucht. Hierbei zeigten die Kinder deutliche Auffälligkeiten im Schulalter, die im Zusammenhang mit dem Verhalten der Mütter in der Säuglingszeit standen. Die Kinder wiesen demnach eine hochunsichere Bindung zu ihren Müttern auf. Kinder von depressiven Müttern zeigten weniger Verhaltensauffälligkeiten, wenn es den Müttern gelungen war, in der Säuglingszeit ihnen gegenüber einfühlsam und zugewandt zu sein. Kinder, deren Mütter dieses Verhalten in dieser frühen Zeit nicht zeigten, neigten vermehrt zu Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Laucht 2000b:103ff.).

Kinder mit hochunsicherer Bindung zu ihrer Bezugsperson, in der Regel zu ihren Müttern, zeigten deutliche Defizite und Störungen wie Probleme der Emotionsregulierung, aggressives Verhalten, depressive Symptomatiken oder Verhaltensprobleme. Diese destruktive Entwicklung der Bindungsbeziehung kann sich in Form von Vernachlässigungen und Misshandlungen, ungeachtet der konkreten Formen der bspw. Vernachlässigung, im Säuglings- und Kleinkinderalter konkretisieren und beträchtliche Spätfolgen nach sich ziehen (vgl. Ziegenhain et al. 2006:107f.). Diese Spätfolgen zeigen sich als Defizite in der kognitiven und der sozial-emotionalen Entwicklung.

Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass die Auswirkungen von psychosozialen Risikofaktoren mit dem Aufwachsen der Kinder deutlich zunahmten. Wiesen die Kinder schon ab dem dritten Lebensmonat erhebliche Entwicklungsdefizite auf, stammten sie meist aus psychosozial belasteten Familien, in denen es an familiärem Anregungspotenzial wie Bildung, Wohnverhältnissen oder an elterlichen Bewältigungsfähigkeiten mangelte. Im weiteren Verlauf der Kindheit, besonders im Kindergarten und in der Schule, vergrößert sich der Abstand zu Kindern ohne Risikobelastung noch um ein Vielfaches. Kinder, die in der frühen Kindheit erhöhten Belastungen ausgesetzt waren, besuchen bspw. deutlich häufiger eine Sonderschule, werden verspätet eingeschult oder wiederholen die erste Klasse. Hier fallen sie durch zurückgezogene oder überschießende Verhaltensweisen auf, wie Störungen der Emotionsregulierung, aggressives Verhalten, depressive Symptomatiken oder Verhaltensprobleme. Diese Auffälligkeiten sind auf eine Störung der sozial-emotionalen Entwicklung infolge einer risikobelasteten Familiensituation seit der Geburt zurückzuführen (vgl. Laucht et al. 2002:9f.; Laucht et al. 1992:278f.; Laucht et al. 2000a:251f.; Laucht et al. 1999a:82f.).

1.4 Kurzes Fazit und weiterführende Aspekte

Ausgelöst durch die Diskussion der letzten Zeit um Vernachlässigungsfälle mit tödlichen Folgen wurde durch die Bundesregierung im Koalitionsvertrag von 2005 die Entwicklung sozialer Frühwarnsysteme gefordert. Diese Forderungen wurden in den einzelnen Bundesländern durch verschiedene Projekte umgesetzt. Ziel ist es, eine frühzeitige Vernetzung von Hilfen des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe zu erreichen und für die belasteten Familien eine optimale Unterstützung zu gewährleisten, um somit eine mögliche Gefährdung für die Kinder zu reduzieren.

Es wird davon ausgegangen, dass sich besonders psychosoziale Risikofaktoren negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken. Die Auswirkungen dieser Faktoren in der frühen Kindheit zeigen sich besonders bei einer Häufung mehrerer Risikofaktoren. Hierbei wiesen die Kinder einerseits gesundheitliche Schäden durch z.B. Vernachlässigung der elterlichen Pflichten dem Kind gegenüber auf. Andererseits fallen die Kinder in Phasen, die eine hohe Anforderung

1 Frühe Intervention durch Präventionsprojekte

nung an die Anpassungsfähigkeit fordern wie bspw. Kindergartenzeit, Grundschulzeit, dadurch auf, dass sie sich schlecht in die Gruppe einpassen können.

Risikofaktoren stehen Schutzfaktoren gegenüber, die sich positiv auf eine Risikobelastung auswirken. Schutzfaktoren, wie bspw. eine stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson oder ein positives Temperament des Kindes, sind im Zusammenspiel mit Risikofaktoren von besonderer Bedeutung, da bei Vorhandensein von verschiedenen Schutzfaktoren die Wirkung von Risikofaktoren so weit reduziert werden kann, dass keine Störung auftritt. Der wichtigste Schutzfaktor — durch die Forschung belegt — ist die Mutter-Kind-Interaktion. Demnach können sich ungünstige Entwicklungsverläufe bereits in der frühen Kindheit durch eine gestörte Mutter-Kind-Interaktion ankündigen.

Als Zeitpunkt für Interventionen hat sich nach LAUCHT besonders günstig der Zeitpunkt der Geburt erwiesen, da noch keine Beeinträchtigungen vorliegen und eine frühe Unterstützung die Interaktion zwischen Mutter und Kind positiv beeinflussen kann (vgl. Laucht 2000b:106f.). In diesem Zusammenhang wird in einigen Präventionsprojekten, wie bspw. dem Düsseldorfer Projekt, die Geburtshilfe genutzt, um belastete Familien zu erreichen. Hier wird auf ein Screeningverfahren zurückgegriffen, das anhand eines Fragebogen eine erste Einschätzung des Risikos ermöglicht. Grundlage der Fragebögen sind die Ergebnisse der Langzeitstudien und die dort zugrunde gelegten Risikofaktoren. Bei der Erfassung dieser Faktoren in der Geburtshilfe wird nicht nur auf das Vorliegen eines, sondern auf eine Anhäufung von verschiedenen Risikofaktoren geachtet. Durch das Erfassen der Risikofaktoren kann eine Aussage darüber gemacht werden, ob eine Familie einer Risikogruppe angehört und sich die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass diese Familie Hilfe von außen benötigt. Diese kann aber nur nach einer ganzheitlichen Betrachtung der Situation unter Berücksichtigung der individuellen Schutzfaktoren der Familien erfasst werden. Ohne weitere Abklärung der vorliegenden Risiko- und Schutzfaktoren kann eine Einschätzung über die tatsächliche Risikobelastung nicht erfolgen.

In der Geburtshilfe wird das Screening durch Hebammen oder Gynäkolog/-innen beim Aufnahmegespräch der Mutter durchgeführt. Hierfür sollten nach HELMING die Screeninginstrumente in einem „vertretbarem Zeitumfang und ohne große Vorkenntnisse oder aufwendige Schulungen“ (Helming et al. 2006:38)

anwendbar sein. HELMING weist jedoch in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Berufsgruppen, die in der Geburtshilfe tätig sind, meist nicht die Qualifikation aufweisen, diese psychosozialen Risikofaktoren zu erfassen und zu beurteilen. Bedeutsam ist hierbei, dass die Berufsgruppen ausreichend auf das Erfassen von Risikofaktoren sensibilisiert werden und eine zeitnahe Weiterleitung an die zuständigen Sozialpädagogen/-innen erfolgt, damit die Notwendigkeit einer Intervention zu einem frühen Zeitpunkt abgeklärt werden kann (vgl. Helming et al. 2006:38f.).

Durch die Ansiedlung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus ist die Erfassung und Bearbeitung der psychosozialen Risikofaktoren von Familien eine Aufgabe, die dem Gegenstand der Sozialen Arbeit entspricht. Die Berufsgruppe der Sozialpädagog/-innen hat die Qualifikationen und bedient sich bei der Bearbeitung der Problemlagen differenzierter Methoden und Handlungsansätze, wie die der Sozialen Beratung und des Case Managements. Aus diesem Grunde ist die Soziale Arbeit im Krankenhaus am besten qualifiziert, belastete Familien zu identifizieren und daraus die Notwendigkeit einer weiteren Begleitung und Unterstützung abzuklären. Die Tatsache, dass die Soziale Arbeit in diesem Zusammenhang aktiv wird, macht es notwendig, ihre Leistungen, Möglichkeiten und die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit im Folgenden näher zu betrachten, wobei ein historischer Rückblick zum besseren Verständnis vorangestellt wird.

2 Soziale Arbeit im Krankenhaus

2.1 Geschichtlicher Rückblick

In Deutschland hat die Soziale Arbeit im Krankenhaus ihre Ursprünge in Berlin. Schon um die Jahrhundertwende des 19.-20. Jahrhunderts begannen Aktivitäten sozialer Hilfeleistungen in der Krankenfürsorge, die im weiteren Verlauf zu einer Ausbreitung der sozialen Krankenhausfürsorge führten (vgl. Reinicke 1994:11). So entstanden 1896 auf Anregung des damaligen Leiters der medizinischen Klinik Charité, Ernst von Leyden, ehrenamtliche „Mädchen- und Frauengruppen für soziale Hilfsarbeit“. Unter der Leitung von Lina Basch⁹ führten sie mit der Unterstüt-

⁹ Basch, Lina (1851 – 1920): eine der ersten Krankenhausfürsorgerinnen Deutschlands, Mitglied des Komitees Soziale Krankenhausfürsorge (vgl. Reinicke 2001:216).

zung von Medizinerinnen und Pflegekräften Hilfeleistungen für „sozial Schwächere“ (Reinicke, 2001:15) ein. Sie erbrachten Begleitleistungen für Patienten/-innen in belasteten Lebens- und Notsituationen wie Wohnungslosigkeit und Armut, mit dem Ziel, die Heilung zu verbessern und eventuellen Rückfällen vorzubeugen (vgl. Mehs 1986:21).

Im Jahre 1913 wurde aus dieser ehrenamtlichen Tätigkeit eine „wirklich organisierte soziale Fürsorge für Krankenhausinsassen“ (Rörig 1978:83). Elsa Strauß¹⁰ brachte nach einem USA-Aufenthalt die Idee eines „Sozialdienstes“¹¹, der bereits 1905 in einem Bostoner Krankenhaus eingeführt wurde, mit nach Berlin. 1915 wurde diese Tätigkeit von einem Komitee unter der Leitung von Alice Salomon¹² übernommen. In den folgenden Jahren wurden die ehrenamtlich arbeitenden Fürsorgerinnen durch Fürsorgerinnen aus der Schwesternschaft ersetzt (vgl. Rörig 1978:82f.).

Nach dem ersten Weltkrieg wurde in der Weimarer Republik der „Verein sozialer Krankenhausfürsorge der Berliner Universitätskliniken innerhalb und außerhalb der Charité“ unter dem Vorsitz von Hedwig Landsberg¹³ und Anni Tüllmann¹⁴ gegründet (vgl. Mehs 1986:22). Aus diesem Verein wurde 1926 der Berufsverband der Krankenhaussozialarbeit „Deutsche Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus“. Ziel dieses Vereins war es, nationale und internationale Erfahrungen, die in der sozialen Beratung und Betreuung gesammelt wurden, zu verbreiten (vgl. Ansen et al. 2004a:119). Es wurden Richtlinien für den Krankenhaussozialdienst aufgestellt, die u. a. die Aufgaben und einen organisatorischen Rahmen der Arbeit festlegten (vgl. Mehs 1986:22). Hierdurch erlangte der Fürsorgedienst

10 Strauß, Elsa (1893 – 1945): Mitglied des Komitees Soziale Krankenfürsorge (vgl. Reinicke 2001:226).

11 Sozialdienst: Der Begriff des Sozialdienstes, der noch bis heute im Krankenhaus für die Soziale Arbeit verwendet wird, erscheint nach TROST zu einseitig und passiv. Sie sehen den Begriff der Sozialberatung als zeitgemäßer an. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff des Sozialdienstes (Fürsorgedienst) nur im historischen Teil verwandt und im Weiteren durch den der Sozialberatung ersetzt. Dieser wird synonym mit dem der Sozialen Arbeit im Krankenhaus verwandt. (vgl. Trost et al. 2005:8).

12 Salomon, Alice (1872 - 1948): Frauenrechtlerin und Sozialpädagogin, unter anderem eine der Begründerin der Sozialarbeit, Vorsitzende der Mädchen- und Frauengruppen in Berlin, Vorstands- und Ehrenmitglied der DVSK (vgl. Reinicke 2001:224).

13 Landsberg, Hedwig (1879 – 1967): Krankenschwester, Mitbegründerin der sozialen Krankenhausfürsorge, Geschäftsführerin der DVSK vor dem 2. Weltkrieg, gründete diesen 1949 neu, Geschäftsführerin bis 1957 (vgl. Reinicke 2001:221).

14 Tüllmann, Anni: Mitbegründerin der sozialen Krankenhausfürsorge, Geschäftsführerin der DVSK vor und während des 2. Weltkriegs, vertrat nach 1933 die politische Position der damaligen Machthaber (vgl. Reinicke 2001:226).

eine Aufwertung durch die Anerkennung von Behörden, Patient/-innen und Organisationen des Gesundheitswesens (vgl. Rörig 1978:85). Zeitlich parallel und in den darauf folgenden Jahren entstanden in weiteren Städten Deutschlands Fürsorgedienste.

Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten veränderte sich die Arbeit des Sozialdienstes grundlegend. Die Deutsche Vereinigung, die für die Entwicklung des Krankenhaussozialdienstes richtungsweisend war, wurde in personeller und ideeller Hinsicht völlig neu organisiert. Ein Großteil der Mitglieder musste aufgrund seiner jüdischen Abstammung aus dem Verein austreten, und die ideologischen Vorstellungen der Nationalsozialisten wurden in die Arbeit übernommen. Es erfolgte die Erklärung sozialer Probleme aus rein biologischer Sicht (vgl. Reinicke 1998:104f.). Auf dieser Grundlage gehörte die „Erbgesundheitspflege“, die „Rassenhygiene“ und die Betreuung von Soldaten von nun an zu den Aufgaben des Fürsorgedienstes im Krankenhaus (vgl. Ansen et al. 2004a:121).

Nach dem zweiten Weltkrieg wurde die 'Vereinigung für Entwicklung des Krankenhaussozialdienstes' 1945 aufgelöst. Somit ruhte auch die Weiterentwicklung des Krankenhaussozialdienstes (vgl. Mehs. 1986:23). Sie wurde erst 1949 wieder ins Leben gerufen und kurz darauf in „Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus“ (DVSK) umbenannt. In den folgenden Jahren wurden die Richtlinien des DVSK weiterentwickelt und trieben so die Entwicklung des Krankenhaussozialdienstes voran. Aber erst in den 70er Jahren erlangte der Krankenhaussozialdienst besonderen Aufwind. Dies stand im Zusammenhang mit dem Gedanken der Nachsorge und Rehabilitation, der sich in diesen Jahren in der Entwicklung in der Sozialgesetzgebung durchsetzte. Neben diesem Gedanken wurde erstmalig ein gesetzlicher Rahmen für die Einrichtung von Sozialdiensten im Krankenhaus aufgestellt (vgl. Ansen et al. 2004a:119), der für die Krankenhäuser verpflichtend war.

Eine weitere wichtige Entwicklung war in dieser Zeit der Paradigmenwechsel, der einen Umschwung von der traditionellen Fürsorge zur modernen Sozialarbeit mit sich brachte. Dies beinhaltete einen Wechsel von der Fürsorge, die sich den materiellen Notständen der Menschen mit materieller Hilfe widmete, zur modernen Sozialarbeit, die die psychosoziale Hilfe in den Mittelpunkt der Arbeit stellte. Somit wurden materielle Hilfen nur noch „im Zusammenhang mit oder zur Unterstützung

von psychosozialen Konfliktlösungen angeboten“ (Viefhues 1972 zit. n. Wingenfild 2005:64). Diese psychosozialen Hilfen standen in den nächsten Jahren im Mittelpunkt der Diskussionen um Krankenhaussozialarbeit. Dies geschah vorerst nur auf theoretischer Ebene, da es den Fürsorgerinnen noch an den notwendigen Aus- und Weiterbildungen fehlte (vgl. Wingenfild 2005:63ff.).

Einen weiteren Aufwind bekam die Soziale Arbeit um die Jahrhundertwende des 20.-21. Jahrhunderts. Die DVSK erreichte u. a. durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit in zahlreichen Veröffentlichungen mehr Aufmerksamkeit und Einflussnahme. Hierdurch entstanden vermehrt Kontakte zu Bereichen des Gesundheitswesens und es wurden zunehmend spezifische Beiträge für die Soziale Arbeit im Krankenhaus veröffentlicht. Im weiteren Verlauf entstanden Fachzeitschriften wie „Forum Krankenhaussozialarbeit“ und die Verbandsfachzeitschrift „Forum Sozialarbeit + Gesundheit“. Auch erreichte die Krankenhaussozialarbeit mit einer Internetpräsenz eine breitere Öffentlichkeit. 1999 fand der erste Bundeskongress der DVSK statt, der in den folgenden Jahren mit dem Ziel, Themen des Fachgebietes zu diskutieren und zu bündeln, wiederholt wurde. Im Rahmen dieser Entwicklung lassen sich in der Fachliteratur zunehmend Publikationen speziell zum Thema „Soziale Arbeit im Krankenhaus“ finden. Im Jahre 2003 öffnete sich die DSVK dem gesamten Gesundheitswesen und wurde in die 'Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.' (DVSG) umbenannt (vgl. Ansen et al. 2004a:124ff.).

2.2 Soziale Arbeit heute

Seit ihren geschichtlichen Anfängen hat sich die Soziale Arbeit im Krankenhaus zu einem wesentlichen Bestandteil des öffentlichen Gesundheitsdienstes (vgl. Filsinger et al. 2001:705) entwickelt und zählt zu dem am frühesten und breitesten ausgebauten Bereich der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. (vgl. Homfeld et al. 2006:191). Die Soziale Arbeit im Krankenhaus richtet sich nach dem beruflichen Grundverständnis der Sozialen Arbeit, das nach KLÜSCHE „die Bearbeitung gesellschaftlich und professionell als relevant angesehener Problemlagen“ (Klüsche 1999:45) zum Gegenstand hat. Hierbei handelt es sich z.B. um Problemlagen, die von den Betroffenen nicht mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln behoben werden können oder die nach KLÜSCHE ein „gelingendes Leben“ ver-

hindern. Als ein gelingendes Leben bezeichnet er hierbei „individuell als befriedigend erlebbare Lebenslagen und Lebensverläufe“ (Klüsche 1999:46/47). Der Sozialen Arbeit geht es in diesem Zusammenhang um „die individuellen und gesellschaftlichen Folgen der Problemlagen [...]. [Diese] können dabei sowohl materieller, körperlicher, psychischer und sozialer Art sein“ (Klüsche 1999:47).

Seit den Anfängen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus geht es um die Behandlung dieser Problemlagen. So widmeten sich die Fürsorgerinnen den Problemlagen, die mit einem Aufenthalt in einer Klinik in Zusammenhang standen. Ihren Bemühungen, positiv auf den Krankheitsverlauf der Patient/-innen einzuwirken, wurde von Beginn an ein bedeutender Stellenwert zugeschrieben. Die enge Verbindung zwischen Krankheit und verschiedenen Belastungen wird auch in der heutigen Zeit in vielen Fällen deutlich. Auch wenn sich das Klientel im Zuge der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung bis zur heutigen Zeit deutlich verändert hat, spielen noch heute Probleme in Bezug auf materielle Lebenssicherung, soziale und gesellschaftliche Teilhabe und Integration bei einem Krankenhausaufenthalt eine wichtige Rolle (vgl. Filsinger et al. 2001:706).

Im Krankenhaus wird in der Regel Soziale Arbeit erforderlich, wenn Menschen durch eine Erkrankung in ihrer lebenspraktischen Autonomie beeinträchtigt sind. Diese Beeinträchtigung tritt häufig dann auf, wenn es um komplikationsreiche oder chronische Erkrankungen geht. Besonders Erkrankungen, die einen längeren Verlauf aufweisen, erfordern neben der somatischen Behandlung durch ärztliches und pflegerisches Personal persönliche Hilfen zur Krankheitsbewältigung, ökonomische Kompensation und Sicherung der sozialen Unterstützung, die zu dem Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit zählen. Um ein Verständnis für Krankheit zu entwickeln, sind für die Soziale Arbeit die sozialen, ökonomischen und psychischen Zusammenhänge der Krankheit von besonderer Bedeutung. Diese bilden die Grundlage für die Planung und Durchführung der Interventionen. Hierbei achtet die Soziale Arbeit neben den biologischen Aspekten einer Erkrankung hauptsächlich auf das subjektive Krankheitserleben der Patient/-innen, das die Ursache für Komplikationen in der Behandlung sein kann. Soziale Arbeit gibt in diesem Zusammenhang persönliche, soziale, ökonomische, rechtliche und verwaltungsbezogene Hilfen, die einerseits die medizinische Therapie, andererseits das Be-

finden der Patient/-innen positiv beeinflussen sollen (vgl. Ansen et al. 2004a:12ff.).

Um geeignete Interventionen einleiten zu können, ist für die Soziale Arbeit neben dem Verständnis von Krankheit auch ein Gesundheitsverständnis erforderlich. ANSEN sieht das Gesundheitsverständnis aus der Gesundheitssoziologie von HURRELMANN für Interventionen der Sozialen Arbeit als besonders gewinnbringend. Demnach ist „körperliche, seelische und soziale Gesundheit [...] gegeben, wenn ein Mensch konstruktive Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, eine angemessene Befriedigung der Grundbedürfnisse durch die ökologische Umwelt erfährt, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfelds anpassen und dabei die persönlichen Bedürfnisse ausdrücken und Sinnerfüllung finden kann, und wenn dieses im Einklang mit den biologischen und psychologischen Potentialen und den körperlichen Möglichkeiten geschieht“ (Hurrelmann 2000 zit. nach Ansen 2004a:15). Nach diesem Verständnis von Gesundheit stehen für die Soziale Arbeit die materiellen, psychischen und sozialen Probleme, die mit der Erkrankung im Zusammenhang stehen, im Mittelpunkt. Diese treten jedoch nicht bei jeder Erkrankung auf oder sind nicht in allen Fällen so umfangreich, dass sie einer Intervention bedürfen. Die Einbindung der Sozialen Arbeit in die Krankenhausbehandlung ist daher bei Erkrankungen indiziert, die komplikationsreich verlaufen und so mit sozialen Konsequenzen wie finanzielle Einbußen, Rollenverlusten und möglichen Stigmatisierungen verbunden sind und somit den Heilungsverlauf negativ beeinflussen (vgl. Ansen et al. 2004a:13f.).

2.2.1 Ethische Aspekte

Ethische Werte sind die bindende Grundlage für die Soziale Arbeit im Krankenhaus bei der Unterstützung und Begleitung von Patient/-innen. Hierzu zählt der Schutz der Menschenwürde, der das höchste Gut der Sozial- und Rechtsordnung in Deutschland ist. Nach Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz (GG) heißt es: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Dieses Grundrecht steht jedem Menschen uneingeschränkt zu. Die Menschenwürde wird nach WETZ als Gestaltungsauftrag verstanden. Hierbei „kommt es besonders darauf an, den anderen sein eigenes Le-

ben führen zu lassen und ihm im Bedarfsfall beizustehen“ (Wetz 1998 zit. nach Ansen et al. 2004a:109). Dementsprechend gilt auch in der Sozialen Arbeit im Krankenhaus die Menschenwürde als bindende Grundlage.

