

Hochschule Düsseldorf
Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften

Bachelorthesis zum Thema

**Herausforderungen an die Arbeit des Krankenhaussozialdienstes in
Zeiten einer Pandemie**

Hinweise für eine künftige Praxis

Erstprüfer:

Prof. Dr. Reinhold Knopp

Zweitprüfer:

Prof. Dr. Matthias Meißner

Vorgelegt von:

Milena Lunau

Matrikelnummer: [REDACTED]

Bachelor Sozialarbeit/Sozialpädagogik

WiSe 2020/2021

Düsseldorf, 09.12.2020

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
1. Einleitung	1
2. Der Krankenhaussozialdienst	3
2.1 Professionsverständnis und Handlungsgrundlagen	3
2.2 Zielgruppe	7
2.3 Strukturelle Rahmenbedingungen	9
2.4 Rechtliche Aspekte	14
2.5 Methodische Ansätze	16
3. Die Covid-19-Pandemie	19
3.1 Begriffsbestimmung	20
3.2 Politische und gesetzliche Regelungen in Deutschland	21
3.3 Gesellschaftliche Auswirkungen	22
4. Zwischenfazit: Die Rolle des Krankenhaussozialdienstes während der Pandemie	23
5. Fragestellung und Forschungsdesign	25
5.1 Forschungsfrage	25
5.2 Forschungsmethode - Qualitative Sozialforschung	26
5.3 Erhebungsmethode	27
5.3.1 Qualitative Onlinebefragung	27
5.3.2 Aufbau des Fragebogens	28
5.4 Stichprobe und Feldzugang	29
5.5 Auswertungsmethode	30
5.5.1 Zusammenfassende Inhaltsanalyse	30
5.5.2 Kategorienbildung	31
6. Ergebnisdarstellung	32
Oberkategorie 1 Beratung	32
Oberkategorie 2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	35
Oberkategorie 3 Organisation und Vermittlung der weiteren Versorgung	37
Oberkategorie 4 Professionelles Selbstverständnis	39
7. Diskussion und Interpretation	42
8. Fazit und Ausblick	54
8.1 Zentrale Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfrage	54
8.2 Grenzen und Ausblick	56
Literaturverzeichnis	58
Anhang	III

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AHB	Anschlussheilbehandlung
Art.	Artikel
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BzgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CoronaSchVO	Corona-Schutzverordnung (Verordnung zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus)
Covid-19	Coronavirus Disease 2019
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups
DVSG	Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.
ebd.	ebenda (= am genannten Ort)
et al.	et alii (= und andere)
etc.	et cetera
e.V.	eingetragener Verein
f.	folgende
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
Hrsg.	Herausgeber
IFSW	International Federation Of Social Workers
Kap.	Kapitel
Kat.	Kategorie
KHEntlG	Krankenhausentlastungsgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHGG	Krankenhausgestaltungsgesetz
MD	Medizinischer Dienst
NRW	Nordrhein-Westfalen
OK	Oberkategorie
Pat.	Patient

RKI	Robert Koch-Institut
S.	Seite
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SGB	Sozialgesetzbuch
s.o.	siehe oben
UK	Unterkategorie
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

1. Einleitung

Soziale Arbeit im Krankenhaus stellt neben der pflegerischen und medizinischen Behandlung eine notwendige Säule in der gesundheitlichen Versorgung von Patient*innen dar. Sie betont die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit auf eine besondere Art und Weise, indem sie sich als Hilfe zur sozialen Integration durch die Vermittlung zwischen Person, Gemeinschaft und Gesellschaft positioniert (Homfeldt 2012, S. 489). Hierbei unterstützt der Krankenhaussozialdienst Patient*innen bei der Verarbeitung belastender Diagnosen und bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen (Gödecker-Geenen 2005, S. 19).