Als weiterer ethischer Wert ist „das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ (Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes) von Bedeutung. Dies gilt als Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben und körperliche Integrität. Nach ANSEN verlangt „die Achtung vor der körperlichen Integrität des Patienten [...] u. a., dass keine Maßnahmen gegen seinen Willen eingeleitet werden und dass er in die Lage versetzt wird, sich für oder gegen medizinische und soziale Behandlungsschritte bewusst zu entscheiden“ (Ansen 2004:110). Diese Autonomie der Patient/-innen gilt es bei der Krankenhausbehandlung zu achten (vgl. Ansen 2004:109ff.).

2.2.2 Aufgaben und Ziele

Die Soziale Arbeit im Krankenhaus hat nach dem SGB V den Auftrag, soziale Betreuung und Beratung der Patient/-innen zu leisten und einen nahtlosen Übergang in die Rehabilitation zu ermöglichen. Hieraus ergeben sich einerseits Ziele, andererseits Aufgaben für die Soziale Arbeit im Krankenhaus. Die Ziele leitet TROST im Lörracher Qualitätskonzept¹⁵ vom gesetzlichen Auftrag und dem professionellen Verständnis der Sozialen Arbeit ab. Im Mittelpunkt der Zielsetzung stehen die Zufriedenheit der Patient/-innen und ihrer Angehörigen. Hierzu gehören deren Unterstützung bei der Krankenhausbehandlung und den damit verbundenen sozialen, ökonomischen und psychischen Auswirkungen der Erkrankung ebenso wie die Überleitung in eine Rehabilitation. Weitere Ziele ergeben sich aus der Arbeit mit den Patient/-innen. Damit eine adäquate Begleitung der Patienten ermöglicht werden kann, ist eine gute Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus oder die qualitative Sicherung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus durch ein Qualitätskonzept von Nöten.

Für das Aufgabenprofil der Sozialen Arbeit im Krankenhaus liegen verschiedene Richtlinien vor. So definieren auf der einen Seite die verschiedenen Bundesländer diese Aufgaben in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen. Auf der anderen

¹⁵ Das Lörracher Qualitätskonzept von Trost wurde im Auftrag des Berufsverbandes für Soziale Arbeit (DBSH) aufgestellt und stellt für die Sozialarbeit im Krankenhaus einen verbindlichen Leitfaden für die Qualitätsentwicklung dar. In diesem Rahmen gibt es einen umfassenden Überblick über die Ziele, Aufgaben und Grundlagen der Sozialberatung im Krankenhaus.

Seite stellt die DVSG in ihren Rahmenempfehlungen zur „Einrichtung von Stellen im Krankenhaussozialdienst“ unabhängig von den Gesetzen ein Aufgabenprofil vor. Da die Aufgaben nach KURLEMANN im saarländischen Landeskrankenhausgesetz deutlich umfassender als in denen der anderen Bundesländer definiert werden (vgl. Kurlemann 2000:11), sollen sie auf dieser Grundlage näher betrachtet werden.

So heißt es hier, dass die Sozialberatung die „Aufgabe [hat], die ärztliche und pflegerische Versorgung der Patientin oder des Patienten im Krankenhaus zu ergänzen und sie oder ihn sowie gegebenenfalls ihre oder seine Angehörigen in sozialen Fragen zu beraten. Die psychosoziale Betreuung und Beratung erfolgt insbesondere durch persönliche Hilfe, die Unterstützung bei der Einleitung von medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Rehabilitationsmaßnahmen und bei der Vorbereitung häuslicher Pflege sowie durch die Vermittlung von ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens im Anschluss an die Entlassung aus dem Krankenhaus“ (http://www.saarland.de/dokumente/thema_justiz/2126-3.pdf 2008).

Im Rahmen dieser Aufgabenstellung koordiniert die Soziale Arbeit die Vernetzung zu sozialen Versorgungssystemen und verschafft Zugang zu unterstützenden persönlichen, gesellschaftlichen, sozialen und materiellen Ressourcensystemen (vgl. Gödecker-Geenen 2005:19). Wichtiger Aspekt dabei ist die Klärung rechtlicher, finanzieller und persönlicher Fragen, die im Zusammenhang mit dem Aufenthalt im Krankenhaus stehen, um die Überleitung in den häuslichen Bereich oder in eine Institution zu ermöglichen und somit die Nachsorge zu gewährleisten.

Durch die Umstellung auf das System der DRG's und die daraus folgenden Verkürzungen der Liegezeiten im Krankenhaus ist der nahtlose Übergang der Patient/-innen in den häuslichen Bereich von hoher Bedeutung (vgl. Abschnitt 3.2). Um diese Überleitung zeitnah bei der Aufnahme zu planen und im Verlauf umzusetzen, ist eine gute Zusammenarbeit mit den internen und externen Kooperationspartnern nötig. Hierdurch kann eine Fehlbelegung im Krankenhaus vermieden werden, was auf der einen Seite zu einer Kostenreduktion, auf der anderen Seite zu einer Optimierung der Leistung für Patient/-innen und deren Angehörige führen kann (vgl. Trost et al. 2005:9).

Um sich von den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus abzugrenzen und zu behaupten, ist eine weitere wichtige Aufgabe die eigene Darstellung der Sozialberatung. Hierzu gehören bspw. die fortwährende Überarbeitung und Fortschreibung des eigenen Konzeptes, die Dokumentation und Statistik der eigenen Arbeit, Einhaltung rechtlicher Bestimmungen wie z.B. der Schweigepflicht, interne und externe Fortbildungen.

Im Rahmen der Qualitätsdiskussion ist für die Soziale Arbeit im Krankenhaus das Qualitätsmanagement ein aktuelles und wichtiges Thema. Nach dem Lörracher Qualitätskonzept ist es für die Soziale Arbeit notwendig, regelmäßig zu evaluieren, ob die gestellten Ziele erreicht worden sind. Nur durch eine gute Qualitätskontrolle und -sicherung kann Soziale Arbeit sich selbst bestimmen und benennen, wo ihre Qualität und Kompetenzen liegen. So kann sie ihre Eigenständigkeit gegenüber anderen Berufsgruppen verdeutlichen. Hierfür ist unter anderem die Aufstellung von Zielen und deren Evaluation maßgeblich (vgl. Trost et al. 2005:6).

2.3 Adressat/-innen

In Deutschland ist jeder fünfte Bürger mindestens einmal im Jahr in stationärer Behandlung im Krankenhaus. Nach WALLER sind hierbei „Kreislaufkrankungen, bös- oder gutartige Neubildungen, Verletzungen oder Vergiftungen und die normale Entbindung“ (Waller 2002 zit. nach Ansen et al. 2004a:36) die häufigsten Behandlungsursachen. Es sind meist somatische Ursachen, die nicht ambulant behandelt werden können, mit denen Patient/-innen im Krankenhaus aufgenommen wird. Die Soziale Arbeit wird zu der Krankenhausbehandlung hinzugezogen, wenn im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes psychosoziale Beeinträchtigungen auftreten. Ebenso wird sie im Falle einer nicht sichergestellten Versorgung nach der Entlassung oder bei der Klärung beruflicher Fragen hinzugezogen (vgl. Ansen et al. 2004a:36). Dies kann durch die Patient/-innen, ihre Angehörigen oder durch andere Berufsgruppen wie den behandelnden Arzt initiiert werden. Hierbei haben die psychosozialen Krankheitsfolgen, die auf der einen Seite Auswirkungen auf den Heilungsprozess haben und auf der anderen Seite das zukünftige Leben beeinflussen, eine zentrale Bedeutung (vgl. Hegeler 2008:126).

Neben der Behandlung von Patient/-innen, die mit einer somatischen Erkrankung in das Krankenhaus kommen, leisten Krankenhäuser nach § 107 SGB V Ge-

burtshilfe. Die Geburtshilfe ist ein Teilgebiet der Frauenheilkunde, die sich mit den „normalen und krankhaften Vorgängen während der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett“ (Brockhaus 2004) beschäftigt. In diesem Rahmen können psychosoziale Problemlagen auftreten, die einer sozialpädagogischen Intervention bedürfen.

Die Soziale Arbeit kann bei der Betreuung von Schwangeren und Wöchnerinnen auf eine lange Tradition zurückblicken. So wurden bereits im Jahre 1914/15 durch die Fürsorgerinnen des damaligen Sozialdienstes Schwangere und Wöchnerinnen beraten und betreut. Ledigen Müttern wurden Hilfen bei der Unterbringung in Wöchnerinnenheimen und bei Betreuung des Säuglings angeboten. Schwierigkeiten ergaben sich, wenn diese Mütter sich nicht auf ihre Kinder einlassen konnten, da ihre persönlichen Problemlagen aufgrund ihrer gesellschaftlichen Stellung als ledige Mutter zu belastend waren. Um eine weiterführende Begleitung zu gewährleisten, mussten die Sozialarbeiterinnen neben der Beratung und Betreuung eine vernetzende Leistung mit bspw. der Arbeiterwohlfahrt, dem Roten Kreuz und den Caritasverbänden erbringen (vgl. Reinicke 1998:193f.).

Auch wenn sich die Situation der Schwangeren in der heutigen Zeit deutlich verbessert hat, treten immer wieder Belastungen im Zusammenhang mit der Geburt auf. Hierbei unterscheidet man zwischen somatischen Veränderungen, wie die hormonelle Umstellung nach der Geburt sowie physiologische Rückbildungsvorgänge und psychosozialen Veränderungen wie bspw. postnatale Depressionen. Sozialpädagog/-innen müssen sich dieser Veränderungen bewusst sein, um ihre Beratung und Unterstützung genau den Bedürfnissen der Mutter anpassen zu können.

Um die Aufgaben der Sozialen Arbeit im Krankenhaus zu realisieren, stehen verschiedene Behandlungsansätze zur Verfügung, die im Folgenden näher charakterisiert werden sollen.

2.4 Behandlungsansätze

Die Soziale Arbeit im Krankenhaus setzt sich - in Zusammenarbeit mit Patient/-innen und dem Behandlungsteam - mit den psychosozialen Fragestellungen im Behandlungsprozess auseinander, klärt und bearbeitet sie. Daher kann man in

diesem Zusammenhang von Klinischer Sozialarbeit sprechen. Nach WENDT sind „Gegenstand Klinischer Sozialarbeit [...] psychosoziale Störungen und körperliche Beeinträchtigungen in ihrem sozialen Zusammenhang, wobei mit der professionellen Kompetenz Sozialer Arbeit auf Heilung, Linderung und Besserung hingewirkt wird“ (Wendt 2000 zit. nach Hegeler 2008:127). Klinische Sozialarbeit setzt sich in Theorie und Praxis mit präventiven und behandelnden Methoden auseinander. Daher ist sie für den Gesundheits- und Rehabilitationsbereich, in dem psychosoziale Hilfen vonnöten sind, besonders geeignet. Die Klinische Sozialarbeit mit ihrem Blick auf psychische, materielle und soziale Notlagen verleiht der Sozialen Arbeit im Krankenhaus Beratungs- und Behandlungsansätze.

Um den Anforderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden, muss die Soziale Arbeit ihr Wissen über soziale Sicherung in prekären Lebenslagen einbringen. Diese „sozialarbeiterischen Kernkompetenzen werden mit gesundheits- und krankheitsrelevanten Erkenntnissen anderer Disziplinen und Professionen kombiniert“ (Ansen et al. 2004a:19). Darunter fällt z.B. die Medizinsoziologie, die Pflegewissenschaft oder die klinische Psychologie. Der Fokus richtet sich hierbei auf die Bewältigung von krankheitsbedingten Problemen, Fragen der persönlichen Stabilisierung und der sozialen Sicherung und Integration (vgl. Ansen et al. 2004a:18f.).

Im Krankenhaus kann die Soziale Arbeit auf verschiedene Methoden zurückgreifen. Bei der Bearbeitung der psychosozialen Problemlagen der Patient/-innen setzt sie sich mit den subjektiven und sozialen Lebensumständen der Patient/-innen auseinander. Hierbei leistet die Lebensweltorientierung einen wichtigen Beitrag, da sie dazu beiträgt, „die Inhalte [bspw.] der Sozialen Beratung zu begründen und eine reflektierende Haltung des Beraters zu fördern“ (Ansen 2004b:55). Bei der Identifizierung von Familien mit einer Risikobelastung ist diese Betrachtung von besonderer Bedeutung, da die Aufdeckung von Schutzfaktoren, die den Risikofaktoren positiv gegenüberstehen, nur dann erfolgen kann, wenn die Ressourcen in den Lebenswelten der Familien erkannt und gestärkt werden. Im Folgenden soll daher ein kurzer Abriss der Lebensweltorientierung gegeben werden, bevor auf die für die Arbeit im Krankenhaus relevanten Methoden der Sozialen Beratung und des Case Managements näher eingegangen wird.

2.4.1 Lebensweltorientierung

Unter Lebenswelt versteht man in der Sozialen Arbeit die alltägliche Wirklichkeitserfahrung eines Handlungszusammenhangs im Sinne von Familie, Nachbarschaft, Gemeinwesen usw., die eine verlässliche soziale Sicherheit und Erwartbarkeit bietet. In dieser Lebenswelt wird die Grundlage sozialen Handelns gelegt als eine Art der stillschweigenden, gemeinsamen Auslegung der Geltung sozialer Regeln, Strukturen und Abläufe (vgl. Frank 2007:609). Seit den 1960er Jahren verändert sich diese Lebenswelt aufgrund des gesellschaftlichen Wandels immer schneller, bedingt durch zunehmende Industrialisierung und Globalisierung. Hierdurch kommt es zu einer Individualisierung der Lebensführung und Pluralisierung von Lebenslagen, was zu einer zunehmenden sozialen Ungleichheit und zu Verunsicherungen lebensweltlicher Deutungs- und Handlungsmuster führt. Diese sozialen Ungleichheiten spiegeln sich in Unterschieden in Bezug auf materielle Ressourcen, Partizipation an Bildung, Arbeit, Gesundheitsförderung und sozialen Dienstleistungen wider. Sie gehen mit einer Auflösung bestehender Lebensstrukturen einher. Zu nennen wäre hier der Aufbruch von tradierten Lebensformen und Deutungsmustern, die Entwicklung der Produktions- und Konsumstrukturen in Rahmen der Globalisierung sowie die Neuformation der Geschlechterrollen. Dies stellt neue Anforderungen an die persönlichen Fähigkeiten, das eigene Leben zu gestalten und neue, verlässliche Bezüge herzustellen. Die traditionellen Lebensweltbezüge wie bspw. Verlässlichkeit werden zunehmend unverbindlich und ein Verhandeln und Aushandeln der eigenen Position gegenüber brüchigen Strukturen rückt in der Lebensbewältigung des Einzelnen in den Mittelpunkt. Somit bilden sich zunehmend verschiedene neue Muster der Alltagsbewältigung, individueller Lebensplanung und -gestaltung (vgl. Grunwald et al. 2004:13ff.).

Das Konzept der Lebensweltorientierung kann einerseits als ein Rahmenkonzept der sozialpädagogischen Theorie, andererseits als eine grundlegende Orientierung sozialpädagogischer Praxis angesehen werden, die sich in sozialpolitischen, rechtlichen Rahmenbedingungen, in institutionellen Programmen und Modellentwicklungen und in Konzepten sozialpädagogischen Handelns konkretisiert. Nach GRUNWALD nutzt die Lebensweltorientierung „ihre rechtlichen, institutionellen und professionellen Ressourcen dazu, Menschen in ihrem vergesellschafteten und

individualisierten Alltag zu Selbstständigkeit, Selbsthilfe und sozialer Gerechtigkeit zu verhelfen“ (Grunwald et al. 2001:1136).

Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit kann nur dann den Alltag der Adressat/-innen verstehen, wenn die individuellen Deutungs- und Handlungsmuster des Einzelnen betrachtet und diese im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Veränderungen erfasst werden. Aus der intensiven Auseinandersetzung mit dem Alltag der Adressat/-innen ist eine Strukturierung der Aufgaben für die Soziale Arbeit möglich. Um den Alltag der Adressat/-innen zu verstehen, bevorzugt die Lebensweltorientierung den Zugang der Rekonstruktion der Lebenswelt.

2.4.1.1 Rekonstruktion der Lebenswelt

Durch die Rekonstruktion der Lebenswelt können die Aufgaben der lebensweltlichen Sozialen Arbeit strukturiert werden. GRUNWALD unterteilt diese Rekonstruktion in fünf Aspekte:

- phänomenologisch orientierte Aspekte
- Aspekte unterschiedlicher Lebensräume
- historisch und sozial konkrete Aspekte
- normativ-kritische Aspekte
- Aspekte der Ungleichheiten in den Ressourcen und in unterschiedlichen Deutungs- und Handlungsmustern

Phänomenologisch orientierte Aspekte

Um die Lebenswelt der Einzelnen betrachten zu können, wählt das Konzept der Lebenswelt einen phänomenologischen Zugang. Demnach konzentriert sich die Lebensweltorientierung bei der Betrachtung nicht nur auf das Individuum selbst, sondern auch auf die Erfahrung einer konkreten Wirklichkeit, in der es sich schon immer befand. Von zentraler Bedeutung ist es hierbei, wie der Einzelne sich in seiner Lebenswelt den Anforderungen und Aufgaben stellt und diese bewältigt. Dabei werden die zur Verfügung stehenden materiellen und immateriellen Ressourcen der Wirklichkeit im Zusammenhang mit den Anstrengungen der Bewältigung der Aufgaben der Lebenswelt gesehen. Im Rahmen dieser Lebenswelt kann sich der Einzelne bestimmen, anpassen, akzentuieren, sich mit den Strukturen

auseinandersetzen sowie diese verändern. Das Konzept der Lebenswelt betont die Fähigkeit des Agierens und die Anstrengungen, sich in den gegebenen Verhältnissen zu behaupten, darzustellen und zu inszenieren. Des Weiteren sind auch Kompensation, Überanpassung oder Stigmamangement von Bedeutung. Formen eines abweichenden Verhaltens im Kontext der Lebenswelt sind demnach ein Ergebnis der Anstrengung, sich in den bestehenden Verhältnissen zu behaupten. Bei der Rekonstruktion der Lebenswelt müssen diese Verhältnisse vorerst respektiert werden, auch wenn das Ergebnis für den Einzelnen und sein Umfeld nicht als befriedigend angesehen wird.

Aspekte unterschiedlicher Lebensräume

Die menschliche Lebenswelt ist in verschiedene Lebensräume wie Familie, Arbeit, Öffentlichkeit etc. gegliedert. Durch das Erleben der einzelnen Räume ergeben sich für den Einzelnen unterschiedliche lebensweltliche Erfahrungen, die sich im Lebenslauf positiv wie auch negativ widerspiegeln. Im Rahmen des lebensweltlichen Konzeptes werden diese einzelnen Lebensräume rekonstruiert, wobei eine besondere Betrachtung auf den Problemen der Anpassung und der Vermittlung zwischen diesen Lebensfeldern liegt. Von zentraler Bedeutung ist hierbei die Frage nach den im Lebenslauf erworbenen Ressourcen, die zu einer Bewältigung der Anforderungen und Probleme führen können.

Historisch und sozial konkrete Aspekte

Das Konzept der Lebenswelt sieht die erfahrene Wirklichkeit des Menschen im Zusammenhang mit den gegebenen gesellschaftlichen Strukturen, die diese bestimmen. Demnach wird die Lebenswelt des Einzelnen als eine Schnittstelle zwischen einerseits den objektiven gesellschaftlichen Strukturen und andererseits den subjektiven Handlungsmustern angesehen. Für die Rekonstruktion der Lebenswelt ist das Agieren der Menschen miteinander in den einzelnen Lebenswelten nach spezifischen Regeln zu analysieren. Demnach sollte man sich nicht nur mit den zur Verfügung stehenden Analysen von Gesellschaft begnügen.

Normativ-kritische Aspekte

Durch die Widersprüchlichkeit der Ressourcen, Deutungen und Handlungsmuster im Alltag bedarf es einer normativ-kritischen Betrachtung der Lebenswelt. Die Widersprüchlichkeit begründet sich einerseits darin, dass die Ressourcen, Deutun-

gen und Handlungsmuster im Alltag entlastend wirken, soziale Sicherheit und Identität bieten. Andererseits können sie aber auch einengen, ausgrenzen oder blockieren. Das Konzept der Lebenswelt thematisiert diese Widersprüchlichkeit, da durch diese Verhältnisse Macht- und Unterdrückungsstrategien tabuisiert werden können und somit die Möglichkeit und Hoffnung auf ein Gelingen beschränken. Der Fokus wird hierbei auf die Genügsamkeit der Menschen in ihren Verhältnissen gelegt und eine Sensibilität dafür geschaffen, unterdrückte Hoffnungen, Trauer und Schmerz zu erkennen.

Aspekte der Ungleichheiten in den Ressourcen und in unterschiedlichen Deutungs- und Handlungsmustern

Durch zunehmende Pluralisierung und Individualisierung von Lebensverhältnissen kommt es zu einer ungleichen Verteilung von Ressourcen und unterschiedlichen Deutungs- und Handlungsmustern. Diese Differenz bezieht sich einerseits auf traditionelle Ungleichheiten wie materielle Ressourcen. Auf der anderen Seite stehen die latenten Ungleichheiten in Bezug auf Partizipation an Bildung, Information, gesundheitsbezogenen und sozialen Dienstleistungen sowie am öffentlichen Diskurs. Diese Ungleichheit entsteht durch die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Geschlecht, zu verschiedenen Generationen oder Traditionen. Durch die Flexibilisierung der Arbeits- und Konsumverhältnisse und dem Widerspruch zu den gesellschaftlichen und sozialstaatlichen Vorgaben der Ressourcen und Aufgaben des Einzelnen wird eine Prägung der Lebenslagen bewirkt.

In diesen neu gestalteten Lebenswelten setzen sich neue Handlungs- und Deutungsmuster durch. Im Rahmen der vorherrschenden Gegebenheiten und Ungleichheiten sind die Einzelnen gefordert, ihre Lebensräume bewusst neu zu organisieren und ihre Lebenspläne vor sich und anderen zu entwerfen und zu verantworten, was ein hohes Maß an eigener Identität fordert. Die Offenheit der heutigen gesellschaftlichen und normativen Strukturen erfordert eine Aushandlung bezüglich, was gelingend und was unzumutbar, was Anpassung und was Unterdrückung ist, woraus sich für den Einzelnen Unsicherheiten ergeben können. Das Konzept der Lebenswelt betrachtet hierbei die im Zusammenhang mit den Gestaltungsaufgaben von Erfahrungsräumen und Lebensentwürfen stehenden neuen Chancen, Belastungen und Überforderungen (vgl. Grunwald et al. 2001:1139f.).

Nach GRUNWALD ergeben sich die spezifischen Zugänge der Sozialen Arbeit im Kontext der Lebensweltorientierung aus dem „Rekurs auf die Erfahrungen in Zeit, Raum, sozialen Bezügen, auf Pragmatik und Lebensbewältigung, wie sie sich in den spezifisch heutigen gesellschaftlichen Konstellationen in der Spannung von Ressourcen und Optionen, Gegebenheiten und Aufgegebenen zeigen“ (Grunwald et al. 2001:1141). Dies sind Grunddimensionen, mit denen sich die lebensweltliche Soziale Arbeit auseinandersetzt. Diese Dimensionen sollen im Weiteren kurz dargestellt werden.

2.4.1.2 Dimensionen der Lebenswelt

Um die Lebensweltorientierung für die Soziale Arbeit nutzbar zu machen, ist ein Rekurs in die heutigen Strukturen der Lebenswelt notwendig. Dieser Rekurs bezieht sich auf die Erfahrungen in den heutigen gesellschaftlichen Konstellationen, die sich in den Spannungen von Ressourcen und Optionen, Anforderungen und Aufgaben zeigen.

Nach GRUNWALD sind dies folgende Dimensionen:

- erfahrene Zeit
- erfahrener Raum
- soziale Beziehungen
- alltägliche Bewältigungsaufgaben
- Hilfe zur Selbsthilfe und
- gesellschaftliche Bedingungen

Erfahrene Zeit

In der heutigen Zeit brechen die Zusammenhänge zwischen den Lebensphasen und den Perspektiven für die Zukunft zunehmend auf. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert in der erfahrenen Zeit, in der die Zukunft zunehmend ungewiss wird. Dies führt zu einer Neugewichtung der Gegenwart, da durch die Ungewissheit traditionelle Lebensläufe und Beständigkeit immer seltener werden. Die einzelnen Lebensphasen mit ihren verschiedenen Bewältigungsaufgaben und Kompetenzen werden immer mehr betrachtet. Die Soziale Arbeit orientiert sich in diesem Zusammenhang nicht mehr darauf, die Situation der Menschen in der Zu-

kunft zu verbessern, sondern sie muss sich verstärkt auf die Bewältigungsaufgaben und Kompetenzen der Gegenwart beziehen.

Erfahrener Raum

Die Dimension des erfahrenen Raumes ist die zweite Dimension, in der die lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert. Hierbei wird der Mensch in seinen unterschiedlichen Verhältnissen eingebettet wahrgenommen. Soziale Arbeit versucht in ihren Interventionen, vorherrschende einengende, soziale Infrastruktur zugänglich zu machen und dabei neue Ressourcen aufzuzeigen und zu inszenieren.

Soziale Beziehungen

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert ebenso in den Strukturen der sozialen Beziehungen. Die Menschen werden in den Spannungen und Ressourcen, in denen sie leben, betrachtet. Die Soziale Arbeit orientiert sich an den Trennungen in den heutigen Beziehungen, die einen Bruch von Verlässlichkeit und dauerhafter Verbindlichkeit nach sich ziehen. Soziale Arbeit richtet ihren Blick somit nicht nur auf den Einzelnen, sondern auf die Menschen in ihrem sozialen Geflecht.

Alltägliche Bewältigungsaufgaben

Die Lebensweltorientierung handelt in den Dimensionen von Zeit, Raum und sozialen Beziehungen vor dem Hintergrund der alltäglichen, eher unauffälligen Bewältigungsaufgaben. Der Alltag der Einzelnen ist in diesem Zusammenhang meist von einer Unüberschaubarkeit in Ablauf und Struktur geprägt. Soziale Arbeit ermöglicht in der Dimension der alltäglichen Bewältigungsaufgaben den Menschen eine sinnvolle Struktur.

Hilfe zur Selbsthilfe

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit richtet ihre Unterstützung für Menschen in ihren Dimensionen so aus, dass diese sich trotz ihrer Hilfsbedürftigkeit als Subjekte ihrer Verhältnisse erleben können. Hierbei verfolgt sie das Ziel, Hilfe zur Selbsthilfe zu geben und sieht den Menschen mit seinen Stärken, die aus den jeweiligen Bewältigungsaufgaben resultieren. Es gilt, den Einzelnen zu befähigen, diese Stärken zu entdecken und zu nutzen, um eine Sicherheit im Lebenskonzept zu schaffen. Auf Basis dieser Sicherheit kann er sich bspw. gegen Verzweiflung oder Ausbrüche von Gewalt behaupten.

Gesellschaftliche Bedingungen

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit geht davon aus, dass die Lebensverhältnisse der Menschen immer auch eine gesellschaftliche Dimension haben. Diese gesellschaftliche Komponente gilt es zu analysieren und in Lösungsansätzen zu berücksichtigen. Demnach ist die lebensweltorientierte Soziale Arbeit auch mit einem politischen Anspruch verknüpft (vgl. Grunwald 2004:15ff.; Grunwald 2001:1140ff.).

Neben der Lebensweltorientierung greift die Soziale Arbeit im Krankenhaus auf die Methoden der Sozialen Beratung und des Case Managements zurück. Diese sollen in den nachfolgenden Abschnitten näher dargestellt und erläutert werden.

2.4.2 Soziale Beratung

Im Krankenhaus sind die sozialen und persönlichen Problemlagen vorrangig, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt stehen (vgl. Ansen 2008:51). Soziale Beratung ist dabei eine zentrale Handlungsmethode der Sozialen Arbeit (vgl. Ansen et al. 2004a:61) und liefert einen bedeutenden Beitrag zur Behandlung von Patient/-innen mit Problemlagen dieser Art.

Nach SICKENDIEK ist „Soziale Beratung [...] ein breit gefasster Begriff für die Gesamtheit beraterischer Hilfen in Problemfeldern, die sich auf Schwierigkeiten von Individuen oder Gruppen in und mit ihrer sozialen Umwelt beziehen. Unter sozialer Umwelt sind sowohl nähere soziale Kontexte wie Familie, Verwandtschaft, berufliche oder schulische Umwelt oder Freundeskreise zu verstehen wie auch [...] gesellschaftliche Bedingungen. Soziale Beratung bezieht sich zudem auf die materiellen, rechtlichen und institutionellen Strukturen der sozialen Umwelt“ (Sickendiek et al. 1999, 17). Somit wird ein breiter Rahmen der im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt auftretenden Problemlagen abgedeckt.

2.4.2.1 Ziele der Sozialen Beratung

Das Ziel der Sozialen Beratung ist es, die lebenspraktische Autonomie der Patient/-innen zu erhalten oder wieder herzustellen. Hierbei werden die sozialen Lebensumstände bei der Intervention berücksichtigt. Die Angebote umfassen nach BÖHNISCH „Angebote, die das Selbstwertgefühl von Menschen erhöhen, ihre soziale Orientierung verbessern, die soziale Unterstützung in den primären und se-

kundären Netzen ausbauen und ihre soziale Integration und Teilhabe garantieren“ (Böhnisch 1999 zit. nach Ansen et al. 2004a:61). Um sich mit den Problemen der Ratsuchenden auseinandersetzen zu können, müssen diese kooperativ sein, d.h. eine Soziale Beratung kann nur in Zusammenarbeit mit den Ratsuchenden erfolgreich verlaufen.

Im Verlauf einer Beratungsleistung sollen die Alltagsprobleme bewältigt werden, die nach dem Krankenhausaufenthalt der Patient/-innen auftreten können. Die Auseinandersetzung und der Umgang mit den Folgen und Auswirkungen im sozialen und persönlichen Bereich sowie eine Anbindung an das soziale Sicherungssystem ist Inhalt der Beratung. Ziel ist es, dass eine soziale Teilhabe und eine eigenständige Gestaltung des Lebens erreicht wird. In der Sozialen Beratung wird daher nicht direkt an die Lebensgewohnheiten der Bevölkerungsmehrheit, sondern an die individuellen Lebensentwürfe der Patient/-innen angeknüpft. Sie ist aber durch den institutionell vorgegebenen Rahmen in ihren möglichen Interventionen eingeschränkt. Wenn sich ein über die Soziale Beratung hinausgehender komplexerer Beratungsbedarf abzeichnet, wird in ein Case Management übergeleitet (vgl. Ansen et al. 2004a:61f.). Hierzu siehe Abschnitt 2.4.3.

2.4.2.2 Methodik der Sozialen Beratung

In der Sozialen Beratung kann auf verschiedene Ansätze, basierend auf einer sozialen Diagnose, zurückgegriffen werden. Hierbei ist der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung von Beginn an wichtig.

Beratungsbeziehung im Krankenhaus

Unter Beratung versteht man nach CULLEY „im Wesentlichen eine menschliche Aktivität, die durch einen besonderen Typ von Beziehung zwischen BeraterIn und Klient gekennzeichnet ist“ (Culley 2002:28). Hierunter versteht man eine Arbeitsbeziehung, die sich dadurch auszeichnet, dass sie auf klaren thematischen Verabredungen, wie bspw. Thema und Zeitpunkt von Interventionen, basiert. Dabei erhalten Ratsuchende in einer bewusst gestalteten Beziehung eine haltgebende, motivierende und ermutigende Unterstützung. Dies geschieht auf der einen Seite durch die Zuwendung der beratenden Person und auf der anderen Seite durch eine gezielte Intervention. Der Beratende nimmt in dieser Arbeitsbeziehung eine beobachtende, vergleichende und schlussfolgernde Haltung ein, die mittels einer

ausreichenden Distanz eine umfassende Problemeinschätzung ermöglichen kann (vgl. Ansen 2008:59).

Diese Arbeitsbeziehung ist durch die zwei Grundqualitäten „Akzeptanz“ und „Verstehen“ gekennzeichnet. Um eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufzubauen, muss der Beratende Patient/-innen Akzeptanz und Verstehen vermitteln. Durch diese Grundqualitäten erfahren die Patient/innen eine Zuwendung, die für eine aktive Beteiligung am Beratungsprozess notwendig ist und Kräfte freisetzen kann.

Akzeptanz

Unter Akzeptanz versteht man eine Wertschätzung anderer Menschen. Da in einer Beratungssituation über Dinge, die Patient/-innen bewegen, gesprochen wird, ist dies von besonderer Bedeutung. In diesem Sinne kann Akzeptanz als eine starke Qualität, die den Wert des Gegenübers anerkennt und ihm eine Selbstveränderung zugesteht, angesehen werden.

Verstehen

Verstehen ist das Fundament einer tragfähigen Arbeitsbeziehung. Verstehen bedeutet in diesem Zusammenhang, die verbalen und nichtverbalen Botschaften¹⁶ der Patient/-innen wahrzunehmen und die Lebenswelt aus ihrer Sicht zu sehen. Da jede Erfahrung für die Patient/-innen einmalig und individuell ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sie komplett verstanden wird.

Neben der Akzeptanz und dem Verstehen sind Unterstützung und Herausforderung, Vertrauen und Misstrauen sowie eine emotionale Nähe und Distanz weitere wichtige Dimensionen der Arbeitsbeziehung.

Unterstützung und Herausforderung

CULLEY versteht unter Unterstützung eine Quelle der Stärke für die Patient/-innen. Hierbei ist die Anfangsphase von besonderer Bedeutung, da die Arbeitsbeziehung noch nicht gefestigt ist. Bei jeglicher Unterstützung ist es wichtig, die Patient/-innen mit Verhaltensaspekten, die eine Veränderung der derzeitigen Situation verhindern, zu konfrontieren. Die Herausforderung ist hierbei, die Patient/-innen zu motivieren, sich selbst besser einschätzen zu können, um auf dieser

¹⁶ Zur Vertiefung dieses Themas empfiehlt sich unter anderem die Literatur von Schulz von Thun, Friedemann (2004): Miteinander Reden. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Basis Veränderungen der Verhaltensweisen zu erzielen. Die Herausforderung darf jedoch nicht ohne Unterstützung erfolgen, da sie als Zurückweisung und fehlende Sensibilität von Seiten des Beratenden empfunden werden kann. Im Umkehrschluss ist eine Unterstützung ohne Herausforderung weniger produktiv, da Patient/-innen ohne Herausforderungen nicht die Notwendigkeit sehen, über sich selbst hinauszuwachsen.

Vertrauen und Misstrauen

Vertrauen ist eine wichtige Grundlage für sämtliche Beratungsbeziehungen, da davon ausgegangen wird, dass Patient/-innen besser mit einer beratenden Person zusammenarbeiten, mit der sie vertraut sind, als mit einer, mit der sie nicht vertraut sind. Vertrauen wird durch eine gewisse Basis des gegenseitigen Verhaltens wie Akzeptanz und Verstehen entwickelt. Um dies zu erreichen, muss sich der Beratende den Patient/-innen gegenüber konsistent verhalten. Dies schließt bspw. eine Zuverlässigkeit im Einhalten von Terminen, eine Vertraulichkeit der Gespräche und das Beachten persönlicher Grenzen ein.

Emotionale Nähe und Distanz

Die Patient/-innen vertragen ein unterschiedliches Maß an Nähe zu einer beratenden Person. Hierbei steht die emotionale Nähe, die der Beratende mit seinem Wissen über die innersten Gefühle der Patient/-innen aufbaut, der notwendigen Distanz gegenüber, die dieser halten sollte, um einen objektiven Abstand zu den Patient/-innen zu wahren. Somit muss der Beratende einen engen sozialen Kontakt aufbauen und gleichzeitig eine emotionale Distanz achten, um nicht durch eine persönliche Identifikation wirkungslos zu werden (vgl. Culley 2002:28ff.).

Soziale Diagnose

Unter einer Sozialen Diagnose versteht man „den professionellen Prozess der Erkenntnisgewinnung und Erkenntnisverarbeitung über das dem sozialarbeiterischen Handeln zugrunde liegende soziale Problem, welches sich durch sozioökonomische und psychosoziale Anteile gleichermaßen auszeichnet“ (Röh 2008:36). Im Krankenhaus sind hierbei die „Auswirkungen sozial prekärer Lebensumstände auf Gesundheit und Krankheit und die mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbundenen, beeinträchtigten sozialen Teilhabemöglichkeiten von PatientInnen“ (Ansen 2008:59f.) der Ausgangspunkt für die Diagnose.

ANSEN unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen drei diagnostischen Kategorien:

- materielle Lebensgrundlagen wie Wohnungsversorgung, Einkommenssicherung etc.
- soziale Unterstützung wie Unterstützung im Alltag, soziale Netzwerke und
- persönliche Fähigkeiten wie Alltagsbewältigung, Umgang mit der Krankheit.

Diese diagnostischen Kategorien gelten unter Berücksichtigung der subjektiven Sichtweisen und Reaktionen der Ratsuchenden als Grundlage für den Unterstützungsbedarf. Um sich einen umfassenden Überblick über den Ratsuchenden zu verschaffen, stehen in einem Diagnosegespräch eine Vielzahl von Fragen im Vordergrund. Wichtig ist hierbei, eine Verhörsituation zu vermeiden und stattdessen offene Fragen zu stellen, die eine Interaktion mit dem Ratsuchenden ermöglichen (vgl. Ansen 2008:60).

2.4.2.3 Interventionen in der Sozialen Beratung

Die Interventionen in der Sozialen Beratung richten sich nach den oben beschriebenen Kategorien der sozialen Diagnosestellung. Dabei sind die einzelnen Kategorien meist nicht getrennt voneinander zu betrachten, da sie von einander abhängen und sich gegenseitig beeinflussen.

Interventionen zur Sicherung der Lebensgrundlagen

Die Sicherung der Lebensgrundlagen ist von entscheidender Bedeutung für die Patient/-innen im Krankenhaus. So stehen Verdienstauffälle während des Krankenhausaufenthaltes, Unterhaltssicherungsleistungen oder auch die Wohnsituation im Mittelpunkt der Beratung. Allgemein ist es Ziel, Ängste, die mit einem drohenden Verlust der materiellen Ressourcen verbunden sind, zu reduzieren und den individuellen Stress der Patient/-innen abzubauen.

Schwerpunkt des Beratungsgesprächs ist es, die Ratsuchenden über ihre Rechte und die daraus resultierenden Möglichkeiten zu informieren. Der beratenden Person müssen generell sozialadministrative und gesprächstechnische Kompetenzen zur Verfügung stehen, die sie sich im Vorwege angeeignet haben muss. So benötigt der Beratende Gesetzeskenntnisse, Kenntnisse über die örtlichen und

institutionellen Zuständigkeiten sowie über Modalitäten der Antragsverfahren, um soziale Sicherungsleistungen erschließen zu können. Der Beratende muss die rechtlichen Anteile der Erkrankung des Ratsuchenden erkennen und die nötigen Handlungsansätze darlegen, um auf diese Weise den Ratsuchenden zielgerichtet bei der Umsetzung behilflich zu sein.

Förderung der sozialen Unterstützung

Soziale Unterstützung kann in zwei Bereiche unterteilt werden. Auf der einen Seite bezieht sie sich auf informellen Formen, die im privaten Bereich angesiedelt sind, wie bspw. Unterstützung durch Familie, Freunde, Bekannte. Auf der anderen Seite stehen die formellen Varianten, wie z.B. Beratungs- und Hilfestellen. Die informellen Interventionen sind ausgerichtet, die zwischenmenschlichen Beziehungen zu fördern, die in der Alltagsbewältigung unterstützend für den Ratsuchenden wirken. Wichtig ist hierbei, dass dies Beziehungen sind, die nach PEARSON „einen kognitiven, emotionalen, materiellen und praktischen Beistand“ (Pearson 1997 zit. nach Ansen 2008:64) bieten. In diesem Zusammenhang sind Selbsthilfegruppen als informelle Unterstützungsformen zu nennen.

Um die soziale Unterstützung zu verbessern, muss der Beratende gute Angehörigenarbeit und Netzwerkarbeit leisten. Inhalt der Angehörigenarbeit ist eine Weitergabe von Informationen in Bezug auf die Erkrankung des Familienmitglieds und die daraus resultierenden rechtlichen, materiellen und persönlichen Fragen. In der Netzwerkarbeit unterscheidet man zwischen

- primären Netzen wie Familie, Nachbarschaft und Freundeskreis
- sekundären Netzen wie Institutionen, Beratungsstellen und Pflegediensten und
- tertiären Netzen wie Selbsthilfegruppen

Hierbei ist nach STRAUSS die „Größe der Netze, die Intensität der Kontakte, die Qualität der Hilfen, die Verbindung zwischen einzelnen Netzen und [die] Veränderungswünsche der Ratsuchenden“ (Strauss 2004 zit. nach Ansen 2008:65) von zentraler Bedeutung der Auswertung dieser Netze. Die Netzwerkarbeit hat die Förderung persönlicher und sozialer Kompetenzen zum Ziel. Dies kann sich z.B. in der Kommunikation mit anderen und der Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, widerspiegeln. Auch auf dieser Ebene der Interventionen muss der Beratende über

ein spezielles Wissen wie bspw. über verschiedene Versorgungsangebote, Finanzierung von Leistungen, und Zugangswege, verfügen, um den Patient/-innen nach einer genauen Fallbeurteilung die geeigneten Unterstützungsleistung zu ermöglichen.

Förderung persönlicher Fähigkeiten

Um die Patient/-innen bei ihrer Lebens- und Krankheitsbewältigung zu unterstützen, setzt sich die Soziale Beratung nicht nur mit den lebenspraktischen und sozialen Kompetenzen, sondern auch mit den emotionalen Belastungen des Einzelnen auseinander. Erfolgt eine günstige Krankheitsbewältigung, wirkt sich dies auch auf das Selbstwertgefühl und die sozialen Beziehungen der Patient/-innen aus. Dies hat wiederum positive Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung und setzt Selbsthilfepotenziale frei.

Zu Beginn einer Sozialen Beratung steht die Aufklärung der Patient/-innen über die Krankheit und deren Auswirkungen im Mittelpunkt. Hierbei hat die Soziale Beratung die Aufgabe, den Patient/-innen relevante Informationen zu vermitteln, um ihnen einen konstruktiven Umgang mit der neuen Situation zu ermöglichen.

Reicht eine Soziale Beratung nicht mehr aus und gestaltet sich der Beratungs- und Betreuungsbedarf deutlich umfassender, hat die Soziale Arbeit die Möglichkeit, sich die Methode des Case Managements zu Nutze zu machen. In den folgenden Ausführungen soll das Case Management näher dargestellt werden. Hierbei sollen insbesondere die Ziele, die Phasen des Case Managements und die Aufgaben des Case Managers näher betrachtet werden.

2.4.3 Case Management

Aufgrund der Veränderung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen und somit auch der des Krankenhauses ist die Soziale Arbeit auf Elemente des Case Managements angewiesen. In erster Linie ist dieses durch den Bettenabbau in Krankenhäusern seit den 70er Jahren, die Umstellung auf das DRG-System und die Ausweitung der Leistungen der ambulanten Dienste begründet. Dies hat Einfluss auf die Soziale Arbeit, da die Liegezeiten im Krankenhaus immer kürzer werden und eine schnelle Überleitung in den häuslichen oder ambulanten Bereich gefordert wird.

Daraus ergeben sich neue Aufgaben, die auf der Grundlage des Case Managements erfüllt werden können. Gehörten früher wirtschaftliche und persönliche Hilfen vordergründig zu den Aufgaben der Sozialen Arbeit im Krankenhaus, liegt der Schwerpunkt heute auf der Organisation der Entlassung. Dabei sind lange Liegezeiten der Patient/-innen zu vermeiden und eine gute Vernetzung zum ambulanten Bereich zu realisieren. Es wird auf ein medizinisch- soziales Case Management zurückgegriffen, welches sich an den Anforderungen im Krankenhaus orientiert. So werden die medizinischen, pflegerischen und sozialen Dienstleistungen, die für die jeweiligen Patient/-innen vonnöten sind, miteinander verbunden (vgl. Ansen 2004a:78ff.)

Das Case Management richtet sich an Patienten/-innen, die umfassende Problemlagen aufweisen, die im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt stehen. Die Koordination der dadurch notwendigen Hilfen steht dabei im Mittelpunkt. Das Case Management orientiert sich an den individuellen Problemlagen und betrachtet diese aus verschiedenen Perspektiven. So kann der Hilfebedarf in einem angemessenen Umfang bestimmt werden.

Case Management unterscheidet sich von der Sozialen Beratung dadurch, dass bei dieser Methode das Handeln nicht auf eine unmittelbare Hilfe hinausläuft. Vielmehr besteht das Ziel darin, eine Institution, die direkte Hilfe leistet, zu finden und einen Kontakt zu dieser herzustellen. In diesem Zusammenhang spielen die individuellen Lebenslagen und die Umweltressourcen der Patient/-innen eine bedeutende Rolle (vgl. Ansen 2004a:74f.).

2.4.3.1 Ziele des Case Managements

Ziel des Case Managements ist es, die sozialen Dienste kostengünstiger und effizienter zu organisieren. Hierzu betont WENDT: „Die meisten Bedürftigen können sich die richtige Mixtur an Hilfen nicht selber zusammenstellen. Ihnen sind die verstreuten Ressourcen möglicher Unterstützung nicht ohne weiteres bekannt und zugänglich. Unter den Diensten mangelt es an Abstimmung aufeinander und an Kooperation in Rücksicht auf den jeweils individuellen Bedarf“ (Wendt 1991 zit. nach Galuske 2005:201). Die Aufgabe, die sich daraus ergibt, zielt auf die Befähigung der Einzelnen, verschiedene Ressourcen zu erkennen, zu nutzen und zu festigen.