Wie Soziale Arbeit im Allgemeinen ist auch dieses Handlungsfeld in gesellschaftliche Verhältnisse eingebettet (Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls 2005, S. 29). Vor dem Hintergrund der Entwicklung aktueller Problemlagen sowie gesundheitlicher und sozialer Versorgungsstrukturen gewinnt es daher zunehmend an Bedeutung (Schaub 2008, S. 17; Hofmann 2004, S. 413). Der demografische Wandel bringt eine zahlenmäßige Zunahme älterer Menschen und ein stetiges Wachstum ihrer durchschnittlichen Lebenserwartung mit sich. Mangelnde familiäre oder finanzielle Ressourcen lassen Versorgungslücken entstehen, denen sich der Sozialdienst im Krankenhaus widmet (Meyer 2019, S. 9). Aber auch die Veränderung des gesundheitlichen Risiko- und Krankheitsspektrums von überwiegend akuten zu chronischen Erkrankungen begründet die Relevanz der Sozialen Arbeit im Krankenhaus (vgl. Schaub 2008, S. 17; Lützenkirchen 2005, S. 10-14).

Eine besondere Herausforderung stellt die Covid-19-Pandemie dar, welche sich seit Ende des Jahres 2019 global ausbreitet und bis zuletzt auf alle Lebensbereiche und Lebenslagen einwirkt (Schmitt 2020, S. 177). Schutzmaßnahmen zur Eindämmung des Virus, wie das Verbot von Massenversammlungen, Kontaktbeschränkungen, Mindestabstandsregelungen, Hygienemaßnahmen und die Maskenpflicht bestimmen den Alltag und das gesellschaftliche Leben (FAZ 2020). Die Pandemie macht gesellschaftliche Problemlagen und globale Diskrepanzen besonders deutlich: Mängel im Gesundheitswesen und in Altenpflegeheimen werden aufgedeckt und hygienische Bedingungen in Hilfseinrichtungen entlarvt (Schmitt 2020, S. 177). Die mit dem Shutdown verbundene soziale Isolation und Vereinsamung von Menschen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wirft Fragen auf. Eine Unterbindung von Besuchen durch Angehörige, aber auch Seelsorger*innen und Sozialarbeiter*innen, stellt die ganzheitliche Sichtweise von Gesundheit und Krankheit und seiner sozialen Determinanten in ein neues Licht (Kröll, Platzer, Ruckenbauer & Schaupp 2020, S. 7 f.).

Die Regelungen zum Infektionsschutz grenzen auch den Kontakt des Sozialdienstes zu Patient*innen und dem Krankenhauspersonal ein. Arbeitsprozesse und Kommunikation müssen

sich ändern und bereits bestehende Systeme neu aufgestellt werden (vgl. Truell 2020, S. 6). Ziel dieser Forschung ist es, herauszufinden, welche Einflüsse die Pandemie auf die Kommunikation und Arbeitsabläufe des Sozialdienstes hat, welche Herausforderungen sich hieraus ergeben und wie die Mitarbeitenden darauf reagieren. Mit den Erkenntnissen sollen schließlich Defizite sowie Handlungsweisen herausgestellt werden, auf deren Basis Empfehlungen für eine künftige Praxis entstehen können. Die Arbeit soll dazu beitragen, die Betreuung und Versorgung der Patient*innen auch in Pandemiezeiten gewährleisten zu können und Erkenntnisse für eine alltägliche Praxis zu gewinnen. Aus der dargestellten Ausgangssituation ergibt sich somit folgende Fragestellung:

Welche Herausforderungen erlebt der Krankenhaussozialdienst während der Covid-19-Pandemie und wie können Empfehlungen für eine künftige Praxis aussehen?

Um dieser Frage nachzugehen, bilden das zweite und dritte Kapitel mit der Darstellung der theoretischen Grundlagen die Basis der Forschungsarbeit. In Kapitel 2 soll zunächst der Krankenhaussozialdienst näher beleuchtet werden. Zur Einführung in die Thematik werden die Handlungsgrundlagen und das Professionsverständnis des Sozialdienstes im Krankenhaus aufgegriffen. Der darauffolgende Teil beschäftigt sich mit den Adressat*innen des Sozialdienstes und den damit einhergehenden Krankheitsbildern und psychosozialen Aspekten (Kap. 2.2). Anschließend werden die strukturellen Rahmenbedingungen (Kap. 2.3) und daran anknüpfend die rechtlichen Aspekte des Arbeitsfeldes (Kap. 2.4) umrissen. Kapitel 2 schließt mit einer Darstellung relevanter Methoden des Sozialdienstes ab. Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit der Covid-19-Pandemie. Im ersten Abschnitt wird das Virus näher definiert und es erfolgt eine Begriffsbestimmung der Pandemie (Kap. 3.1). Anschließend wird der Fokus auf die politischen und gesetzlichen Regelungen in Deutschland gelegt (Kap. 3.2). Das dritte Unterkapitel behandelt die gesellschaftlichen Auswirkungen der Pandemie. Ein anschließendes Zwischenfazit (Kap. 4.) soll die bisherigen Erkenntnisse zusammenfassend beleuchten und als Basis der darauffolgenden Kapitel dienen.