Case Management wurde entwickelt, um eine bedarfsgerechte Abstimmung der sozialen Dienstleistungen zu gewährleisten (vgl. Galuske 2005:201). Wird bei Patient/-innen ein weiterführender Bedarf an Hilfen auch nach dem Krankenhausaufenthalt identifiziert, verfolgt die Soziale Arbeit das Ziel, den Patient/-innen während ihres Krankenhausaufenthaltes einen Zugang zu Ressourcen und Unterstützungsleistungen außerhalb des Krankenhauses zu ermöglichen. Im Rahmen dieser Leistung wird auf die verschiedenen Phasen des Case Managements zurückgegriffen.

2.4.3.2 Die Aufgaben der Sozialen Arbeit im Case Management

Die Aufgaben im Case Management richten sich nach dem Ziel, eine optimale Versorgung für die Patient/-innen zu gewährleisten. In diesem Rahmen übernimmt die Soziale Arbeit im Krankenhaus den Patient/-innen gegenüber eine anwaltliche Funktion und vertritt deren Interessen gegenüber dem Krankenhaus sowie externen Dienstleistern. Durch diese Funktion erhält die Soziale Beratung die Möglichkeit, Versorgungslücken zu erkennen und für bessere Dienstleistungen einzutreten. Dies erfordert Empathie, da es gilt, die unausgesprochenen Bedürfnisse der Patient/-innen zu erkennen. Hierbei sollen aber Abhängigkeiten der Patient/-innen vom Case Management vermieden und eine Hilfe zur Selbsthilfe gegeben werden.

Neben der anwaltlichen Aufgabe hat die Soziale Arbeit eine vermittelnde Funktion. Hierbei übernimmt sie eine neutrale Stellung gegenüber den Nutzern und Anbietern von sozialen und medizinischen Dienstleistungen. Hier ist die Vernetzung zu externen Dienstleistern von besonderer Bedeutung, da eine zügige Überleitung der Patient/-innen in den ambulanten Bereich gewährleistet werden muss (vgl. Ansen 2004a:83ff.).

2.4.3.3 Phasen im Case Management

Das Case Management hat eine phasenorientierte Struktur, in der die komplexen Hilfeleistungen für Patient/-innen zusammengeführt werden. Nach RAIFF „reichen die Arbeitsschritte des Case Managements von der Auswahl und dem Erreichen der Klienten über die Verpflichtung zur Hilfe, die Einschätzung des Bedarfs an Diensten, Programmen und Mitteln, die Erarbeitung eines Versorgungs- oder Ser-

viceplans, die Verknüpfung des Klienten mit den im Plan vorgesehenen Diensten und Ressourcen im Gemeinwesen bis zur Durchführung und Koordination der Maßnahmen und die Überwachung und Auswertung“ (Raiff et al. 1997 zit. nach Ansen 2004a:84).

MOXLEY unterteilt diese Phasen wie folgt:

- Einschätzung (Assessments)
- Planung (planing)
- Durchführung (intervention)
- Überwachung (monitoring)
- Be- und Auswertung (evaluation) (vgl. Neuffer 2002:49)

Phase der Einschätzung

In der Phase der Einschätzung tritt der Case Manager mit den Patient/-innen in Kontakt. Dies kann auf verschiedenen Wegen erfolgen, bspw. durch eine Beratung im Vorwege, durch eigene Initiative der Patient/-innen oder durch eine Überweisung durch den Krankenhausarzt. In einem ersten Gespräch geht es um den Aufbau einer Vertrauensbasis und eine erste Klärung der Problemlage. Hierbei ist eine Offenheit von beiden Seiten notwendig. Der Case Manager kann aufgrund seiner professionellen Kompetenz der Patient/-in einen Überblick über sein Aufgabenfeld und andere kooperative Institutionen geben. Somit können die Patient/-innen selbst einschätzen, ob sie auf diese Hilfeleistung angewiesen sind und sie annehmen möchten. Ziel ist es, abzuklären, ob das Anliegen der Patient/-innen eines Case Managements bedarf und es können erste Ziele und Unterstützungen vereinbart werden (vgl. Ansen et al. 2004:85).

Phase der Planung

Nach der Phase der Einschätzung folgt die Phase der Planung. Auf Grundlage der in der ersten Phase vereinbarten Ziele werden nun die einzusetzenden Mittel und Wege abgeklärt. Sobald die genaue Zieldefinition und die Klärung des Hilfebedarfs abgeschlossen sind, erfolgt in einem Durchführungsplan (Hilfeplan) die schriftliche Dokumentation. Hierbei erfolgt eine konkrete Aufgabenverteilung für die am Hilfeplan Beteiligten (vgl. Ansen et a. 2004a:85f.). Dieser Prozess wird in Zusammenarbeit aller beteiligten und unterstützenden Personen mit den Patient/

-innen durch Beratung oder Helfer- oder Fachkonferenz (vgl. Neuffer 2002:80) durchgeführt.

Phase der Durchführung

In der Phase der Durchführung werden die Interventionen, die zuvor im Hilfeplan festgelegt wurden, eingeleitet. Hierbei hat der Case Manager die Aufgabe, die einzelnen Maßnahmen aufeinander abzustimmen und zu überwachen. Der Case Manager richtet sich dabei nach der Zufriedenheit der Patient/-innen und optimiert die Abläufe. Im Verlauf dieser Phase werden die Ziele immer wieder überprüft, und es erfolgt eine Be- und Auswertung. Ziel ist es, nicht nur rückwirkend auf die geleisteten Maßnahmen zu schauen, sondern stets die Frage in den Mittelpunkt zu stellen, welche neuen Sichtweisen durch die Maßnahmen entstanden sind.

Im Krankenhaus kann nach ANSEN das Case Management jedoch nur bis zur Planungsphase durchgeführt werden. Die weiteren Phasen sollen daher nicht näher ausgeführt werden¹⁷. So kann im Krankenhaus nur eine erste Planung und Einleitung der in der Planung festgelegten Ziele erfolgen. Da die Soziale Arbeit im Krankenhaus in vielen Fällen nicht über Handlungsmöglichkeiten verfügt, erfolgen der Hauptteil der Durchführungsphase, die Phasen der Überwachung und der Be- und Auswertung meist nach der Entlassung. Der Prozess des Case Managements endet mit einer Rechenschaftsablegung. Die Grundlage hierfür stellt die laufende Dokumentation dar. Die erfolgten Maßnahmen und Aktivitäten im gesamten Hilfeprozess werden betrachtet und ausgewertet (vgl. Ansen et al. 2004a:85f.).

2.5 Kurzes Fazit und weiterführende Aspekte

Soziale Arbeit schaut auf eine lange Tradition bei der Bearbeitung von Problemlagen, die im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt stehen, zurück. Schon seit den Anfängen um die Jahrhundertwende des 19./20. Jahrhunderts standen die Problemlagen, die mit einem Krankenhausaufenthalt in Zusammenhang stehen, im Mittelpunkt der Arbeit der damaligen ehrenamtlichen Mädchengruppen. Bis zum jetzigen Zeitpunkt hat sich die Soziale Arbeit im Krankenhaus weiter entwickelt und zählt heute zu einem wesentlichen Bestandteil des öffentli-

¹⁷ Nähere Informationen sind hierzu bei Neuffer (2002) Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien nachzulesen.

chen Gesundheitsdienstes. Hier richtet sie sich nach dem beruflichen Verständnis der Sozialen Arbeit und hat die Bearbeitung von gesellschaftlich und professionell als relevant angesehenen Problemlagen zum Gegenstand. Die Soziale Arbeit im Krankenhaus wird zu einer Krankenhausbehandlung hinzugezogen, wenn die Erkrankung der Patient/-innen so umfangreich ist, dass es im weiteren Verlauf zu Problemlagen kommt, die einer Unterstützung bedürfen. Hierbei leistet sie eine Bewältigungs- und Unterstützungsleistung für Patient/-innen und fördert somit das Wohlbefinden und die Krankheitsbewältigung. Des Weiteren ist die nahtlose Überleitung in den ambulanten oder häuslichen Bereich ein wichtiges Ziel der Sozialen Arbeit. Dafür muss die Soziale Arbeit ihre Aufgaben optimal auf die Ziele abstimmen. Hierzu zählen nicht nur die Aufgaben, die im Zusammenhang mit den Patient/-innen stehen, sondern es ergeben sich auch Aufgaben, die sich auf das Krankenhaus oder intern auf die Sozialberatung beziehen. Durch ihr spezifisches Fachwissen und die Ansiedlung im Krankenhaus kann die Soziale Arbeit im Rahmen eines Präventionsprojektes für die Identifizierung und Bearbeitung von Risikofaktoren hinzugezogen werden. Sie verfügt über spezifische Erklärungs- und Handlungsansätze, die für diese Tätigkeit von großer Bedeutung sind. Soziale Arbeit ist demnach einerseits in der Lage, vorliegende Risikofaktoren zu erkennen und andererseits unter Berücksichtigung der Lebenswelten der Familien Interventionen einzuleiten. Bei der sich daraus ergebenden Unterstützungs- und Beratungsleistung greift die Soziale Arbeit auf die Methoden der Sozialen Beratung und des Case Managements zurück.

Durch die Verortung der Krankenhaussozialarbeit im Gesundheitswesen muss diese sich den dort geltenden Bedingungen und institutionellen Vorgaben unterordnen. In diesem Fall gelten die im Krankenhaus herrschenden strukturellen Bedingungen, die die Rahmenbedingungen auch für die Soziale Arbeit vorgeben. Durch diese Vorgaben und Bedingungen wird die Soziale Arbeit in ihrem Handeln sowohl unterstützt als auch teilweise eingeschränkt. Da das Krankenhaus mit seiner Geburtshilfe ein elementarer Betrachtungsgegenstand dieser Arbeit ist, erscheint es sinnvoll, die formalen Rahmenbedingungen eines Krankenhauses beziehungsweise einer Krankenhausbehandlung darzustellen.

3 Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus

3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

In den einzelnen Krankenhäusern gelten die rechtlichen Grundlagen nach dem fünften Sozialgesetzbuch (SGB). Krankenhäuser sind nach § 107 SGB V Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung und/oder der Geburtshilfe dienen. In Absatz 1 Nummer 3 heißt es, dass diese Einrichtungen „mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten“ (vgl. Klie et al. 2007:604).

Die Soziale Arbeit im Krankenhaus ist in den rechtlichen Grundlagen des § 112 SGB V Absatz 2, Nummer 4 und 5 als soziale Betreuung und Beratung verantwortlich für die Unterstützung, Beratung der Versicherten im Krankenhaus sowie für den nahtlosen Übergang derer von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege (vgl. Klie et al. 2007:607).

Auf Landesebene wird auf die Soziale Arbeit näher eingegangen. So heißt es bspw. im Landeskrankenhausgesetz für Hamburg vom April 1991 in „§ 6 Soziale Beratung und Betreuung: (1) Das Krankenhaus stellt die soziale Beratung und Betreuung der Patientinnen und Patienten durch geeignete Fachkräfte sicher (Sozialdienst im Krankenhaus)“ (http://hh.juris.de/hh/KHG_HA_P6.htm 2007). Offen bleibt hierbei die Frage, was geeignete Fachkräfte in diesem Sinne sind. Neben der Festlegung der Sozialen Beratung werden auf Landesebene Aussagen über die Tätigkeiten in § 6, Satz 2 festgelegt: „(2) Aufgabe des Sozialdienstes im Krankenhaus ist es, in Absprache mit den Patientinnen und Patienten diese sowie gegebenenfalls deren Angehörige in sozialen Fragen zu beraten, sie bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen, bei der Nachsorge sowie der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und damit die ärztliche und pflegerische Versorgung im Krankenhaus zu ergänzen“ (http://hh.juris.de/hh/KHG_HA_P6.htm 2007). Aufgabenbeschreibung siehe Abschnitt 2.2.2.

3 Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus

Neben dem Landeskrankenhausgesetz enthält das 2001 in Kraft getretene Sozialgesetzbuch IX für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen wichtige Elemente für die Beratung im Krankenhaus. So sind in diesem Gesetz Beratungsleistungen enthalten, die u. a. die „frühestmögliche und themenübergreifende Information und individuelle Beratung“ (Weis zit. n. Ansen et al. 2004a:52) beschreiben. Nach dem Sozialgesetzbuch IX sind die psychosozialen Kompetenzen der Sozialen Arbeit gefragt. In § 26 werden darüber hinaus Leistungen aufgeführt, die der medizinischen Rehabilitation dienlich sind: „§ 26 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:

Abs. (3): [...]

- Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
- Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
- mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen [...],
- Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe und Beratungsmöglichkeiten,
- Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
- Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation“ (Klie et al. 2007:767).

Im Rahmen dieser gesetzlichen Grundlage ergibt sich für die Soziale Arbeit im Krankenhaus eine gute Basis für die Umsetzung von psychosozialen Handlungsansätzen. Hier kann das spezifische Fachwissen wie Soziale Beratung, Krankheitsbewältigung, Angehörigenberatung sowie Krisenintervention eingebracht werden. Mit diesem Wissen kann schon zu Beginn der Krankenhausbehandlung auf die Rehabilitationspotenziale der einzelnen Patienten/-innen adäquat eingegangen werden (vgl. Ansen 2004a:52) und somit ihre Überleitung in den Rehabilitationsbereich zeitnah mit der Entlassung erfolgen.

Neben den rechtlichen Rahmenbedingungen agiert die Soziale Arbeit im Krankenhaus im Rahmen der vorherrschenden ökonomischen Bedingungen, die im Folgenden dargelegt werden sollen.

3.2 Ökonomische Rahmenbedingungen

Die Krankenhausbehandlung wird seit 2003 über die bundesweit eingeführten Fallpauschalen (Diagnosis related Groups – DRG) abgerechnet. Diese verfolgen das Ziel, „gleiche Leistungen in verschiedenen Krankenhäusern gleich zu vergüten“ (Roeder 2008:33). Die Patient/-innen werden in diesem Rahmen nach Diagnose, Schweregrad und Komplikation eingeteilt. Somit erhalten die Krankenhäuser festgelegte Erlöse für die jeweiligen Krankenhausaufenthalte. Diese Erlöse sind nicht wie bisher als eine Aufwandsentschädigung für die einzelnen Berufsgruppen zu sehen. Im Gegensatz dazu wird der Gesamtaufwand, der alle Personal- und Sachkosten und die Infrastrukturkosten beinhaltet, vergütet (vgl. Roeder 2008:33). Primäres Ziel dieser einheitlichen Leistung ist es, die Kosten im Krankenhausbereich zu senken und eine erhöhte Transparenz zu erreichen (vgl. Gödecker-Geenen 2003:11).

Die Krankenhäuser müssen mit Einführung der DRG´s einem verstärkten Leistungsdruck standhalten. Auf der einen Seite muss mit geringen Kosten in kürzester Zeit eine an den Qualitätszielen des Krankenhauses orientierte Gesamtbehandlung geleistet und sich auf der anderen Seite dem Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern gestellt werden. So ist das Krankenhaus gezwungen, seine Leistungen zu optimieren und zu definieren, auf welche Leistungen nicht verzichtet werden kann und welche unter 'Kann-Leistungen' fallen. Hierbei weist ROEDER darauf hin, dass diese 'Kann- Leistungen' für die Krankenhausbehandlung nicht unbedingt notwendig sind, sich aber in Bezug auf den Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern positiv auswirken können (vgl. ebd.:34).

Daraus ergeben sich auch für die Soziale Arbeit im Krankenhaus Herausforderungen, denen sie sich stellen muss. Auf der einen Seite muss sie im Rahmen der Leistungsoptimierung genau definieren, „warum und in welchem Umfang ihre Leistung notwendig ist“ (ebd.:33), um sich dem Wettbewerb anderen Berufsgruppen im Krankenhaus stellen zu können. Auf der anderen Seite stellt die Reduzierung der Verweildauer im Krankenhaus auch eine Chance dar, eine

3 Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus

Verzahnung mit anderen Diensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens zu verbessern. Des Weiteren muss auch eine Nachsorge vom Krankenhaus organisiert werden, um eine erneute Wiederaufnahme der Patient/-innen zu vermeiden (vgl. Ansen 2002:102). Als problematisch kann hierbei die Verminderung der Problemorientierung angesehen werden (vgl. Gödecker-Geenen et al. 2003:120). Das kann dazu führen, dass Patient/-innen entlassen wurden, sobald ihre medizinische Behandlung abgeschlossen war, auch wenn noch einen Bedarf an psychosozialer Beratung vorlag. Das bedeutet für die Soziale Arbeit, dass sie einerseits die Beratungsleistung optimieren muss, andererseits eine zeitnahe Überleitung in den häuslichen Bereich gewährleisten muss.

Problematisch ist auch, dass die Soziale Arbeit „daran gemessen (wird), wie schnell eine Verlegung eines Patienten in eine andere Institution oder in seine häusliche Umgebung organisiert werden kann“ (Spindler zit. n. Ansen et al. 2004a:55). Auch hier ergibt sich eine neue Herausforderung für die Soziale Arbeit, da Management- und Steuerungsaspekte mehr in den Vordergrund treten und damit die Bedeutung der Sozialen Arbeit im Rahmen des Gesamtbehandlungsprozesses zunimmt. Aufgrund dieser veränderten Rahmenbedingungen entstanden in den letzten Jahren verschiedene Praxiskonzepte, wie bspw. „Koordinierte Entlassung“ oder die „Sozialvisite“, die nach ANSEN die Notwendigkeit der Spezialisierung und Profilierung der Sozialen Arbeit im Arbeitsfeld Krankenhaus verdeutlicht (vgl. Ansen et al. 2004a:55f.). Auf diese Aspekte soll nicht näher eingegangen werden, da sie über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen.

3.3 Strukturelle Ausstattung

In Deutschland werden die einzelnen Krankenhäuser in verschiedene Kategorien unterteilt. Darunter fallen Krankenhäuser der Grundversorgung, der Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung. Krankenhäuser der Grundversorgung gewährleisten eine Versorgung im Bereich der Inneren Medizin und der allgemeinen Chirurgie, in Krankenhäusern der Regelversorgung werden diese Leistungen durch Fachabteilungen der Gynäkologie, Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augenheilkunde oder Orthopädie ergänzt. Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung haben ein überregionales

3 Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus

Aufgabenspektrum zu erfüllen und weisen zu den Fachgebieten der Regelversorgung zusätzlich Gebiete der Pädiatrie, Neurologie oder Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie auf. Unter Krankenhäusern der Maximalversorgung versteht man meist Hochschulkliniken, die über ein hochdifferenziertes Spektrum an Diagnostik und Therapie verfügen. Neben diesen allgemeinen Krankenhäusern sind Fachkrankenhäuser, die sich auf bestimmte Patientengruppen spezialisiert haben, in einigen Bundesländern zu finden (vgl. Simon 2005:202f.). Im Jahr 2000 hatten nach SIMON allgemeine Krankenhäuser in Deutschland durchschnittlich 200- 300 Betten und verfügten über vier medizinische Fachabteilungen, darunter in der Regel eine Abteilung für innere Medizin, eine chirurgische Abteilung sowie eine Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe [...]“ (Simon 2005:183f.).

Im weiteren Verlauf der Arbeit werden die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser ab der Regelversorgung betrachtet.

3.3.1 Organisationsstrukturen

Im Krankenhaus beruht die innere Organisation in der Regel auf drei Säulen: dem ärztlichen Dienst, dem Pflegedienst und dem Wirtschafts- und Verwaltungsdienst. Diese drei Säulen verfügen über separate Verantwortungsbereiche, die jeweils eine eigene Führungsstruktur haben. Diese Führungsstruktur wird in der Krankenhausleitung zusammengeführt. Die Krankenhausleitung setzt sich aus einer kaufmännischen Direktion, einer ärztlichen Direktion und einer pflegerischen Direktion zusammen. Seit den 1990er Jahren wird an die Spitze eines Krankenhauses eine Geschäftsführung berufen, die die Gesamtverantwortung wahrnimmt und den anderen Direktionen vorsteht.

Mit Umstellung auf die DRG-Fallpauschalen stellen größere Krankenhäuser ihre Aufbauorganisation von der traditionellen Organisationsstruktur, die an medizinischen Fachgebieten orientiert ist, zunehmend auf Departments oder Zentren um. Diese Struktur orientiert sich nicht mehr an den medizinischen Fachgebieten, sondern an den Erkrankungen und Organsystemen. Ziel ist es, die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Patientenversorgung zu fördern und die Wirtschaftlichkeit durch eine optimierte Ablauforganisation zu verbessern (vgl. Simon 2005:185f.).

3 Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus

Über die Zuordnung der Sozialen Arbeit in die Organisationsstruktur des Krankenhauses besteht keine einheitliche Meinung in der Fachliteratur. Die Autoren des Lörracher Qualitätskonzeptes fordern eine eigenständige Fachabteilung, bei der die Dienstaufsicht beim Krankenhausdirektor oder bei der Leitung der Sozialberatung liegt (vgl. Tost et al. 2005:23). Auch die DVSG sieht diese Forderung als notwendig an und sieht einen eigenständigen Aufgabenbereich für die Tätigkeiten der Sozialen Arbeit vor (http://dvsg.org/uploads/media/StellenbeAkutDVSG_01.pdf 2007).

In der Praxis erfolgte die Umsetzung dieser Richtlinien nur unvollständig. So stellt HÜPPER in einer im Jahre 2001 durchgeführten Studie überwiegend eine Zuordnung der Sozialen Arbeit zum Pflegebereich fest. Nur in den wenigsten Fällen erfolgte die Zuordnung zur Verwaltung. Auch die DVSG fand 2001 in 26 verschiedenen Krankenhäusern neun verschiedene Organisationsmodelle. Meist erfolgte die Einbindung der Sozialen Arbeit beliebig vor dem Hintergrund ihres jeweiligen Auftrages (vgl. Ansen et al. 2004a:26f.).

3.3.2 Kommunikations- und Kooperationsstrukturen

Das Lörracher Qualitätskonzept von TROST spricht für die internen und externe Kommunikations- und Kooperationsstrukturen eine Empfehlung aus, an der sich die Sozialberatung im Krankenhaus orientieren kann. Die Autoren beschreiben klar definierte Kommunikationsstrukturen: „wer sich wann, wo mit wem worüber und wie häufig unterhält. Dabei findet die Rechtzeitigkeit (d.h. frühzeitige Weitergabe relevanter Informationen); die Vollständigkeit (d.h. Informationen, die den Klienten in seiner Ganzheitlichkeit erfassen); die Transparenz (d.h. Nachvollziehbarkeit des eigenen Handelns/Vorgehens für andere beteiligte Berufsgruppen) besondere Berücksichtigung“ (Trost et al. 2005:27).