Das fünfte Kapitel behandelt die angewandte Forschungsmethodik. Dazu wird die Forschungsfrage genauer erläutert (Kap. 5.1) und die Auswahl der Forschungsmethode (Kap. 5.2) dargestellt. Im Anschluss wird auf das methodische Vorgehen bei der Datenerhebung (Kap. 5.3) und -auswertung (Kap. 5.5) sowie auf die Stichproben und den Feldzugang (Kap. 5.4) eingegangen. Im sechsten Kapitel werden die Forschungsergebnisse anhand der gebildeten Kategorien dargestellt. Im Nachgang sollen die Ergebnisse aus den Interviews mit der Theorie in Zusammenhang gebracht und diskutiert werden (Kap. 7). Das abschließende Fazit stellt die prägnanten Aussagen der Diskussion unter Berücksichtigung der Forschungsfrage zusammenfassend dar und erörtert Grenzen der Arbeit sowie einen Ausblick auf weitere Forschungsmöglichkeiten (Kap. 8).

2. Der Krankenhaussozialdienst

Neben der Jugend- und Armenhilfe zählt das Gesundheitswesen heute zu einem der drei traditionellen Arbeitsfelder Sozialer Arbeit (Hey 2001, S. 9). Hier findet sie sich in Tätigkeitsfeldern verschiedener Gesundheitsdienste wie Hospizen, Psychiatrien oder Krankenhäusern wieder (Homfeldt & Sting 2005, S. 42). Seine Anfänge hatte die Sozialarbeit im Krankenhaus in Deutschland 1896, als die Mitglieder der Berliner Mädchen- und Frauengruppen für soziale Hilfsarbeit erstmals sozialarbeiterische Unterstützung neben der pflegerischen und medizinischen Arbeit im Krankenhaus erbrachten (Reinicke 2001b, S. 15). Seither ist sie als Schnittstelle zwischen stationärer Versorgung und Alltagsleben sowie als Kernbereich einer zukunftsorientierten integrierten Versorgung unverzichtbar (Ansen, Gödecker-Geenen & Nau 2004, S. 10).

Im folgenden Kapitel wird der Sozialdienst im Krankenhaus näher betrachtet. So werden als Grundlage seiner Tätigkeiten zunächst Auftrag und Professionsverständnis dargestellt. Der anschließende Abschnitt befasst sich mit den Klient*innen des Sozialdienstes im Krankenhaus und ihren somatischen, aber auch psychosozialen Erkrankungen. Darauf folgt eine Darstellung der strukturbezogenen Merkmale und des damit einhergehenden Gesundheits- und Krankenhaussystems. Anschließend werden die rechtlichen und gesetzlichen Grundlagen des Entlassmanagements erläutert. Das Kapitel schließt mit einer Darstellung ausgewählter Methoden der Sozialen Arbeit im Krankenhaus ab.

2.1 Professionsverständnis und Handlungsgrundlagen

Um das Professionsverständnis des Sozialdienstes im Krankenhaus darstellen zu können, ist es zunächst nötig, den Auftrag des Gesundheitswesens und den der Sozialen Arbeit aufzugreifen und ihre Handlungsgrundlagen zu erläutern. Hierbei wird insbesondere auf den Zusammenhang zwischen Sozialer Arbeit und Krankheit und auf das Konzept der Lebensbewältigung nach Böhnisch eingegangen.

Auftrag der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

Das Professionsverständnis Sozialer Arbeit im Krankenhaus stützt sich sowohl auf den Auftrag des Gesundheitswesens als auch auf die Handlungsgrundlagen Sozialer Arbeit im Allgemeinen. So ist eine Annäherung ihres Professionsverständnisses erst durch eine Darstellung jener Handlungsgrundlagen möglich, die nun folgt.

Auftrag des Gesundheitswesens ist die Wahrung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung mit Hilfe der überwiegend medizinischen Vorsorge-, Behandlungs- und Nachsorgemaßnahmen (Ansen et al. 2004, S. 11). Durch ihren Fokus auf die soziale Dimension von

Gesundheit und Krankheit steht die Soziale Arbeit dabei komplementär zu den anderen Professionen (Franzkowiak, Homfeldt & Mühlum 2011, S. 131). Soziale Arbeit im Allgemeinen fördert *„gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. [...]“* (DBSH 2016, S. 2). Dabei bilden die *„[...] Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt [...]“* (ebd.) die zentrale Handlungsgrundlage. Ziel ist es, Menschen unter Berücksichtigung sozialer Strukturen und Systeme zu befähigen und ermutigen, die Herausforderungen ihres Lebens zu bewältigen und das Wohlergehen zu verbessern (ebd.).

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen bewegt sich hierbei meist im Kontext von Armut, Gefährdung, Krankheit, sozialer Benachteiligung oder Behinderung (Homfeldt 2012, S. 489). Sie kommt zum Tragen, wenn Menschen aufgrund verschiedener Erkrankungen in ihrer lebenspraktischen Autonomie beschränkt sind (Ansen et al. 2004, S. 12). Dabei verfolgt sie das Ziel, das durch Krankheit verursachte Risiko von sozialer, beruflicher und finanzieller Benachteiligung zu verringern oder zu vermeiden. Zusätzlich soll der Heilungsprozess durch die Behandlung psychosozialer Probleme gefördert werden (Ortmann & Waller 2005, S. 2). In seiner Tätigkeit bezieht sich der *„Sozialdienst [...] auf die aktuellen, persönlichen und sozialen Probleme der PatientInnen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung und den Auswirkungen auf ihr Leben und das ihrer Angehörigen“* (DVSG 1999, zitiert nach DVSG 2006, S. 2). Hierbei ist die Berücksichtigung der sozialen, ökonomischen und psychischen Faktoren der Krankheit und die Relation zum subjektiven Krankheitserleben der Betroffenen unerlässlich (ebd.). Die Hilfestellungen bestehen aus der Beratung, Betreuung und Unterstützung von Patient*innen sowie der Organisation von persönlichen, sozialen, ökonomischen, rechtlichen und verwaltungsbezogenen Hilfen. Im Kontext hierzu stehen stets die Zusammenarbeit und Kommunikation mit verschiedenen Professionen (Ansen et al. 2004, S. 13).

Lebensbewältigung als theoretische Position Sozialer Arbeit

Berufliche Sozialarbeit bewegt sich wie bereits erläutert vor dem Hintergrund schwieriger und defizitärer Lebenslagen von Menschen. Sie hilft bei der Verbesserung und Bewältigung von Beeinträchtigungen. Die Schwierigkeiten und Belastungen, bei denen sie einsetzt, sind oftmals gesundheitlich relevant, da sie Krankheiten bedingen oder Heilung verhindern (Wendt 2002, S. 39). Das Konzept der Lebensbewältigung nach Böhnisch bietet eine theoretische Grundlage für die Soziale Arbeit, die sich auf das Bewältigungsverhalten von Menschen in kritischen Lebenskonstellationen bezieht (Böhnisch 2019, S. 11).