Für die Soziale Arbeit sind die internen Kommunikations- und Kooperationsstrukturen bedeutend, da sie für den Informationsfluss bestimmend sind. Dieser Informationsfluss entscheidet, wie schnell innerhalb einer kurzen Verweildauer die für den Heilungsverlauf optimale Leistung für die Patient/-innen erreicht werden kann. Die Soziale Arbeit trägt durch eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit zu einer schnellen Vermittlung der Patient/-innen bei (vgl. Trost et al. 2005:27).

3 Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus

Im Krankenhaus arbeitet die Soziale Arbeit intern vorwiegend mit dem ärztlichen und pflegerischen Personal zusammen. Neben der Zusammenarbeit mit diesen Berufsgruppen sind sämtliche an der Krankenhausbehandlung beteiligten Professionen der Krankengymnastik, Logopädie, Seelsorge, Ergotherapie, Psychologie weitere Kooperationspartner. Ebenso steht die Soziale Arbeit mit der Verwaltung in intensivem Kontakt (vgl. Ansen 2004a:23).

TROST geht von internen Strukturen im Krankenhaus aus, die sich in vier Bereiche unterteilen lassen:

- *Leitungsebene*: Teilnahme mit beratender Funktion bei Sitzungen der Krankenhausleitung oder regelmäßige Gespräche mit dem Verwaltungsdirektor.
- *Abteilungsebene*: tägliche Präsenz auf der Station, Einschaltung der Sozialberatung erfolgt schriftlich, Rückmeldungen der Sozialberatung an die Station/Ärzte, ebenfalls schriftlich, große Helferkonferenzen werden im Einzelfall von der Sozialberatung einberufen
- *Interne Ebene (Sozialberatung)*: wöchentliche Teamsitzungen, tägliche Übergabe bzw. allgemeiner Informationsaustausch
- *Patient/-innenebene*: gezielte Informationen für Patienten und Patientinnen über die Arbeit der Sozialberatung, z.B. durch Hausbroschüre und Patientenmappen¹⁸.

Neben den internen Kooperationspartnern der Sozialen Arbeit ist auch die Kooperation mit externen Berufsgruppen von zentraler Bedeutung. Bedingt durch die verkürzte Verweildauer im Krankenhaus wird die Weiterleitung in andere Institutionen des Gesundheitswesens immer wichtiger. Die Sozialberatung muss sich einen umfassenden Überblick über die Institutionen machen, die für eine Kooperation infrage kommen. Hierbei sind Krankenkassen, Jugendämter, Arbeitsämter, Selbsthilfegruppen, ambulante Pflegedienste oder niedergelassene Ärzte einige der wichtigsten externen Kooperationspartner (vgl. Ansen et al. 2004a:31).

TROST empfiehlt im Lörracher Qualitätskonzept den jährlichen Besuch der externen Institutionen, persönliche Kontakte zu Ansprechpartnern, sowie eine

¹⁸Näher nachzulesen bei Trost et al. (2005): Lörracher Qualitätskonzept 27- 28

Teilnahme an übergeordneten Gremien/Verbänden, wie z.B. im Berufsverband (vgl. Trost et al. 2005:27f.).

3.3.3 Kommunikations- und Kooperationspartner in der Geburtshilfe

In der Geburtshilfe arbeiten verschiedene Berufsgruppen wie ärztliches Personal, Hebammen, und Pflegepersonal zusammen. Hierbei muss das Krankenhaus gewährleisten, dass rund um die Uhr eine Hebamme vor Ort ist, die die Aufnahme und die erste Betreuung der Schwangeren übernimmt (vgl. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. 2006a:3). Im Rahmen der fortschreitenden Geburt geht die Zuständigkeit für die Schwangere von der Hebamme auf den Arzt über. Die Aufgabenverteilung zwischen Hebammen und Ärzten unterliegt der ärztlichen Leitung der Geburtshilfe. In der Zeit nach der Entbindung ist das Pflegepersonal für die weitere Betreuung der Wöchnerinnen zuständig. Demnach ist in der Geburtshilfe zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes eine gute Kommunikation und Kooperation mit den Hebammen und dem medizinischen Personal von besonderer Bedeutung; im weiteren Verlauf auf der Wöchnerinnenstation mit dem Pflegepersonal.

Aufgrund der Bedeutung dieser Berufsgruppen werden diese im Folgenden kurz dargestellt. Der Schwerpunkt liegt hier auf der Kooperation mit dem medizinischen Personal, da sie maßgeblich an der Involvierung der Sozialen Arbeit beteiligt ist.

Medizinisches Personal (Gynäkologe/Gynäkologin)

In der Regel erhält die Sozialberatung von dem medizinischen Personal die Information, dass eine Patientin Bedarf an einer sozialpädagogischen Intervention hat. Bei dieser Information ist es von Bedeutung, wie rechtzeitig diese vorliegt. In den meisten Fällen sind die Patientinnen schnell wieder entlassungsfähig, und die Soziale Arbeit muss in kürzester Zeit die Interventionen und die Entlassung vorbereiten. Die Soziale Arbeit ist, da sie in der Regel für mehrere Stationen zuständig ist, auf die Wahrnehmung sozialer Problemlagen bei Patientinnen durch andere Berufsgruppen angewiesen. Eine im Jahre 1988 veröffentlichte Studie belegte, dass das medizinische Personal die wichtigsten Kooperationspartner der Sozialen Arbeit im Krankenhaus seien. Ein Großteil der befragten Sozialpädagog/-innen sah die Zusammenarbeit nicht den Anforderungen

3 Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus

entsprechend. Nach VIEFHUES ist diese Situation in einer unterschiedlich ausgeprägten Professionalisierung begründet. Danach besitzt das ärztliche Personal eine ausgeprägte berufliche Identität und verfügt über ein hohes Maß an Selbstverantwortung (vgl. Viefhues 1986 in Ansen 2004a:28). Diesen hohen Grad an Professionalisierung hat das medizinische Personal nach VIEFHUES innerhalb der letzten Jahrhunderte erworben. Der Sozialen Arbeit in Krankenhaus hingegen mangelt es derzeit noch an einem gleichwertigen Grad der Professionalisierung (vgl. Viefhues 1978:71). Bis in die heutige Zeit hat sich nach ANSEN an dieser Situation nur wenig geändert. Die Soziale Arbeit im Krankenhaus stellt eine Berufsgruppe 'auf Abruf' dar, die nur tätig wird, wenn sie von ärztlicher Seite einen Auftrag erhält. In der Kooperation zwischen dem medizinischen Personal und Sozialer Arbeit ist kein wechselseitiger Kommunikationsprozess vorhanden. Vielmehr liegt nur eine „Delegation des Sozialen“ (Kardorf 1989 zit. nach Ansen et al. 2004a:29) vor.

Aufgrund der oben aufgeführten Situation besteht ein Machtgefälle in der Kooperation, was die Zusammenarbeit negativ beeinträchtigt. Ziel muss es daher sein, die Zusammenarbeit zwischen medizinischem Personal und Sozialer Arbeit zu verbessern, da die Qualität der medizinischen Therapie entscheidend von dieser Zusammenarbeit abhängt. In diesem Zusammenhang setzt KECK-STAUDT folgende Punkte für eine verbesserte Zusammenarbeit voraus:

- „Einführung der Funktion eines verantwortlichen Arztes als Ansprechpartner für die Soziale Arbeit
- Anpassung der Arbeitszeiten der Sozialen Arbeit (Schichtdienst),
- Teilnahme der Sozialarbeiter an Visiten,
- vermehrte Öffentlichkeitsarbeit Sozialer Arbeit, u.a. Mitwirkung an Fortbildungen für Ärzte“ (Keck-Staudt 2000 zit. nach Ansen et al. 2004a:29).

Um eine gute Kooperation und Kommunikation mit dem ärztlichen Personal zu gewährleisten, ist eine gute Selbstdarstellung der Sozialen Arbeit erforderlich. Des Weiteren sollte die Soziale Arbeit bspw. an Visiten oder Übergaben des ärztlichen Personals teilnehmen, um frühzeitig in eine Krankenhausbehandlung involviert zu werden. Neben dem ärztlichen Personal ist die Zusammenarbeit

mit den Hebammen in der Geburtshilfe von besonderer Bedeutung. Die Aufgaben und Tätigkeiten dieser sollen im Folgenden näher betrachtet werden.

Hebammen

Die Aufgaben der Hebammen sind im Hebammengesetz geregelt. Die Hebamme soll der Schwangeren Rat in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett erteilen und notwendige Fürsorge gewähren. Sie kann normale Geburten leiten, das Neugeborene versorgen, den Wochenbettverlauf überwachen und in diesem Rahmen die Dokumentation über den Verlauf anfertigen (vgl. Geist 1998:11). Nach der Entbindung ist sie für die Versorgung des Neugeborenen und die Beobachtung des Wochenbettverlaufs in der Klinik zuständig (vgl. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 2006b:6). Die Betreuung während des Wochenbettes umfasst die Zeit von der Geburt bis sechs Wochen danach.

Das Wochenbett ist durch fünf Vorgänge gekennzeichnet, die die Arbeit der Hebamme bestimmen:

- „Aufbau einer Mutter-Kind-Beziehung
- Ingangkommen und Aufrechterhaltung der Laktation¹⁹
- Rückbildung schwangerschafts- und geburtsbedingter Veränderungen
- Wundheilung
- hormonelle Umstellung.“ (Geist 1998:319)

Die Tätigkeiten während des gesamten Wochenbettverlaufes beginnen mit einer Anamneseerhebung, bei der der Kontakt zur den Müttern hergestellt und ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wird. Hierbei wird neben den gesundheitlichen Faktoren auch auf die Lebenssituation und psychosoziale Einflussfaktoren der Mütter eingegangen. Neben dieser Anamneseerhebung bietet die Hebamme eine Beratungsleistung zu Ernährung, Pflege des Kindes und sozialen Problemlagen wie Kindergeld, Sozialhilfe oder Finanzhilfen für Alleinerziehende an (vgl. Geist 1998:319ff.). Im Krankenhaus beginnt die Hebamme mit der Unterstützung der Mütter und steht ihnen bei Fragen zur Verfügung. Die häusliche

19 Laktation: „Das Stillen, Zeit des Stillen“ (Duden 2001:240)

3 Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus

Betreuung nach dem Krankenhausaufenthalt übernehmen ambulante Hebammen.

Die dargestellten Tätigkeiten der Hebammen beziehen sich auf die umfassende Situation der Mütter vor, während und nach der Entbindung. Hierbei ist die Kooperation mit der Mutter von besonderer Bedeutung. Da die Hebamme eine Begleitungs- und Unterstützungsleistung in einer für die Mütter meist neuen Situation erbringt, besteht ein festes Vertrauensverhältnis zwischen ihnen und den Hebammen. Somit ist die Hebamme für die Soziale Arbeit ein wichtiger Kooperations- und Kommunikationspartner, da sie einen umfassenden Eindruck über die derzeitige Situation der Mütter geben kann.

Für die Zeit nach der Entbindung auf der Wöchnerinnenstation ist das Pflegepersonal für die Soziale Arbeit ein weiterer Kooperationspartner.

Pflegepersonal

Das Pflegepersonal ist in den ersten Tagen auf der Station für die Betreuung der Wöchnerinnen und für die Pflege des Neugeborenen zuständig. Dies hat neben den Hebammen und dem medizinischen Personal einen umfassenden Überblick über den Allgemeinzustand der Mütter, der eine Einschätzung der derzeitigen Verfassung aus verschiedenen Blickrichtungen zulässt. Hierunter fallen neben dem aktuellen Gesundheitszustand, die geplante Behandlung und das soziale Umfeld auch die psychische Verfassung. Dies ist eine zentrale Informationsquelle für die Sozialberatung, die ihre Arbeit maßgeblich unterstützt. So kann das Pflegepersonal seine Fachkompetenz in die Behandlung der Patientinnen einbringen und sich unter anderem daran beteiligen, geeignete Nachsorgemaßnahmen einzuleiten (vgl. Ansen 2004a:30).

Die Soziale Arbeit im Krankenhaus wird neben den oben aufgeführten Rahmenbedingungen auch durch ihre personelle Situation im Krankenhaus beeinflusst, über die nachfolgend ein Überblick gegeben wird.

3.4 Personelle Ausstattung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

Bundesweit zählte die Deutsche Krankenhaus- Gesellschaft (DKGEV) im Jahre 2006 ca. 2.100 Krankenhäuser, denen für die Versorgung von ca. 17 Millionen Patient/-innen (vgl. <http://www.dkgev.de/pdf/2004.pdf> 2007). ca. 525.000 Betten

3 Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus

zur Verfügung standen (<http://www.dkgev.de/pdf/1933.pdf> 2007). Für die Gewährleistung der Versorgung der Patient/-innen, waren ca. eine Million Mitarbeiter aller Berufsgruppen im Krankenhaus beschäftigt. Neben der Autoindustrie mit auch einer Million Arbeitnehmern gilt das Krankenhaus daher zu den bedeutendsten Arbeitgebern in Deutschland.

Man unterscheidet im Krankenhaus zwischen verschiedenen Berufsgruppen wie medizinischem und pflegerischem Personal, medizinisch technischem Dienst, Funktionsdienst, klinischem Hauspersonal, Wirtschafts- und Versorgungsdienst, technischem Dienst, Verwaltungsdienst, sozialem Dienst und weiterem Personal aus verschiedenen kleineren Berufsgruppen. Diese sind unter den drei Säulen, Medizin, Pflege und Verwaltung organisiert (vgl. Simon 2005:193). Auf die eine Million Mitarbeiter im Krankenhaus entfallen auf die Berufsgruppe der Sozialarbeiter ca. 7.500. Daraus ergibt sich, dass der Anteil dieser Mitarbeiter unter 1 Prozent des Gesamtpersonals liegt. Dieser Prozentsatz ist im Vergleich zu den Zahlen der anderen Berufsgruppen (Ärzte 12,5 Prozent, Pflege 37 Prozent) deutlich geringer (vgl. <http://www.dkgev.de/pdf/2004.pdf> 2007).

Aufgrund der geringen Präsenz der Sozialen Arbeit im Krankenhaus, die nicht der notwendigen Integration in die Krankenhausbehandlung gerecht wird, ergibt sich für die Soziale Arbeit nach BOLLINGER die Notwendigkeit, sich permanent weiter darzustellen (vgl. Ansen et al. 2004a:23).

Konsequenz daraus ist, dass für eine optimale Beratung und Betreuung das Personal für die Soziale Arbeit im Krankenhaus aufgestockt werden müsste. Eine geeignete Finanzierung über die DRG's muss sichergestellt werden. Entsprechende Empfehlungen gibt die DVSG mit der Erstellung von Fallgruppen²⁰ für den Leistungsumfang der Sozialen Arbeit. Voraussetzung hierfür ist, dass sich die Soziale Arbeit als eigenständige Berufsgruppe etabliert und eine eindeutige Stellenbeschreibung vorweisen kann.

20 Eine detaillierte Übersicht über die Fallgruppen des DVSG siehe Tost, Michael; Weis, Ilse: (2006) DVSG-Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Mainz DVSG Eigenverlag.

3.4.1 Stellenbeschreibung

Die Soziale Arbeit im Krankenhaus wurde in den letzten Jahren als ein Bereich erkannt, der dem Krankenhaus besonders durch seine Schnittstellenfunktion wirtschaftlichen Nutzen bringt. Dieser Bereich wurde durch andere Berufsgruppen, besonders durch die Pflege, als Tätigkeitsfeld erkannt. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, eine detaillierte Stellenbeschreibung für ihren Tätigkeitsbereich zu erstellen, um sich gegenüber anderen Berufsgruppen zu behaupten und auch abzugrenzen. Dies ist trotz einer Empfehlung von der DVSG vorgelegten „Stellbeschreibung des Krankenhaussozialdienstes in Akutkrankenhäusern“²¹ in vielen Krankenhäusern noch nicht erfolgt. Die DVSG fordert für die Ausführung dieser Tätigkeit Fachpersonal, in diesem Falle Dipl.-Sozialpädagog/-innen. Auch das Lörracher Qualitätskonzept formuliert diese Forderung (vgl. Ansen et al. 2004a:26f.).

Das Ziel dieser Stelle ist die Leistung von Sozialarbeit für Patient/-innen, Angehörige und Bezugspersonen im Rahmen der allgemeinen Aufgabenstellung des Krankenhauses. Dieses erfolgt unter Berücksichtigung der im Krankenhaus geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen, die zu Beginn dieses Kapitels erläutert wurden. Des Weiteren werden in der Stellenbeschreibung u.a. Aussagen zu Qualifikation und Aufgaben der Sozialen Arbeit gegeben. Nach einer Umfrage des DVSG über die Umsetzung einer Stellenbeschreibung in der Praxis wurde ersichtlich, dass diese nur unvollständig erfolgt. In verschiedenen Krankenhäusern waren Sozialpädagog/-innen tätig, in anderen wurden sie hingegen von anderen Berufsgruppen ergänzt. In seltenen Fällen gab es Krankenhäuser, die keinen Sozialdienst einsetzten und diese Tätigkeiten in vollem Umfang von der Pflege übernommen wurden (vgl. Ansen et al. 2004a:27).

3.4.2 Kompetenzen der Sozialpädagog/-innen im Krankenhaus

Die im Lörracher Qualitätskonzept geforderten Dipl.-Sozialpädagog/-innen sollten im Verlauf des Studiums Kompetenzen wie Sachverstand, Wissen, aber auch gewisse Charaktereigenschaften und persönliche Stärken erworben haben. Diese Kompetenzen sind für die Leistung einer guten Hilfe- und Unterstützungsarbeit notwendig.

21 Die Stellenbeschreibung kann in Klie 2007:1120, nachgelesen werden

3 Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus

Hierbei unterscheiden die Autoren zwischen:

- Persönlichen Anforderungen
- Inhaltlichen Anforderungen
- Formalen Anforderungen

Persönlichen Anforderungen

Im Rahmen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus wird von den Sozialpädagog/-innen ein professioneller Umgang mit Nähe und Distanz, eine Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und Zuständigkeit gefordert. Damit ist das Erkennen der eigenen Grenzen, Hinzuziehen weiterer notwendiger Fachdienste, Kritikfähigkeit, Verlässlichkeit und Verbindlichkeit der Beratung, Empathie, Integrationsfähigkeit, Teamgesprächsfähigkeit, Organisations-, Kooperations- und Koordinationsfähigkeit und schriftliche und mündliche Kommunikationsfähigkeit zu verstehen.

Inhaltlichen Anforderungen

Neben den persönlichen Anforderungen muss die Sozialpädagog/-in eine Transparenz des Arbeitsfeldes durch professionelle Außendarstellung und Öffentlichkeitsarbeit gewährleisten und diese Fachabteilung im Rahmen von Fortbildungs- bzw. Vortragsveranstaltungen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses darstellen. Darüber hinaus müssen umfangreiche Kenntnisse über Hilfemöglichkeiten und Strukturen vor Ort, sowie ein gutes Zeitmanagement vorliegen und die Möglichkeiten zur internen und externen Kooperation müssen wahrgenommen werden.

Formale Anforderungen

Die formalen Anforderungen an die Stelleninhaber/-innen ist ein abgeschlossenes Fachhochschulstudium der Sozialarbeit/Sozialpädagogik mit staatlicher Anerkennung. Zusatzausbildungen, wie z.B. in Gesprächsführung, Rechtskompetenzen und Grundkenntnisse in der medizinischen Terminologie sind Voraussetzung (vgl. Trost et al. 2005:24f.).

3.5 Kurzes Fazit und weiterführende Aspekte

Krankenhäuser sind Einrichtungen, die der Krankenbehandlung und der Geburtshilfe dienen. Hierbei werden vorwiegend durch ärztliche und pflegerische

3 Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus

Tätigkeiten Erkrankungen erkannt, geheilt, Verschlimmerungen verhütet und Krankheitsbeschwerden gelindert. Soziale Arbeit wird bei Krankheitsverläufen hinzugezogen, die einen komplizierten Verlauf haben und somit einen Beratungsbedarf aufweisen oder einer Weiterleitung in eine Rehabilitationsmaßnahme bedürfen. Die Involvierung der Sozialen Arbeit wird allgemein im SGB V geregelt. Speziell für die einzelnen Bundesländer wird in den jeweiligen Landeskrankenhausesetzen auf die Soziale Beratung und Betreuung hingewiesen. Die Bearbeitung von Problemlagen, die in Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt stehen, wird durch die Einführung der Fallpauschalen DRG's beeinflusst, und dadurch verkürzt sich bspw. der Aufenthalt im Krankenhaus. Dies hat Auswirkungen auf die Soziale Arbeit, da ihre Interventionen einerseits in einer deutlich verkürzten Zeit erfolgen müssen, andererseits kann sie durch eine zügige Weiterleitung der Patient/-innen einen wesentlichen wirtschaftlichen Aspekt zu der Krankenhausbehandlung beitragen.

Im Krankenhaus wird neben der Behandlung von Erkrankungen Geburtshilfe geleistet. Soziale Arbeit sollte demnach nicht nur bei der eigentlichen Krankenhausbehandlung hinzugezogen werden, sondern auch bei der Identifizierung und Bearbeitung von Problemlagen, die bei einem Krankenhausaufenthalt im Rahmen einer Geburt erkannt werden. In der Geburtshilfe wie auch in der eigentlichen Krankenbehandlung arbeitet die Soziale Arbeit vorwiegend mit dem ärztlichen und pflegerischen Personal zusammen. Dies erfordert eine gute Kooperation und Kommunikation zwischen diesen Berufsgruppen. Neben den internen Berufsgruppen sind für die Soziale Arbeit auch die externen Berufsgruppen des Gesundheitswesens von Bedeutung. Wichtig, damit eine gute Zusammenarbeit erfolgen kann, ist hierbei einerseits eine zeitnahe Involvierung der Sozialen Arbeit, um Zeitverlust zu vermeiden, andererseits ist eine regelmäßige Pflege der Kontakte durch die Soziale Arbeit notwendig.

Ein weiterer wesentlicher Einflussfaktor auf die Soziale Arbeit im Krankenhaus stellt die personelle Situation dar. Die Soziale Arbeit weist eine geringe Präsenz auf und steht somit vor der Aufgabe, sich klar gegenüber den kooperierenden Berufsgruppen, bspw. durch eine Stellenbeschreibung, darzustellen und somit sich von diesen abzugrenzen.

3 Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus

Wie einleitend erwähnt, soll aufbauend auf den Ansätzen der Präventionsprojekte unter besonderer Beachtung des Düsseldorfer Präventionsprojektes ein möglicher Ablauf der Sozialen Arbeit in der Geburtshilfe vorgestellt werden. Dabei dienen die Kapitel zwei, Soziale Arbeit im Krankenhaus und Kapitel drei, Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus als Grundlage der Ausführungen.