Für Böhnisch beschäftigt sich Sozialpädagogik mit Prozessen der sozialen Integration und Desintegration im Kontext von Bewältigungsproblemen und Lebensbrüchen, die in den verschiedenen Lebensaltern sowie sozialen Situationen der Industriegesellschaft auftreten

(Böhnisch 2018, S. 11). Er geht davon aus, dass sich im Spannungsfeld von Individuum und Gesellschaft Lebensaufgaben ergeben, die entlang der verschiedenen Lebensphasen vorstrukturiert sind und bewältigt werden müssen. Lebensbewältigung bedeutet für Lothar Böhnisch das „*Streben nach subjektiver Handlungsfähigkeit in Lebenssituationen, in denen das psychosoziale Gleichgewicht – im Zusammenspiel von Selbstwert, sozialer Anerkennung und Selbstwirksamkeit – gefährdet ist*“ (Filipp 2007, zitiert nach Böhnisch 2019, S. 11).

Als Ziel wird in diesem Zusammenhang das psychosoziale Gleichgewicht betrachtet, welches in der Interaktion von Selbstwert, sozialer Anerkennung und Selbstwirksamkeit entsteht. Wird dieses Ideal aufgrund von nicht ausreichend erlebter sozialer und personaler Ressourcen gefährdet, kann die Lebenskonstellation als individuell kritisch erlebt werden und nach gesellschaftlicher Unterstützung verlangen (Böhnisch 2018, S. 24). Dies kann besonders in sozialen Übergangssituationen der Fall sein. Treten kritische Lebensereignisse auf, können sie sich in Form von sozialstrukturellen Problemen wie sozialer Desintegration oder biografischen Integrations- und Integritätsproblemen manifestieren (Böhnisch 2012, S. 223). Psychosoziale Probleme und Lebensrisiken können demnach jedes Individuum in der Gesellschaft treffen und werden nicht mehr als Sonderprobleme dargestellt (ebd.).

Um biografische Krisen zu bewältigen, unterscheidet Böhnisch zwischen vier psychosozialen Antrieben, die je nach Krise, einem Streben nach Wiedererlangung dieses Gleichgewichts nachgehen: die Versuche zur Wiedergewinnung des Selbstwerts (bei Erfahrung des Selbstwertverlustes), die Suche nach Halt, Unterstützung und Anerkennung (bei fehlendem sozialen Rückhalt), nach Orientierung (bei sozialer Orientierungslosigkeit) sowie nach Handlungsfähigkeit und Integration (bei Sehnsucht nach Normalisierung) (ebd.).

Die Soziale Arbeit setzt an dieser Stelle an. Sie verfolgt das Ziel, dem Betroffenen eine selbstwertstabilisierende Handlungsfähigkeit zu vermitteln und die Balance zwischen psychischem Selbst und sozialer Umwelt wiederherzustellen (ebd., S. 224). Dabei betrachtet er die Konzepte Empowerment und Milieubildung als handlungsleitend für sozialpädagogische Interventionen und sieht im Fallverstehen und der Beratung den Zugang zu den Betroffenen (Böhnisch 2018, S. 284). Gleichwohl betont der Autor die Notwendigkeit einer sozialräumlich orientierten Dimension Sozialer Arbeit und ihren politischen Auftrag, strukturelle Bedingungen zu verbessern sowie einem Strukturwandel des Sozialstaates kritisch gegenüberzutreten (Böhnisch 2018, S. 324; 2019, S. 181 f.).

Krankheit und Soziale Arbeit

Ein Paradigmenwechsel im Gesundheits- und Sozialwesen, der von einer pathologischen Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit zu einer salutogenetischen Betrachtung führte, begründet den sozialen Umbruch sowie die Relevanz Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen. So

fokussiert sich die Pathogenese auf die Ursachen von Krankheit und betrachtet Gesundheit und Krankheit als Gegenpole. Das salutogenetische Modell hingegen sieht in Gesundheit und Krankheit zwei Endpole auf einem wechselseitigen Kontinuum, wobei vor allem die Voraussetzungen von Gesundheit in den Fokus geraten (Lützenkirchen 2005, S. 11).

Soziale Arbeit ergänzt, wie bereits erwähnt, Ärzt*innen, Pfleger*innen und andere Professionen im Krankenhaus besonders durch ihre soziale Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit. Es bestehen zahlreiche Definitionen und Modelle, die sich mit den Begriffen Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen. Relevant für die Soziale Arbeit ist besonders eine biopsychosoziale Sichtweise auf Erkrankungen, die verschiedene Faktoren des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens umfasst. Mit diesem mehrdimensionalen, interdisziplinären Verständnis distanziert sie sich von einer rein biomedizinischen Perspektive, welche Krankheit als *disease* rein objektiv betrachtet (Ansen et al. 2004, S. 21; Franke 2012, S. 62).

Doch nicht jede Erkrankung erfordert die Unterstützung Sozialer Arbeit. Relevant sind besonders Krankheiten, deren Verlauf komplikationsreich und mit sozialen Konsequenzen verbunden ist. Im Fokus stehen hierbei vor allem die sozialen, ökonomischen und psychischen Implikationen der Krankheit, um Interventionen durchführen zu können (Ansen et al. 2004, S. 11). Die sozialen und persönlichen Folgen von Erkrankungen können in der akuten, der chronischen, der subjektiven und der sozialen Dimension zusammengefasst werden (Ansen 2008, S. 53). Meist sind es chronische Erkrankungen, die je nach Schweregrad auf unterschiedliche Lebensbereiche einwirken und die Lebensqualität einschränken (Ortmann & Waller 2005, S. 2). Für den Prozess der weiteren Versorgung und die Betroffenen selbst ist die Unterscheidung zwischen einer chronischen und einer akuten Erkrankung aus diesem Grund elementar. Akute Krankheiten treten plötzlich auf, verschlimmern sich und klingen wieder ab. Sie sind behandelbar und meist heilbar, eine ärztliche Versorgung steht hier primär im Vordergrund. Seitens des Sozialdienstes werden bei akuten Erkrankungen besonders finanzielle Hilfen zur Überbrückung einer Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitationsmaßnahmen oder die Versorgung der Angehörigen organisiert (Ansen 2008, S. 54). Die Belastungen chronischer Erkrankungen gehen über die Versorgungsproblematiken bei akuten Krankheiten hinaus. Sie sind mit weitreichenden Veränderungen des Alltags, Berufs, der Familie und Freizeit verbunden. Betroffene müssen sich mit langfristigen finanziellen Einbußen arrangieren und lernen mit symptomarmen und symptomreichen Phasen umzugehen (ebd., S. 55).

Unabhängig davon, ob eine Erkrankung akut oder chronisch ist und leicht behandelbar oder riskant, reagieren Betroffene unterschiedlich auf Diagnosen. Dieses subjektive Krankheitsgefühl wird mit dem Begriff *illness* beschrieben (Franke 2012, S. 62). Es steht nicht zwingend im Zusammenhang zu der objektiven Erkrankung und kann deutlich von der medizinischen Perspektive abweichen. Die persönliche Wahrnehmung und Verarbeitung der Krankheit

beeinflussen das Handeln und die Bereitschaft zur Mitwirkung der Patient*innen (*compliance*), weshalb sie einen erheblichen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung haben (ebd.).

Die soziale Dimension der Krankheit, auch *sickness* genannt, stellt besonders die durch die Krankheit bedingten sozialen Veränderungen eines Individuums und die ihm zur Verfügung stehenden gesellschaftlichen Ressourcen in den Vordergrund (ebd.). So kann Gesundheit als zentrale Dimension sozialer Ungleichheit betrachtet werden (Lützenkirchen 2005, S. 7). Problematische persönliche und soziale Bedingungen können die Ursache für Erkrankungen sein. Krankheiten können wiederum auch zu sozialer Isolation und psychosozialen Problemen führen (Gödecker-Geenen 2005, S. 32; Seltrecht 2018, S. 139).

2.2 Zielgruppe

Die Soziale Arbeit im Krankenhaus wandte und wendet sich auch heute noch an alle, die ihre Hilfe benötigen (Reinicke 2001a, S. 10). Zielgruppen sind demnach Patient*innen, die einen Bedarf an Beratung, Unterstützung und Betreuung im Kontext des Behandlungs- und Bewältigungsprozesses ihrer vorliegenden Erkrankung aufweisen (Gödecker-Geenen 2005, S. 19). Sozialarbeit im Krankenhaus wird bei kranken Menschen tätig, welche aus ihren lebensweltlichen Strukturen losgelöst wurden und die im Kontext der Wiedergewinnung eines ausgeglichenen Alltags soziale, ökonomische, rechtliche und verwaltungsbezogene Unterstützung brauchen (Homfeldt 2012, S. 317). Zwar kann bei den Patient*innen zwischen unterschiedlichen Indikationen, Lebensaltern oder Lebensumständen differenziert werden, die Hilfen sind jedoch nicht generalisierbar und beziehen sich immer auf den Einzelfall (Reinicke 2001a, S. 11 f.).