4 Interventionen der Sozialen Arbeit in der Geburtshilfe

Aus den Forderungen der Bundesregierung im Jahre 2005 ergibt sich für die einzelnen Bundesländer die Aufgabe, soziale Frühwarnsysteme zu schaffen, um das Gesundheitssystem und die Kinder- und Jugendhilfe miteinander zu vernetzen (vgl. Abschnitt 1.1). Einer Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung wie z.B. durch Vernachlässigung entgegenzuwirken und Familien eine umfassende Beratungs- und Unterstützungsleistung zu gewähren (vgl. Abschnitt 1.3ff.), ist das Ziel dieser Vernetzung. Dabei kommt der Identifizierung und Vernetzung von belasteten Familien durch die Soziale Arbeit besondere Bedeutung zu, wie bereits in dieser Arbeit dargestellt. In diesem Kapitel soll eine mögliche Umsetzung einer frühen Intervention durch die Soziale Arbeit konkret herausgearbeitet werden, wobei die Vorgehensweise des Düsseldorfer Präventionsprojektes als Grundlage herangezogen wird.

4.1 Leistungsbeschreibung der frühen Intervention

In der Geburtshilfe im Krankenhaus sollen während des Aufenthaltes der Mütter die Lebensbedingungen, die durch ein Risiko bestimmt werden, aufgedeckt und bearbeitet werden. Die Aufgaben, die sich hieraus ergeben, sollen im Folgenden anhand eines Schemas für einen möglichen Ablauf der Interventionen in der Geburtshilfe dargestellt werden (vgl. Abschnitt 4.1.2).

Eine detaillierte Einordnung des Präventionsprojektes in die Prozesse im Krankenhaus wie bspw. die finanzielle und strukturelle Einbindung wird im Rahmen der Bearbeitung nicht berücksichtigt. Ziel ist es, den Tätigkeitsbereich in der Geburtshilfe und die daraus folgenden sozialen und rechtlichen Rahmenbedingungen bei der Erfassung von Familien die verschiedene Belastungen aufweisen, herauszuarbeiten.

Bevor jedoch die Soziale Arbeit eine Leistung erbringen kann, müssen in der Geburtshilfe Voraussetzungen geschaffen werden, die gezielte Interventionen ermöglichen.

4.1.1 Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit in der Geburtshilfe

Die Rahmenbedingungen der Sozialberatung in der Geburtshilfe müssen eindeutig strukturiert und definiert werden. Zu Beginn ist die Aufstellung eines Konzeptes zur klaren Definition des Tätigkeitsbereiches von Bedeutung, dies erfolgt in Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern. Auf Grundlage dieses Konzeptes erfolgt die Festlegung für die Einrichtung des Arbeitsplatzes. Eine daran anschließende gut organisierte Öffentlichkeitsarbeit soll zur internen und externen Darstellung dienen.

4.1.1.1 Entwicklung eines Konzeptes

Um ein Konzept, also ein klares Leitprogramm, aufzustellen, ist es notwendig, die Ausgangslage, den IST-Zustand, näher zu betrachten. Dies erfordert zum einen eine umfassende Analyse der bundesweiten Situation, die sich derzeit im Rahmen von frühen Interventionsprogrammen ergibt, andererseits die der vorherrschenden Situation in der Geburtshilfe. Hierbei kann auf die Stellenbeschreibung der DVSG zurückgegriffen werden (vgl. Abschnitt 3.4.1). Aus ihrer Analyse ergeben sich die so genannten SOLL-Vorgaben, die u.a. Ziele, Qualifikationen und Aufgaben beschreiben. In diesem Konzept werden Vorschläge entwickelt, wie diese SOLL-Vorgaben eingehalten und die daraus resultierenden Interventionen umgesetzt werden können. Dieses Konzept muss fortlaufend evaluiert, angepasst und dokumentiert werden (vgl. Graf 2004: 60f.).

Die Erarbeitung des Konzeptes sollte in Zusammenarbeit aller beteiligten Kooperationspartner erfolgen und sollte jederzeit frei zugänglich sein, um eventuelle Unklarheiten auch bei Abwesenheit der Sozialen Arbeit klären zu können.

4.1.1.2 Kooperationspartner

Um geeignete Hilfen und Unterstützungsleistungen einleiten zu können, muss die Soziale Arbeit im Krankenhaus mit verschiedenen Berufsgruppen intern und extern kommunizieren und kooperieren (vgl. Abschnitt 3.3.2f.). Hierfür ist die A-

4 Interventionen der Sozialen Arbeit in der Geburtshilfe

analyse der bestehenden internen und externen Unterstützungsleistungen und Kooperationspartner notwendig. Um eine gute Kooperation mit diesen Berufsgruppen zu gewährleisten, muss ein wechselseitiger Austauschprozess erfolgen. Die Soziale Arbeit muss demnach intern bspw. an Visiten und Fortbildungen teilnehmen oder einen persönlichen Kontakt zu den verschiedenen Berufsgruppen pflegen. Extern sollten die Einrichtungen/Beratungsstellen regelmäßig besucht werden und ein persönlicher Kontakt hergestellt werden. Des Weiteren sollte eine übergeordnete Vernetzung zu Gremien, wie bspw. Berufsverbänden, oder zu bundesweiten Projekten erfolgen.

Zu den Kooperationspartnern zählen verschiedene Berufsgruppen und Institutionen. Die schematische Darstellung im Folgenden gibt einen Überblick über mögliche Kooperationspartner, die je nach Problemlagen einzeln oder in Kombination hinzugezogen werden können. Zur besseren Orientierung sind die internen Berufsgruppen, mit denen die Soziale Arbeit im Krankenhaus zusammenarbeitet, in der Darstellung orangefarbig unterlegt, die externen gelb.

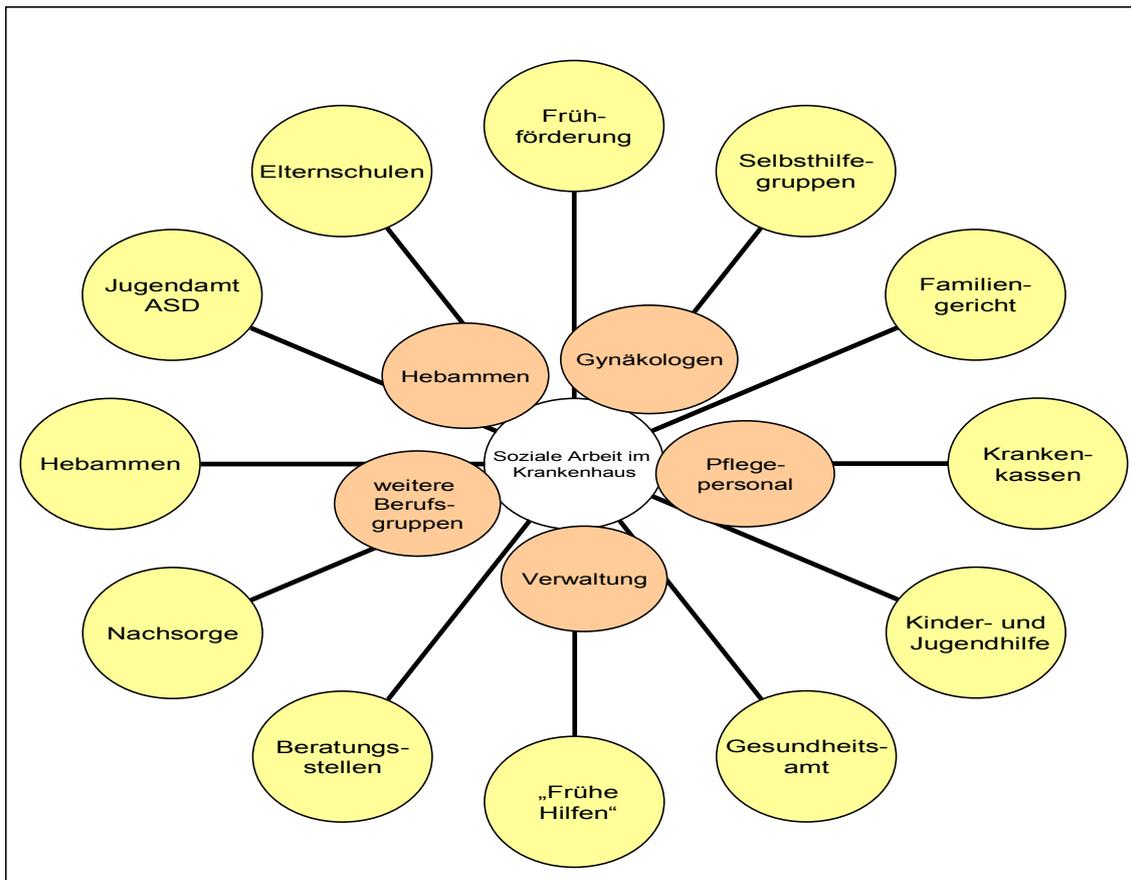


Abbildung 1: Interne und externe Kooperationspartner

Die Kooperationspartner in einem Präventionsprojekt sind vielseitig und müssen sich an den jeweiligen Hilfebedarf der Mütter anpassen. Das Ziel der Sozialen Arbeit im Krankenhaus ist es, sich mit dem bestehenden Hilfesystem zu vernetzen, um so eine nahtlose Begleitung und Unterstützung der Mütter zu gewährleisten. Die Qualität eines Netzwerkes durch die Soziale Arbeit wird hierbei nicht durch die Anzahl an verschiedenen Institutionen bestimmt, sondern kleine Netzwerke mit einer intensiven Kooperation und Kommunikation erscheinen deutlich effektiver.

4.1.1.3 Einrichtung des Arbeitsplatzes

Für die effektive Durchführung einer Beratungs- und Unterstützungsleistung durch die Soziale Arbeit sind im Vorwege optimale Arbeitsplatzbedingungen zu schaffen. Hierzu wird im Lörracher Qualitätskonzept ein klarer Rahmen vorgestellt, wie der Arbeitsplatz im Krankenhaus zu gestalten ist²². Die Sozialberatung sollte für ihre Tätigkeiten einen eigenen Raum zur Verfügung haben, den die Eltern gut erreichen können. Ist die Nutzung des Büros der Sozialberatung z.B. aufgrund einer bettlägerigen Mutter nach einem Kaiserschnitt nicht möglich, sollte auf der Wöchnerinnenstation die Möglichkeit wahrgenommen werden, andere Mütter aus dem Zimmer zu bitten. Die verschiedenen Möglichkeiten, z.B. ein separater Raum auf der Wochenstation, sollten zuvor mit den Mitarbeitern der Geburtshilfe geklärt werden.

Neben dem Raum für die Gespräche mit den Müttern ist die weitere Ausstattung des Arbeitsplatzes von Bedeutung. Nach TROST werden die Arbeitsbedingungen durch verschiedene Faktoren optimiert. Das Büro der Sozialberatung sollte eine räumliche Nähe zu den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus haben, um eine optimale Kooperation und Kommunikation zu fördern. Telefon, Computer mit Internet und E-Mail, abschließbare Büroschränke für Akten, Kopiergerät, eigener Briefkasten und eine Sitzecke für Gespräche sollten vorhanden sein (vgl. Trost et al. 2005:26). Durch eine gute Arbeitsplatzausstattung können die Arbeitsabläufe zügig erfolgen und tragen wesentlich zu einer bestmöglichen Intervention in einem kurzen Zeitfenster bei.

22 Eine differenzierte Ausführung ist bei Trost et al. Seite 26f. nachzulesen.

4.1.1.4 Öffentlichkeitsarbeit

Eine gute Transparenz des Arbeitsfeldes durch professionelle Außendarstellung und Öffentlichkeitsarbeit gehört zu den Tätigkeiten der Sozialen Arbeit im Krankenhaus. Dazu müssen einerseits die Ziele und Aufgaben vor den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus klar dargestellt werden. Andererseits ist eine gute Außendarstellung notwendig, um die Institutionen außerhalb des Krankenhauses zu erreichen.

Innerhalb des Krankenhauses kann dies durch gezielte Weiterbildungen und Schulungen durch die Soziale Arbeit aber auch durch den persönlichen Kontakt mit den Beteiligten erfolgen. Grundlage für die Implementierung und Darstellung des Präventionsprojektes sollte hier das zuvor beschriebene Konzept sein. Diese Weiterbildungen sollten in regelmäßigen Abständen wiederholt werden, um den Großteil der Mitarbeiter zu erreichen, aber auch Erneuerungen, Fragen und Anregungen mit in die Konzeptentwicklung aufnehmen zu können.

Auch für externe Institutionen ist es notwendig, einen Einblick in diese konzeptionellen Grundlagen und deren Ausführungen zu erhalten. Hierzu ist es nicht nur notwendig, Weiterbildungsveranstaltungen durchzuführen, optimal wäre darüber hinaus eine gegenseitige Teilnahme an den Veranstaltungen. Dadurch kann ein Austausch zwischen dem Gesundheitsbereich und dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe erfolgen.

Neben der aktiven Präsentation des Arbeitsbereiches in einer Veranstaltung ist die Darstellung mittels Informationsbroschüren, Plakaten, Internet, Pressemitteilungen oder die Vorstellung bei den Vorbereitungsabenden für Eltern in der Geburtshilfe möglich.

Sind die konzeptionellen Überlegungen in Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern, die Einrichtung des Arbeitsplatzes und die Öffentlichkeitsarbeit erfolgt, kann nun die Umsetzung der Intervention erfolgen.

4.1.2 Ablauf der Interventionen

Ca. 90 Prozent aller Mütter suchen zur Entbindung ein Krankenhaus auf, in dem sie ihr Kind zur Welt bringen möchten (Statistisches Bundesamt 2008). In den meisten Fällen besuchen die Mütter zuvor einen Informationsabend in der Ge-

4 Interventionen der Sozialen Arbeit in der Geburtshilfe

birth assistance, to get an impression of the possible services there. The admission takes place either directly in the delivery room or at the affiliated postnatal ward. The admission of mothers is not tied to a specific time of day due to the unpredictability of the delivery time. Therefore, the professional groups in the birth assistance must be available around the clock for the mothers.

The following diagram shows a proposal for a standardized process after admission to the birth assistance.

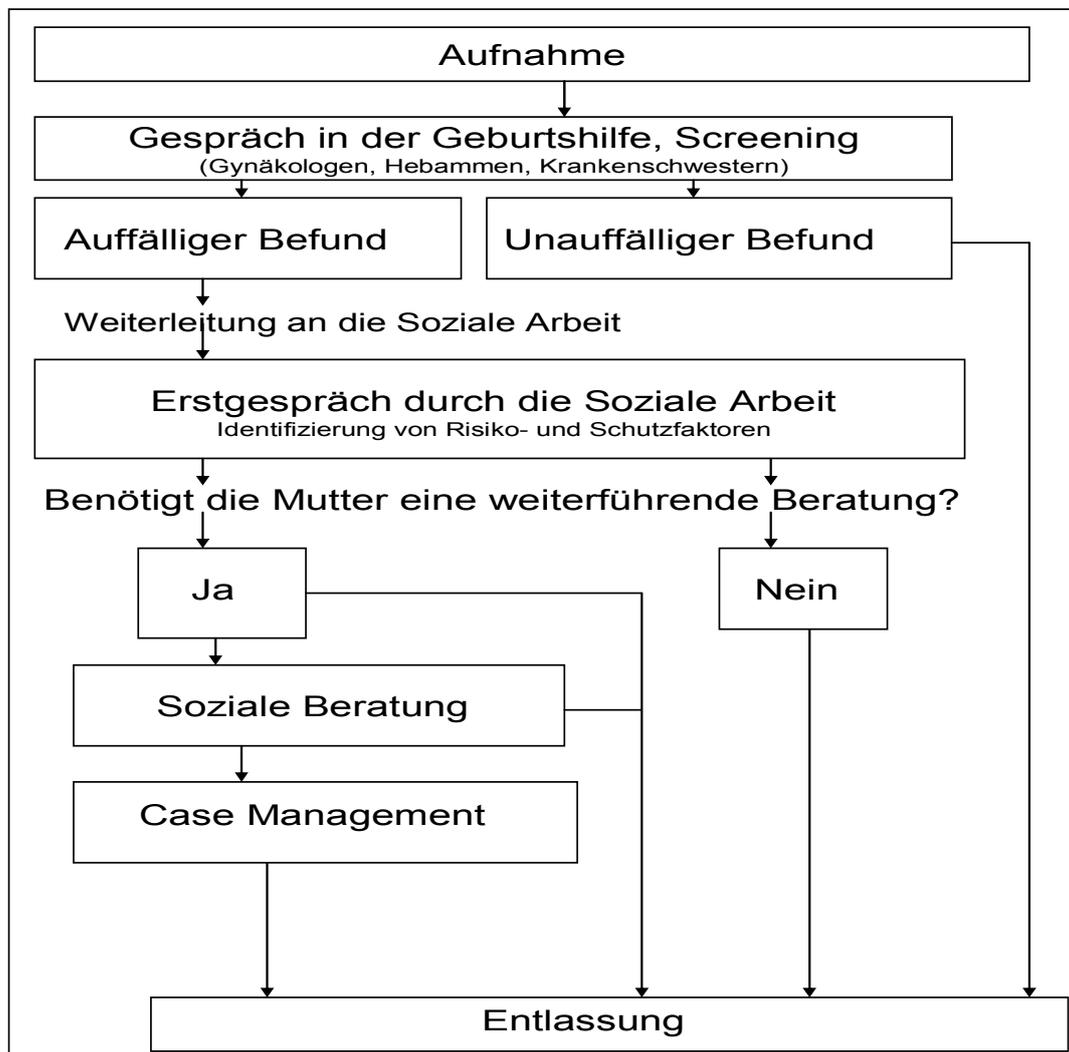


Abbildung 2: Ablauf in der Geburtshilfe

After a first contact admission before or shortly after the delivery, in the ideal case, a more intensive conversation with the medical staff or the midwife should take place.

4.1.2.1 Gespräch in der Geburtshilfe und Screeningverfahren

Die Erfassung von Risikofaktoren in dem ersten Gespräch zum Zeitpunkt der Geburt herum erfolgt in der Regel durch die Berufsgruppen der Geburtshilfe. Um jedoch etwaige Risikofaktoren zu identifizieren, ist es sinnvoll, die Soziale Arbeit bereits zu involvieren. Die Befragung durchzuführen ist aufgrund der knappen Zeit und der Tatsache, dass die Soziale Arbeit nicht rund um die Uhr in der Geburtshilfe zugegen sein kann, die Aufgabe des medizinischen Personals und der Hebammen.

Die psychosozialen Risikofaktoren, die in dem Screeningverfahren abgefragt werden, umfassen gemäß der 'Mannheimer Längsschnittstudie' die drei Kategorien Eltern, Partnerschaft und Familie. Es wird davon ausgegangen, dass Eltern, die ein niedriges Bildungsniveau, eine psychische Erkrankung, mangelnde Bewältigungsfähigkeiten aufweisen oder selber aus instabilen familiären Verhältnissen stammen, einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind. Dies bedeutet, dass ihre Kinder im Verlauf ihrer Entwicklung ebenfalls durch diese Faktoren negativ beeinträchtigt werden können. Neben den Eigenschaften der Eltern zählen Faktoren der Partnerschaft wie Disharmonie, frühe Elternschaft, alleinerziehende Eltern oder eine nicht gewollte Schwangerschaft zu den Risikofaktoren. Auch die Situation der Familie spielt eine bedeutende Rolle. So zählen beengte Wohnverhältnisse, mangelnde soziale Integration und Unterstützung sowie ausgeprägte lang anhaltende Schwierigkeiten wie Arbeitslosigkeit zu den Faktoren, die die Risikogruppen aufweisen können (vgl. Abschnitt 1.3.1).

Das Screeningverfahren kann aufgrund seines umfassenden Anwendungsbereiches dazu beitragen, Familien mit Bedarf an Unterstützung in das bestehende Hilfesystem einzubinden. Fragebögen können hierbei eine erste Einschätzung über die Situation von Risikogruppen geben, sie ersetzen aber keinesfalls ein persönliches Gespräch zur Abklärung der Situation mit der Sozialberatung.

Zentraler Punkt bei dem Gespräch mit der Hebamme oder dem medizinischen Personal ist an erster Stelle die Aufklärung über die Befragung. Die Mütter muss darüber aufgeklärt werden, dass sie an der Ausfüllung des Fragebogens freiwillig teilnehmen können und hierzu nicht verpflichtet sind. Erfolgt die Befragung ohne diese Aufklärung und werden die Daten ohne eine Schweigepflichtentbindung an andere Berufsgruppen weitergegeben, kann dies rechtliche Folgen für den Arzt

oder die Hebamme haben. Alle Berufsgruppen im Krankenhaus sind nach dem § 203 Abs. 1 Strafgesetzbuch zur Verschwiegenheit verpflichtet²³ (vgl. <http://dejure.org/gesetze/StGB/203.html> 2008). HELMING weist in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit einer schriftlichen Schweigepflichtentbindung hin. Daher sollte diese Entbindungserklärung in das Erstgespräch integriert und von den Eltern bestätigt werden. Problematisch ist jedoch, dass nicht alle Familien dieser Erklärung zustimmen. Die Weitergabe von sensiblen Daten ist aber nur dann zulässig, wenn ein für die Berufsgruppen der Geburtshilfe eindeutiger Interventionsbedarf vorliegt oder das Wohl des Kindes²⁴ in Gefahr ist oder sein könnte (Helming 2006: 70). Dieser Aspekt wird in Abschnitt 4.1.2.4 eingehender betrachtet. Im Anschluss kann dann eine Identifizierung der Risikofaktoren auf der Grundlage eines Fragebogens erfolgen.

Das Screeningverfahren des Düsseldorfer Präventionsprojektes in hat sich die in den zuvor beschriebenen Studien zugrunde gelegten Risikofaktoren zu Nutze gemacht. Der folgende Fragebogen weist die aus den Studien abgeleiteten Risikofaktoren auf, die den Risikonummern im Mutterpass entsprechen. Aussagen hierzu wurden im Verlauf der Schwangerschaft durch den niedergelassenen Gynäkologen/Gynäkologin erhoben. Diese Faktoren werden aufgrund eines Punktescores bewertet.

23 § 203 Verletzung von Privatgeheimnissen: „(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis [...], offenbart, das ihm als 1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert [...], 5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen [...] anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft“ (<http://dejure.org/gesetze/StGB/203.html> 2007).

24 § 1666 Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls: „(1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes [...] durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes [...], so hat das Familiengericht, wenn die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen“ (Bürgerliches Gesetzbuch 2003:94).

4 Interventionen der Sozialen Arbeit in der Geburtshilfe

	Parameter	Mutterpass	Score	zutreffend
1	Alter der Mutter beim 1. Kind < 21 Jahre		1	
2	Ein-Eltern-Familie		1-2	
	Anamnestiche Risiken			
3	Betreuung durch Jugendhilfe		1	
4	Besondere psychische Belastungen, z.B. berufliche, familiäre	6	1-2	
5	Besondere soziale Belastungen, z.B. wirtschaftliche, Integrationsprobleme	7	1-2	
6	Geschädigtes, totes Kind in der Anamnese	20	1	
7	Rasche Schwangerschaftsfolge (< 1 Jahr)	25	1	
8	Andere Besonderheiten (Partnerkonflikte)	26	1-3	
	Befundrisiken			
9	Chronische Erkrankung, Behinderung	27	1	
10	Dauermedikation	28	1	
11	Abusus Alkohol, Drogen, Tabletten	29	1-3	
12	Besondere psychische Belastung	30	1-3	
13	Besondere soziale Belastung	31	1-2	
	Weitere Besonderheiten			
14	Kinder in Pflege, Adoption		1-2	
	Vorsorgeverhalten			
15	Weniger als 6 Untersuchungen		1	
	Schutzfaktoren			
16	Soziale Unterstützung durch Freunde, Familie, Nachbarn		1	

<p>Ermittlung des Risikoscores</p> <ul style="list-style-type: none">• Gesamtscore: _____ Beobachtung ab Risikoscore 3 zu empfehlen• Risikofaktoren _____ Schutzfaktoren _____• Bei Einzelrisikoscore von 3: Beobachtung und engmaschigere Begleitung erforderlich• Unterstützung und besondere Beobachtung ab Punktescore 5 erforderlich
--

Abbildung 3: Ermittlung des peri- und postnatalen Risikoscores bei Kindern aus Hochrisikofamilien (Kratzsch 2008:16f.)

Bei der Bewertung der Risikobelastung können die verschiedenen Faktoren je nach Schweregrad mit 1 – 3 Punkten bewertet werden. So kann eine einzelne Belastung mit einem Punkt, eine Kumulation von verschiedenen Belastungen in einer Kategorie mit drei Punkten bewertet werden. Nach der Einzelbewertung der Parameter werden die Punkte zusammengezählt. Bei bis zu drei Punkten ist das Ergebnis unauffällig und es liegt aus statistischer Sicht keine Risikobelastung vor. Ab einem Wert von drei Punkten wird das Ergebnis als auffällig eingestuft und eine Intervention durch die Soziale Arbeit wird notwendig. Die Nutzung der Risikonummern aus dem Mutterpass zur näheren Differenzierung der Problemlagen, kann bei Bedarf nach der Einwilligung der Eltern erfolgen.

Nachdem die Fragebögen ausgefüllt wurden, werden diese bei einem unauffälligen Ergebnis für Evaluationszwecke gesammelt. Ein auffälliges Ergebnis wird direkt an die Sozialberatung weitergeleitet. Die Soziale Arbeit wird auch involviert, wenn Mütter trotz Unauffälligkeit oder Nichtteilnahme an der Befragung während des Aufenthaltes auf der Wöchnerinnenstation auffällig werden.

4.1.2.2 Erstgespräch durch die Soziale Arbeit

Nachdem der Fragebogen an die Sozialberatung weitergeleitet wurde, erfolgt durch diese eine erste Einschätzung der Risikobelastung. In diese Einschätzung fließt die Beurteilung des Gesprächsführenden bei der Fragebogenausfüllung ein, und ein Einblick in die Akte der Mütter bietet einen Überblick über ihre gesundheitliche Situation. Das Erstgespräch kann unter Berücksichtigung des ersten Eindrucks im Anschluss daran vorbereitet werden. Dabei kann die Soziale

Arbeit auf ihr Wissen über Gesprächstechniken, Methoden der Sozialen Arbeit und interne/externe Unterstützungsleistungen zurückgreifen.

Das Erstgespräch vorzugsweise mit den Eltern ist von besonderer Bedeutung und entscheidet über den weiteren Verlauf der Beratungsleistung. Nach KÄHLER ist hierbei das Ziel, „ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, die Zuständigkeit zu klären, Anliegen, Ressourcen und wechselseitige Erwartungen in einer ersten Übersicht einzuschätzen und am gemeinsam erkannten Bedarf an einer Zusammenarbeit orientierte Absprachen oder Arbeitsbündnisse vorzubereiten“ (Kähler 2007:266).

Das wichtigste Ziel, die Schaffung einer Vertrauensbasis, die einen wesentlichen Einfluss auf die Kooperationsbereitschaft der Eltern hat, steht im Mittelpunkt des Gespräches. Liegt auf Seiten der Eltern kein Vertrauen vor, kann keine Zusammenarbeit erfolgen. Um Vertrauen aufzubauen und die Eltern zur Zusammenarbeit zu motivieren, ist es notwendig, dass bspw. klare Absprachen formuliert und Regeln/Auflagen eingehalten werden. Besonders wichtig ist es, den Eltern keine Schuld zuzuweisen und die Abklärung der Situation nicht als Anklage den Eltern gegenüber zu formulieren. Den Hilfebedarf gemeinsam mit den Eltern abzuklären und nach Ressourcen und geeigneten Unterstützungsangeboten zu suchen, steht dabei im Vordergrund (vgl. Helming 2006:52f.).

Nach diesem Gespräch hat der Beratende einen ersten Eindruck über die derzeitige Situation der Eltern erhalten und kann nun angemessene Interventionen einleiten. Hierbei gehen die Bedarfe von einer Beratung und Informationsweitergabe an die Eltern über mehrere Gespräche bis hin zu einem umfassenden Case Management bei einer komplexen Problemsituation.

4.1.2.3 Klärung der Situation der Familien

Nachdem die Zustimmung zur Teilnahme an dem Präventionsprojekt von den Eltern erfolgt ist, kann die zuvor erstellte Sozialanamnese weiter ausgearbeitet werden. Hierbei sollen die identifizierten Risikofaktoren eingehend in Bezug auf die Familien betrachtet und die vorhandenen Ressourcen aufgedeckt werden. Dies sollte unter Berücksichtigung der Lebenswelt der gesamten und jedes einzelnen Mitgliedes der Familie erfolgen, da hier die Grundlage sozialen Handelns gelegt wird. Dieses bestimmt die Auslegung der geltenden sozialen Regeln,

4 Interventionen der Sozialen Arbeit in der Geburtshilfe

Strukturen und Abläufe. Um die Handlungen der Familien zu verstehen, wird die jeweilige Lebenswelt unter Berücksichtigung der individuellen Deutungs- und Handlungsmuster des Einzelnen betrachtet und in Zusammenhang mit den gegebenen gesellschaftlichen Strukturen gebracht (vgl. Abschnitt 2.4.1). Die Soziale Arbeit betrachtet die Lebenswelt der Familien auf der Grundlage, wie die Anforderungen und Aufgaben bewältigt werden und wie die zur Verfügung stehenden Ressourcen genutzt werden. Hierbei werden die Fähigkeiten erfasst, die die Familien nutzen, um in ihrer Lebenswelt zu agieren, sich zu behaupten und darzustellen.

Wichtig ist die Aufdeckung der vorhandenen Ressourcen, die im Zusammenhang mit den einzelnen Lebensräumen Familie, Arbeit oder Öffentlichkeit stehen. So können bspw. Mütter mit verschiedenen Risikofaktoren einen guten sozialen Rückhalt wie Freunde, Verwandte oder Nachbarn haben, was bei der Betreuung des Kindes bedeutend werden kann. Diese Schutzfaktoren gilt es, aufzudecken oder ggf. zu aktivieren, um vorhandene Risikofaktoren zu bewältigen (vgl. Abschnitt 1.3). Neben den Ressourcen soll der Zugang zu Ressourcen im sozialen Hilfsnetz durch die Soziale Arbeit gefördert werden. Hierzu gehören bspw. Unterstützungsleistungen wie Beratungsstellen, aber auch Selbsthilfegruppen wie offene Müttertreffs.

Nicht jede Familie, die einer Risikogruppe angehört, weist demnach einen Interventionsbedarf auf. Liegen nach der ersten Einschätzung ausreichend Schutzfaktoren vor, die die Risikofaktoren der Familie hinreichend abpuffern, und fordert die Mütter keine weitere Beratungs- oder Unterstützungsleistung, wird nach dem Gespräch mit der Sozialberatung ein kurzer Bericht geschrieben, der mit in die Auswertung des Projektes einfließt. Die Mütter werden nach ihrem Aufenthalt in der Geburtshilfe entlassen.

Liegt jedoch trotz ausreichender Schutzfaktoren von Seiten der Mütter ein Beratungsbedarf vor, greift die Soziale Arbeit auf die Methode der Sozialen Beratung zurück (vgl. Abschnitt 2.4.2). Hier werden Fragen zur Sicherung des Lebensunterhaltes, Fragen zur sozialen Unterstützung wie Beratungs- und Hilfestellen, Zugang zu offenen Elterntreffs oder Mütterberatungszentren und ähnlichem beantwortet. Dadurch sollen die Eltern in die Lage versetzt werden, ihre persönlichen Fähigkeiten und sozialen Netze weiter auszubauen und neue zu schaffen.

4 Interventionen der Sozialen Arbeit in der Geburtshilfe

Diese Beratungsleistung erfolgt bei Eltern, die nicht in jedem Lebensbereich Belastungen aufweisen und in der Lage sind, sich durch die Weitergabe von Informationen selbstständig Unterstützungssysteme aufzubauen.

Erreicht eine Familie bei einem Screeningverfahren einen hohen Punktescore (über 5 Punkte), liegt somit ein weiterführender Beratungsbedarf vor. Zunächst ist es nun Ziel, die Familien zu motivieren, eine Beratungs- und Unterstützungsleistung anzunehmen und sich für weiterführende Angebote zu öffnen. Häufig können Eltern einer Risikogruppe die Bedürfnisse ihrer Kinder nicht erkennen. Dieses Verhalten ist meist mit den eigenen Erfahrungen der Eltern begründet, die oftmals in der eigenen Kindheit selber Vernachlässigung erfuhren. Aufgrund dieser Erfahrungen haben diese Eltern meist ein fehlendes Wissen über die Bedürfnisse eines Kindes, was wiederum zu einer gestörten Interaktion führen kann. Erschwerend kommt hinzu, dass die Annahme von Hilfs- und Unterstützungsangeboten häufig für die Familien einen Aspekt von sozialer Kontrolle aufweist (vgl. Heming 2006:9f.). Eine frühe Begleitung soll den Eltern helfen, ihre Kinder adäquat zu versorgen. Hierzu zählt bspw., den Kindern die notwendige Pflege und Sicherheit zu bieten, ihr Bindungsbestreben zu beantworten und sie beim Lernen zu unterstützen.

Darüber hinaus sollen die Eltern bei der Erschließung geeigneter Hilfemöglichkeiten und Sozialleistungen unterstützt werden. Dabei sollen die sozialen Kompetenzen zur Entwicklung von adäquaten Lebensbewältigungsstrategien und Erarbeitung von Perspektiven freigelegt und gefördert werden. Die Eltern werden innerhalb ihres eigenen sozialen Netzwerkes stabilisiert und darin bestärkt, in ähnlichen Problemlagen geeignete Maßnahmen selbst zu erkennen und zu nutzen. Hilfe zur Selbsthilfe steht dabei im Vordergrund. Durch die Stärkung der Selbsthilfemöglichkeiten steigt die Lebensqualität der Eltern und die Eigenständigkeit wird gefördert. Auf diese Weise wird in den meisten Fällen eine Verknüpfung zu adäquaten Hilfen und einem gut funktionierenden sozialen Netz gefördert (Trost et al. 2005:9).

Nachdem die Situation der Familien eingehend betrachtet wurde, erfolgt eine erste Definition der erreichbaren Ziele und eine Einleitung von weiterführenden Interventionen.

4.1.2.4 Einleitung der Interventionen

Das nächste zeitnahe Gespräch mit den Eltern hat zum Inhalt, auf Grundlage der zuvor festgelegten Ziele erste Mittel und Wege zu besprechen, die für die Bearbeitung der Problemlagen angemessen erscheinen. Nun können die notwendigen Interventionen im Rahmen eines Case Management (vgl. Abschnitt 2.4.3) geplant werden. Hierzu gehören die weiterführende Beratung und die Vernetzung zu Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Stadtteilhebammen, Nachsorgeeinrichtungen oder anderen Institutionen.

Je gravierender die Risikobelastung ist (Finanzen, Arbeit, Bildung, Wohnung, soziale Unterstützung), desto notwendiger ist eine langfristige, kontinuierliche Begleitung der Familien. Hilfen, die eine aufsuchende und sozialraumorientierte Leistung erbringen und eine Förderung der Mutter-Kind-Interaktion zum Ziel haben, sind in diesem Falle von besonderer Bedeutung. Sie sind über einen längeren Zeitraum angelegt und haben nach HELMING die Unterstützung und Strukturierung des Alltages als wichtigen Bezugspunkt und können zeitlich wesentlich flexibler auf den Bedarf der Familien reagieren. Für manche Familien kann die Kombination von verschiedenen Hilfen optimal sein. So kann bspw. in der ersten Zeit eine Familienhebamme eine aufsuchende Hilfestellung geben und parallel dazu können im Sozialraum integrierte Elterntreffs Unterstützung bei alltäglichen Problemen geben.

Bei der Betrachtung der belastenden Lebenssituation der Familien erschweren verschiedene Aspekte die Zusammenarbeit mit den Eltern. So sind die Problemlagen meist schwer zu strukturieren, sind diffus in ihrer Beschreibung, weisen eine hohe Komplexität und verschiedene Zielsetzungen auf. Des Weiteren zeigen sie eine Unkontrollierbarkeit auf, die eine gewisse Eigendynamik entwickeln kann. Somit verändern sich die Bedarfe und deren Interventionen für die Bearbeitung schnell und stellen die Soziale Arbeit vor die besondere Aufgabe, die Interventionen passgenau abzustimmen.

Die Bewältigung von belastenden Situationen ist von Familie zu Familie unterschiedlich. Arbeitet eine Familie kooperativ mit und nimmt die Hilfe an, ist eine Weiterleitung in das bestehende soziale Hilfsnetz ohne Probleme möglich. In diesem Falle liegt eine Einverständniserklärung der Eltern vor, und die Weitergabe der Sozialdaten der Familien an die Institutionen, die für die Bearbeitung der

4 Interventionen der Sozialen Arbeit in der Geburtshilfe

Problemlagen zuständig sind, kann durchgeführt werden. So kann eine zeitnahe Betreuung der Eltern und ihrer Kinder in der häuslichen Umgebung eingeleitet werden.

Lehnt eine Familie in einem ersten Gespräch oder auch zu einem späteren Zeitpunkt die Kooperation mit der Sozialberatung ab und verwehrt sich einer weiteren Begleitung, ist dies zunächst zu akzeptieren. Familien können diese Entscheidung nach eigenem Ermessen treffen, und diese muss gemäß Grundgesetz vorerst respektiert werden (vgl. Abschnitt 2.2.1). Art. 6 GG betont die Elternrechte und -pflichten und schützt somit die Intimsphäre der Familie. Demnach ist die Vorstellung des Grundgesetzes die, dass „grundsätzlich niemand besser in der Lage ist, Kinder zu erziehen, als die leiblichen Eltern“ (Schindler 2006:Kap.Nr.50). Der Artikel umfasst somit das Recht auf informelle Selbstbestimmung, was beinhaltet, dass „dem Staat gegenüber nicht Auskunft über private Angelegenheiten [...] geben [werden muss]“ (Schindler 2006:Kap.Nr.50).

Weisen diese Familien dagegen aber nach Einschätzung des Gesprächsführenden doch einen Beratungs- und Unterstützungsbedarf auf, kann die Soziale Arbeit durch das medizinische Personal oder die Hebamme hinzugezogen werden. Diese Involvierung ist im Zusammenhang mit einer eventuellen Gefährdung des Kindes nach § 8a, Abs. 2 des achten Sozialgesetzbuches (SGB VIII) zulässig. Demnach kann das Personal der Geburtshilfe eine geeignete Fachkraft zur Beratung hinzuziehen. Hierfür ist ausschließlich das Ergebnis des Erstgespräches maßgebend. Die Nutzung der zuvor im Mutterpass aufgeführten Daten zur Risikoeinschätzung ist in diesem Falle jedoch nicht zulässig. Die Eingruppierung zu einer Risikogruppe während der Schwangerschaft dient ausschließlich dazu, das Risiko für den Verlauf der Schwangerschaft und der Wöchnerinnenzeit in Bezug auf die Mutter zu erfassen. Demnach dürfen nach § 64, Abs. 1 SGB VIII diese Sozialdaten nur zu ihrem eigentlichen Zweck genutzt werden.

Wird die Soziale Arbeit als Fachkraft hinzugezogen, führt diese ein Gespräch mit dem Ziel durch, die Eltern zu einer Kooperation zu motivieren. Gelingt dies nicht, kann durch die Soziale Arbeit eine interne Helferkonferenz nach § 80 SGB VIII einberufen werden. Die Eltern sind dabei zu informieren, dass diese Konferenz stattfinden wird. In der Helferkonferenz werden die Berufsgruppen zusammengerufen, die bei der Betreuung der Mutter während des Aufenthaltes in der Ge-

4 Interventionen der Sozialen Arbeit in der Geburtshilfe

burtsklinik involviert sind, um über das weitere Vorgehen zu beratschlagen. Bspw. kann der Kinderarzt, der die Vorsorgeuntersuchung (U2, ca. am dritten bis sechsten Lebenstag) durchführt, bei dieser Untersuchung motivierend auf die Mutter einwirken.

Erfolgt auch weiterhin nach diesem Gespräch mit einer krankenhauses internen Berufsgruppe keine Kooperationsbereitschaft, kann eine externe Helferkonferenz einberufen werden. Hierbei sind Mitarbeiter des Jugendamtes, Stadtteilhebammen oder Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) hinzuzuziehen. Hier wird der „Fall“ der Familie anonym²⁵ vorgestellt und gemeinsam beratschlagt, ob eine Intervention zwingend notwendig ist. Dies sollte zeitnah unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer der Mutter in der Geburtshilfe erfolgen. Die Vorgehensweisen im Anschluss an die Helferkonferenz richten sich nach dem Interventionsbedarf. Weist demnach eine Familie einen Unterstützungsbedarf auf, der eine Intervention notwendig macht, wird diese den Eltern angeboten. Liegt nach der Einschätzung der Helferkonferenz kein Interventionsbedarf vor, erfolgt ein anonymer Eintrag beim Jugendamt.

Liegt bei der Familie zu einem Zeitpunkt ein Verdacht vor, dass das Kindeswohl gefährdet werden könnte und die Eltern nicht bereit sind, diese Gefahr von dem Kind abzuwenden, hat die Soziale Arbeit die Aufgabe, die Gefährdung abzuschätzen und die Situation direkt an das Jugendamt weiterzuleiten. Dieses Vorgehen ist nach dem SGB VIII unter § 8a gesetzlich geregelt. Demnach wird auch in diesem Falle eine Helferkonferenz einberufen, die hierbei nicht mehr anonym erfolgt. Ziel der Konferenz ist es, das Gefährdungsrisiko abzuschätzen und unter Einbeziehung der Eltern geeignete Maßnahmen anzubieten. Nehmen die Eltern diese Hilfestellung nicht an oder sind sie dazu nicht in der Lage, wird von Seiten des Jugendamtes das Familiengericht informiert, das über den weiteren Verlauf entscheidet. Wird die Situation der Eltern durch die Sozialberatung so eingeschätzt, dass für das Kind eine dringende Gefahr besteht und „kann die Entscheidung des Familiengerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind [...] in Obhut zu nehmen“ (Sozialgesetzbuch VIII 2008: 1140). Die rechtliche Grundlage hierfür ergibt sich aus dem § 1666 SGB VIII, in

25 Nach § 64 SGB VIII „dürfen [Sozialdaten] beim Träger der Öffentlichen Jugendhilfe zum Zwecke der Planung im Sinne des § 80 gespeichert oder genutzt werden; sie sind unverzüglich zu anonymisieren“ (SGB VIII 2003:275).

dem es heißt: „Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes [...] durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, [...] so hat das Familiengericht, wenn die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen“ (Bürgerliches Gesetzbuch 2003:94).

Damit der Ablauf der Intervention auch bei einer risikoblasteten Familie sichergestellt ist, die nicht gewillt oder in der Lage ist, ihrem Kind die notwendige Sorge zukommen zu lassen, muss die Fachkraft der Sozialberatung über ausreichende Kenntnisse im Kinder- und Jugendrecht verfügen. Im Vorwege muss ein entsprechendes Netzwerk aufgebaut werden, welches bspw. aus Mitarbeitern des Jugendamtes, des Familiengerichtes, des ASD und aus Fachkräften anderer Bereiche besteht.

4.1.2.5 Entlassung

Eltern, die nur eine Beratungsleistung erfahren haben, sollten mit ausreichendem Informationsmaterial und Kontaktadressen zu Ansprechpartnern nach Hause entlassen werden. Eltern jedoch, die eine Unterstützungsleistung erhalten haben, müssen in das bestehende soziale Hilfsnetz vernetzt sein. Optimal wäre hierbei, dass im Krankenhaus ein persönlicher Kontakt mit den Ansprechpartnern der Institutionen erfolgt ist, die die weitere Betreuung vornehmen. Demnach sollte bei einer geringen Risikobelastung ein Kontakt zu Stadtteilhebammen, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Elternschulen hergestellt sein, damit die Eltern diese Ressourcen nutzen können. In den meisten Fällen sind diese Eltern in der Lage, Institutionen eigenständig aufzusuchen. Der Kontakt durch die Soziale Arbeit zu den Institutionen ermöglicht eine Weitergabe der Sozialdaten und sichert im Falle einer Nichtinanspruchnahme der Unterstützungsleistung durch die Eltern eine erneute Kontaktaufnahme durch die jeweilige Institution.

Bestand ein erhöhter Interventionsbedarf, erfolgt die Vernetzung der Eltern optimalerweise durch einen direkten Kontakt mit Mitarbeiter/-innen der entsprechenden Einrichtung. Hierbei werden die Eltern neben den unterstützenden Einrichtungen wie Elternschulen oder Beratungsstellen auch mit den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe vernetzt. Hier wird dann das weitere Vorgehen bspw. durch das Jugendamt koordiniert.

Das Düsseldorfer Präventionsprojekt weist auf eine eigene weiterführende Betreuung durch die Clearing-Stelle hin (vgl. Abschnitt 1.1). Hier werden die Kinder durch verschiedene Fachkräfte im häuslichen Umfeld bis zu einem Alter von drei Jahren weiter begleitet. Steht eine solche Clearing-Stelle nicht zur Verfügung, sollte das Netzwerk der Sozialen Arbeit über einen guten Kontakt zu den umliegenden Institutionen pflegen. Eine Anbindung an eine Nachsorgeleistung²⁶ durch eine Kinderklinik wäre in den Fällen wünschenswert, in denen die Eltern u.a. mit der Pflege und Betreuung der Kinder überfordert sind.

Wichtig ist, dass Kinder, die einer Risikobelastung durch psychosoziale Risikofaktoren ausgesetzt sind, erst entlassen werden, wenn ihre weitere Versorgung gesichert ist.

4.2 Kurzes Fazit

Der sich aus der Aufgabenstellung eines Präventionsprojektes ergebende Tätigkeitsbereich für die Soziale Arbeit im Krankenhaus wurde anhand eines Ablaufplans dargestellt und die einzelnen Arbeitsschritte erläutert (vgl. Abschnitt 4.1.2). Für ein besseres Verständnis der Aufgaben und Ziele der Sozialen Arbeit wurde der Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit speziell in der Geburtshilfe näher betrachtet und Vorgehensweise für eine frühe Interventionen herausgearbeitet. Ziel ist es, erste Schritte aufzuzeigen, um diesen Tätigkeitsbereich in der Geburtshilfe für die Soziale Arbeit zu erschließen, zu strukturieren und zu etablieren. Dargestellt wurden die sich aus der Aufgabenstellung ergebenden spezifischen Anforderungen. Diese Anforderungen entsprechen dem Leistungskatalog der Sozialen Arbeit, die damit spezifisches Fachwissen, Qualifikationen und Handlungsansätze bei der Identifizierung und Bearbeitung von belasteten Lebenslagen einbringen kann. Des Weiteren wird ersichtlich, dass die Aufgaben eines Präventionsprojektes nur in einer engen Zusammenarbeit aller Beteiligten durchgeführt wer-

²⁶ Ein Beispiel aus der Sozialpädiatrie ist das Augsburger Nachsorgemodell „Bunter Kreis“. Hier werden in einer Klinik der Maximalversorgung eine Vielzahl schwerstkranker und chronisch kranker Kinder betreut. Da die Familien den hohen Belastungen wie der Pflege und den psychosozialen Belastungen oft nicht gewachsen sind, wurde 1991 eine „familienorientierte Nachsorge“ ins Leben gerufen. Hierbei ging es um eine stützende Nachsorge als Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Betreuung. Bei dieser Nachsorgeleistung erfolgen Hausbesuche durch Fachpersonal wie Kinderkrankenschwestern mit dem Ziel, die Eltern bei der Pflege ihrer Kinder zu unterstützen (vgl. Porz 2005:88f.).

den können. Für eine erfolgreiche Identifizierung von Familien einer Risikogruppe und für eine zeitnahe Bearbeitung ihrer Problemlagen und der Vernetzung mit Unterstützungseinrichtungen ist es besonders wichtig, dass die Medizin, die Hebammen und die Soziale Arbeit gute Kommunikations- und Kooperationsstrukturen aufweisen. Ohne diese interdisziplinäre Kooperation kann eine frühe Intervention in der Geburtshilfe nicht gewährleistet werden. Dazu ist es erforderlich, dass das Personal in der Geburtshilfe durch die Soziale Arbeit geschult wird. Sind Problemlagen bei Risikofamilien erkennbar, sind diese eingehender zu betrachten und ggf. Interventionen einzuleiten. Eine zeitnahe Weiterleitung an die Sozialberatung ist dann unabdingbar.

Neben einer guten internen Kooperation und Kommunikation ist eine gute Kooperation mit externen Partnern wie bspw. mit Stadtteilhebammen, Elternberatungsstellen oder dem Jugendamt erforderlich. Hier sollte die Zusammenarbeit ausgebaut werden, um den Forderungen der Bundesregierung, das Gesundheitssystem mit der Kinder- und Jugendhilfe zu vernetzen, gerecht zu werden. Das Düsseldorfer Präventionsprojekt sieht hier eine Kooperation zwischen Gesundheitsamt, Jugendamt, Krankenhäusern und Kinderkliniken vor. Ansprechpartner für Präventionsprojekte sollten vorhanden sein, die im Falle bspw. einer Helferkonferenz zeitnah zur Verfügung stehen.

5 Ausblick

In Deutschland nehmen im Rahmen des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Wandels die Belastungen für Familien stetig zu. So weisen sie zunehmend psychosoziale Risikofaktoren wie geringes Einkommen/Sozialhilfe, schlechte Wohnsituationen oder niedriges Bildungsniveau auf. Dies hat zur Folge, dass diese Familien nicht mehr in der Lage sind, ihren Kindern die notwendige Pflege, Erziehung, Unterstützung und Förderung zu bieten. Die Folgen können gravierend sein. So rückten z.B. in der letzten Zeit zunehmend Vernachlässigungsfälle mit Todesfolge in die öffentliche Berichterstattung. Die daraufhin von der Bundesregierung geforderten Frühwarnprojekte führten bundesweit zu unterschiedlichen Präventionsprojekten. Hierbei ist das Ziel, Kinder, die psychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt sind, frühzeitig zu schützen und eine adäquate Förderung zu gewährleisten. Dies kann durch eine frühe Intervention von verschiedenen Fachkräften erfolgen. Von besonderer Bedeutung sind hierbei die

Art oder der Ort der Kontaktaufnahme mit diesen Familien. Unter den vielen in den Präventionsprojekten gewählten Zugangsformen wie Beratungsangebote in der Schwangerschaft, aufsuchende Angebote um und nach der Geburt bis hin zu Elterntreffs, Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen, bietet sich die Geburtshilfe als der Ort an, an dem eine Kontaktaufnahme den größtmöglichen Erfolg verspricht.

In einem Präventionsprojekt, das den ersten Kontakt zu den Eltern über die Geburtshilfe sucht, sollen die Familien identifiziert werden, die einer Risikogruppe angehören. Die Risikoeinschätzung erfolgt auf Grundlage der in Längsschnittstudien ermittelten psychosozialen Risikofaktoren aus den Bereichen Familie, Partnerschaft oder dem familiären Umfeld. In einem Screeningverfahren können diese Faktoren anhand von Fragebögen bei einem ersten Gespräch in der Geburtshilfe ermittelt werden. Für die Durchführung dieses Screenings und somit der Identifizierung von Familien mit einer psychosozialen Belastung wird Fachpersonal benötigt, das diese Risikofaktoren erkennen, analysieren und entsprechend dem Bedarf Interventionen einleiten kann.

Eine frühe Intervention in der Geburtshilfe stellt eine wichtige Unterstützungsleistung für Familien mit psychosozialen Belastungen dar. Es handelt sich hierbei um die von der Bundesregierung geforderte Leistung, die das Ziel verfolgt, diese Familien in das bestehende soziale Hilfesystem einzubinden. Somit soll einer späteren Vernachlässigung durch die Eltern wie bspw. durch Überforderung oder Unwissenheit über die Bedürfnisse der Kinder vorgebeugt werden.

In einem Präventionsprojekt ergeben sich in der Geburtshilfe soziale und rechtliche Aspekte, die das spezifische Fachwissen der Sozialen Arbeit fordern. Hierzu zählt das Wissen über soziale Problemlagen und deren Bearbeitung und die rechtlichen Aspekte des Kinder- und Jugendhilfesystems. Die Soziale Arbeit bietet das spezifische Fachwissen und die Qualifikationen, die für die erste Einschätzung unabdingbar sind. Demnach wäre eine Einbindung der Sozialen Arbeit bei jeder Aufnahme von Müttern erstrebenswert, um diese zur Teilnahme an einem Präventionsprogramm zu motivieren, um eine erste Einschätzung der psychosozialen Risikofaktoren anhand des Screeningverfahrens vornehmen zu können. Ein generelles Gespräch durch die Soziale Arbeit mit Müttern in der Geburtshilfe wird auch nicht als stigmatisierend empfunden. Des Weiteren kann

auch die Zeit, die eine Weiterleitung an die Sozialberatung in Anspruch nimmt, deutlich reduziert werden, was bei dem kurzen Aufenthalt der Mütter in der Geburtshilfe optimal wäre. In einem Akutkrankenhaus zählt die Soziale Arbeit zu einer der kleinsten Berufsgruppen, was nicht ihrer erforderlichen Beteiligung bei der Krankenhausbehandlung entspricht. Daraus ergibt sich, dass die Motivation der Mütter zur Durchführung des Screeningverfahrens in der Geburtshilfe unter den vorherrschenden Rahmenbedingungen im Krankenhaus von den Berufsgruppen der Geburtshilfe übernommen werden muss. Das Tätigkeitsfeld in der Geburtshilfe für die Soziale Arbeit zu festigen und somit neue Stellen zu schaffen, wäre die logische Konsequenz.

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auswahl verschiedener Präventionsprojekte	4
Tabelle 2: Kriterien einzelner Risikofaktoren	13
Tabelle 3: Schutzfaktoren im Kindes- und Jugendalter	15

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Interne und externe Kooperationspartner	67
Abbildung 2: Ablauf in der Geburtshilfe	70
Abbildung 3: Ermittlung des peri- und postnatalen Risikoscores	72

Literaturverzeichnis

- Ansen, Harald (2008): Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (2008): Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. 51- 69
- Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert u.a. (2004a): Soziale Arbeit im Krankenhaus. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co. Verlag.
- Ansen, Harald (2004b): Soziale Beratung in prekären Lebenslagen. In: Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans (2004): Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim und München: Juventa Verlag. 55- 68
- Ansen, Harald (2002): Theoretisch-systematische Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit im Gesundheitswesen. In: Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans: Klinische Sozialarbeit, Eine Positionsbestimmung. Münster – Hamburg – London: LIT Verlag. 83 - 125
- Brinkmann, Wilhelm (2007): Arme Kinder. Armes Deutschland. Wie Kinder durch Armut zu Schaden kommen. In: Zenz, Winfried M.; Bächer, Korinna u.a. (2007): Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland. Köln: PapyRossa Verlag GmbH & Co. KG. 54 - 68
- Cierpka, Manfred; Groß, Sarah u.a. (2006): Prävention seelischer Störungen bei Kindern. Frühförderungsprogramme für risikobelastete Familien. In: Psychotherapeut 6/2006. München: Springer Medizin Verlag. 433- 439
- Culley, Sue (2002): Beratung als Prozess, Lehrbuch kommunikativer Fähigkeiten. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) (2006a): Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen. Unter: http://www.dggg.de/_download/unprotected/g_04_06_04_mindestanforderungen_geburtshilf_abteilungen.pdf. (Zugriff am 12.02.2008)

- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) (2006b): Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe. Unter: http://www.dggg.de/_download/unprotected/g_05_04_03_zusammenarbeit_arzt_hebamme_geburtshilfe.pdf. (Zugriff 12.02.2008)
- Deutsches Jugendinstitut (DJI) (2006): Kindesvernachlässigung: früh erkennen - früh helfen! Thema 2006/03 Unter: <http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=556&Jump1=LINKS&Jump2=20>. (Zugriff am 25.02.2008)
- Egle Tieber, Ulrich; Hoffmann, Sven Olaf (2000): Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in der Kindheit und Jugend. In: Egle Tieber; Hoffmann; Joraschky (2000): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 2. Auflage. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart: F. K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH. 3 - 22
- Esser, Günther; Schmidt, Martin H. (2002): Risikokinderstudien – Einführung in den Themenschwerpunkt. In: Kindheit und Entwicklung 11/2002 Nr. 4. Göttingen: Hogrefe Verlag. 199 - 200
- Esser, Günther; Laucht, Manfred u.a. (1995): Der Einfluss von Risikofaktoren und der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter auf die seelische Gesundheit des Vorschulkindes. In: Kindheit und Entwicklung 4/1995. Göttingen: Hogrefe Verlag. 33 - 42
- Filsinger, Dieter; Homfeld, Hans Günther (2001): Gesundheit und Krankheit. In: Thiersch, Hans Otto; Thiersch, Hans (2001): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik, 2. völlig überarbeitete Auflage. Neuwied, Kriftel: Hermann Luchterhand Verlag GmbH. 705 - 715
- Frank, Gerhard (2007): Lebenswelt. In: Fachlexikon Sozialer Arbeit. 6. Auflage (2007). Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 609
- Galuske, Michael (2005): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag.

- Geist, C.; Harder, U.; Stiefel, A. (1998): Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Berlin, New York: Walter de Gruyter-Verlag.
- Gödecker-Geenen, Norbert (2005): Sozialarbeit im Krankenhaus. In: Ortmann, Karlheinz; Waller, Heiko (2005): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Einführung der Praxisfelder. Frech, Stuttgart: Schneider Verlag Hohengehren. 18 – 34
- Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans u.a. (2003): Der Patient im Krankenhaus und sein Bedarf an psychosozialer Beratung. Eine empirische Bestandsaufnahme. Münster – Hamburg – London: LIT Verlag.
- Graf, Pedro; Spengler, Maria (2004): Leitbild- und Konzeptentwicklung. Augsburg: Ziel – Zentrum für interdisziplinäres erfahrungsorientiertes Lernen GmbH.
- Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans (2004): Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – einleitende Bemerkungen. In: Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans (2004): Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim und München: Juventa Verlag. 13 - 40
- Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans (2001): Lebensweltorientierung. In: Thiersch, Hans Otto; Thiersch, Hans 2001: Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik, 2. völlig überarbeitete Auflage. Neuwied, Kriftel: Hermann Luchterhand Verlag GmbH. 1136 - 1148
- Hegeler, Hildegard (2008): Klinische Sozialarbeit im Krankenhaus. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (2008): Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. 121- 137

- Helming, Elisabeth; Sandmeir, Gunda u.a. (2006): Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. München: Deutsches Jugendinstitut e. V. (2006): Abteilung Projekt Kurzevaluation Frühe Hilfen. Unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/evaluation-fruehe-hilfen-kurzbericht,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>. (Zugriff 22.02.2008)
- Homfeld, Hans Günther; Sting, Stephan (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit, Eine Einführung. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co. KG Verlag.
- Holtmann, Martin; Schmidt, Martin H. (2004): Resilienz im Kindes- und Jugendalter. In: Kindheit und Entwicklung 13/2004. Göttingen: Hogrefe Verlag. 196- 200
- Kähler, Harro Dietrich (2007): Erstgespräche. In: Fachlexikon Sozialer Arbeit. 6. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 266
- Kindler, Heinz (2007): Was ist unter Vernachlässigung zu verstehen? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna u.a. (2007): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 3, S. 1 Unter: <http://213.133.108.158/asd/3.htm>. (Zugriff: 05.04.2008)
- Kindler, Heinz (2005): Aktueller Stand des Wissens zur Frühintervention bei Risikokindern in Deutschland und im internationalen Vergleich. In: Neue Wege in der Prävention. Düsseldorfer Vorsorgeprojekt für Kinder und Eltern mit erhöhtem Risiko in der gesundheitlichen und psychosozialen Entwicklung, Dokumentation der Fachtagung der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz, Landeshauptstadt Düsseldorf, Jugendamt und Gesundheitsamt am 28. - 29. September 2005. Unter: http://www.duesseldorf.de/gesundheit/zukunft_fuer_kinder/medien/neue_wege_in_der_praevention.pdf. (Zugriff: 05.04.2008)
- Klie, Thomas; Stascheit, Ulrich (2007): Gesetze für Pflegeberufe, 10. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

- Klüsche, Wilhelm (1999): Ein Stück weitergedacht ... Beiträge zur Theorie- und Wissenschaftsentwicklung der Sozialen Arbeit. Solingen: Lambertus-Verlag.
- Koalitionsvertrag CDU/CSU/SPD (2005): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Unter: http://www.bundesregierung.de/nsc_true/Content/DE/___Anlagen/koalitionsvertrag,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/koalitionsvertrag. (Zugriff: 31.01.2008)
- Kraimer, Frank (2007): Professionalisierung. In: Fachlexikon Sozialer Arbeit. 6. Auflage (2007). Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 726 - 727
- Kratzsch, Wilfried (2008): Netzwerk für den Kinderschutz - Vorstellung eines Präventionsprojektes zur Vorbeugung von Vernachlässigung und Kindesmisshandlung am 13.02.2008. Unveröffentlichtes Manuskript
- Kratzsch, Wilfried (2006): Identifikation von Risiken und Ressourcen. Kinderneurologisches Zentrum; Interdisziplinärer Kongress der Deutschen Liga für das Kind. Unter: http://www.kindergesundheit-info.de/fileadmin/fileadmin-kgs/pdf/anlage_kratzsch_30-5-06.pdf (Zugriff: 22.03.2008)
- Köhler, Lotte (2003): Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. Einschränkende Vorbehalte, Nutzen, Fallbeispiele. In: Suess, Gerhard J.; Pfeifer, Walter-Karl P. (2003): Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung. Gießen: Psychosozial-Verlag. 107 - 136
- Kurlemann, Ulrich (2000): Klinische Sozialarbeit im System Krankenhaus. In: von Eiff, Wilfried; Fenger, Herrmann (2000): Der Krankenhausmanager. Praktisches Management für Krankenhäuser und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag. Kapitel 6, 1-26

- Laucht, Manfred; Schmidt, Martin H. u.a. (2004): Frühkindliche Regulationsprobleme: Vorläufer von Verhaltensauffälligkeiten des Kindesalters? In: Papousek, Mechthild; Schieche, Michael u.a. (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind Beziehungen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Laucht, Manfred; Schmidt, Martin H. u.a. (2002): Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 30/2002 Nr. 1. Göttingen: Hogrefe-Verlag. 5-19
- Laucht, Manfred; Schmidt, Martin H. u.a. (2000a): Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 29/2000 Nr. 4. Göttingen: Hogrefe-Verlag. 246-262
- Laucht, Manfred; Schmidt, Martin H. u.a. (2000b): Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Frühförderung Interdisziplinär 19/2000. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag. 97-108
- Laucht, Manfred; Esser, Günther u.a. (1999a): Was wird aus Risikokindern? Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie im Überblick. In: Opp, Günther; Fingerle, Michael u.a. (1999): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co. KG Verlag. 71- 98
- Laucht, Manfred; Esser, Günther u.a. (1999b): Risiko- vs. Schutzfaktor? Kritische Anmerkungen zu einer problematischen Dichotomie. In: Opp, Günther; Fingerle, Michael u.a. (1999): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co. KG Verlag. 303 – 314

- Laucht, Manfred; Esser, Günther u.a. (1992): „Risikokinder“: Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 8/1992 Jahrgang 41. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie. 274 - 285
- Mehs, Margret (1986): Entwicklung, Richtlinien und Grundzüge des Sozialdienstes im Krankenhaus. In: Viefhues, Herbert; Nülens, Hans-Gerhard u.a. (1986): Soziale Dienste im Krankenhaus. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Verlag W. Kohlhammer GmbH. 20 - 32
- Neuffer, Manfred (2002): Case Management, Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Porz, Friedrich; Podeswik, Andreas u.a. (2005): Case Management in der Sozialpädiatrie, Das Augsburger Modell. In: Löcherbach, Peter; Klug, Wolfgang u.a. (2005): Case Management, Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co. KG Verlag. 88 - 108
- Reinicke, Peter (Hrsg.) (2001): Soziale Arbeit im Krankenhaus, Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Reinicke, Peter (1998): Soziale Krankenhausfürsorge in Deutschland. Von den Anfängen bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs. Opladen: Leske + Budrich.
- Reinicke, Peter (1994): Krankenhaus, Sozialarbeiter als Partner in der Gesundheitsversorgung. Eine Einführung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Roeder, Norbert (2008): Akutkrankenhäuser unter veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen. In: Forum Sozialarbeit + Gesundheit 1/2008. DVSG Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. 32 - 35
- Rörig, Reinhold (1978): Die Entwicklung des Sozialdienstes im Krankenhaus. In: Mehs, Margret; Glatzel, Johann (1978): Sozialdienst im Krankenhaus. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. 80 - 88

- Röh, Dieter (2008): Konzepte und Methoden sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In: Ortmann, Karlheinz; Röh, Dieter (2008): Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. 35- 50
- Scheithauer, Herbert; Petermann, Franz (1999): Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Kindheit und Entwicklung 8/1999 Nr. 1: Göttingen: Hogrefe-Verlag. 3-14
- Sickendiek, Ursel; Engel, Frank u.a. (1999): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. München, Weinheim: Juventa Verlag.
- Schindler, Gila (2006): Welche rechtlichen Voraussetzungen sind bei der Kontaktaufnahme mit der Klientel zu beachten? In: Kindler, H.; Lillig, S. u.a.: (2006) Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 50
- Simon, Michael (2005): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern: Verlag Hans Huber Hogrefe AG.
- Statistisches Bundesamt (2008): Unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/GeburtenSterbefaelle.psml>. (Zugriff 13.02.2008)
- Statistisches Bundesamt (2007): Statistisches Jahrbuch 2007. Wiesbaden Unter: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1020700>. (Zugriff: 22.03.2008)
- Thiersch, Hans (2005): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Trost, Michael; Marquart, Peter (2005): Lörracher Qualitätskonzept für die Krankenhaus-Sozialarbeit. Lörrach, Essen: DBSH Eigenverlag.
- Viefhues, Herbert; Nülens, Hans-Gerhard u.a. (1986): Soziale Dienste im Krankenhaus. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Verlag W. Kohlhammer GmbH.

Viefhues, Herbert (1978): Kooperation und Konflikt. Bemerkungen zum Verhältnis des Krankenhausarztes zum Krankenhaussozialarbeiter. In: Mehs, Margret; Glatzel, Johann (1978): Sozialdienst im Krankenhaus. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. 64 - 73

Werner, Emmy E. (2007): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp, Günther; Fingerle, Michael (2007): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co. KG Verlag. 20 - 31

Wingenfeld, Klaus (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus, Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Verlag Hans Huber.

Ziegenhain, Ute; Fries, Maurie u.a. (2006): Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Zimmermann, Peter (2000): Bindung, internale Arbeitsmodelle und Emotionsregulation: Die Rolle von Bindungserfahrungen im Risiko-Schutz-Modell. In: Frühförderung Interdisziplinär 19/2000. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.119-129

Gesetzestexte:

Bürgerliches Gesetzbuch (2003). In: Familienrecht 8. Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG. 3- 163

Grundgesetz, 38. Auflage (2003): München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.

Sozialgesetzbuch VIII. In: Sozialgesetzbuch, 35, Auflage (2008): München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG. 1133 - 1197

Lexika:

Der große Brockhaus (2004). Leipzig: F.A. Brockhaus.

Duden (2001): Fremdwörter. Mannheim: F.A. Brockhaus

Internetquellen ohne Autorangabe:

- <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Presse/pressemitteilungen, did=75172.html> (Zugriff: 31.01.2008)
- <http://dejure.org/gesetze/StGB/203.html> (Zugriff: 09.02.2008)
- <http://www.dkgev.de/pdf/1933.pdf> (Zugriff: 05.12.2007)
- <http://www.dkgev.de/pdf/2004.pdf> (Zugriff: 05.12.2007)
- http://www.duesseldorf.de/gesundheit/zukunft_fuer_kinder/index.shtml (Zugriff: 17.01.2008)
- http://dvsg.org/uploads/media/StellenbeAkutDVSG_01.pdf (Zugriff: 05.12.2007)
- http://dvsg.org/uploads/media/Anhaltzshlen03-2006_02.pdf (Zugriff: 05.12.2007)
- http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_8a.html Zugriff 02.04.2008)
- <http://www.fruehehilfen.de/1870.0.html> (Zugriff: 31.01.2008)
- <http://www.fruehehilfen.de/1871.0.html> (Zugriff: 31.01.2008)
- <http://www.fruehehilfen.de/1877.0.html> (Zugriff: 31.01.2008)
- <http://www.fruehehilfen.de/1977.0.html> (Zugriff: 31.01.2008)
- http://hh.juris.de/hh/KHG_HA_P6.htm (Zugriff: 18.11.2007)
- http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=1772 (Zugriff: 05.04.2008)
- http://www.saarland.de/dokumente/thema_justiz/2126-3.pdf (Zugriff: 17.02.2008)

Schriftliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit von mir, Maren Oehlmann, Matrikelnummer 1739549, eigenständig und ohne fremde Hilfe verfasst wurde.

Hamburg, 22. April 2008
Ort, Datum

Maren Oehlmann
Unterschrift