Somatische Krankheitsbilder

Der primäre Grund für die Aufnahme in ein Akutkrankenhaus ist in der Regel eine somatische Erkrankung, die zunächst durch ärztliche Behandlung geheilt oder gelindert werden soll (Hegeler 2008, S. 126).

Besonders Herz-Kreislauf-Erkrankungen, onkologische Neubildungen, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und psychische Störungen bestimmen das Krankheitsspektrum in der heutigen Gesellschaft (Ortmann & Waller 2005, S. 2). Zu den wichtigsten Patientengruppen des Sozialdienstes sind jedoch auch chronisch Kranke aller Indikationsbereiche, mehrfachbehinderte Personen, suchtkranke Menschen, psychisch Erkrankte, Suizidanten, Patient*innen aus schwierigen Notlagen oder unfallverletzte Patient*innen zu zählen (Oyen 2000, zitiert nach Gödecker-Geenen 2005, S. 19). So sind für die weit verbreiteten Zivilisationserkrankungen bestimmte Lebensgewohnheiten mit verantwortlich. Das Schlaganfallrisiko wird besonders durch einen erhöhten Blutdruck, ischämische Herzerkrankungen und Diabetes

Mellitus gesteigert. Zu den Hauptrisikofaktoren für den Herzinfarkt zählen beispielweise Nikotinkonsum, erhöhter Blutdruck und gesteigerte Blutfettwerte. Aber auch belastende Arbeitsbedingungen und Stress können zu einem höheren Risiko beitragen (Ansen et al. 2004, S. 47).

Den größten Unterstützungsbedarf benötigen in der Regel schwerkranke Patient*innen, wie solche mit onkologischen Diagnosen oder chronisch Kranke (Geißler-Piltz et al. 2005, S. 56). Daneben bilden aufgrund des demografischen Wandels auch ältere und hochaltrige Menschen eine zentrale Zielgruppe der Sozialen Arbeit im Krankenhaus. Zunehmende Krankheiten, Multimorbidität und dementielle Erkrankungen sowie daraus resultierende Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegebedarfe gehen damit einher und stellen ein umfassendes Anforderungsprofil an die Soziale Arbeit (Meyer 2019, S. 10; Ansen et al. 2004, S. 41 ff.).

Psychosoziale Ursachen und Folgen somatischer Krankheiten

Während des Aufenthaltes im Krankenhaus entwickeln sich für viele Patient*innen psychosoziale Krankheitsfolgen, die Auswirkungen auf ihr weiteres Leben haben können und den Heilungsprozess negativ beeinflussen. Psychosoziale Probleme können jedoch auch schon zu der Entstehung oder Verschlechterung von Krankheiten beitragen (Hegeler 2008, S. 126).

So stellt Armut ein psychosoziales Problem dar, welches die Entstehung von Krankheiten begünstigt. Belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen, eine erhöhte Arbeitslosigkeit, sozialer und emotionaler Stress sowie gesundheitsschädigende Lebensstile sind in ärmeren Bevölkerungsgruppen häufiger vertreten und begünstigen besonders die Entstehung von chronisch-degenerativen Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Bronchialkarzinomen, Diabetes Mellitus oder Aids (ebd.). Krankheiten, insbesondere schwere chronische Erkrankungen, können die psychische und soziale Abhängigkeit des Menschen aber auch körperlich spürbar machen. Die Abhängigkeit von versorgenden Personen oder Institutionen bringt eine Diskontinuität in das Leben der Betroffenen (Pauls 2013, S. 344). Daneben müssen sich die Patient*innen mit gravierenden körperlichen und seelischen Belastungen arrangieren sowie krankheitsbedingte Anforderungen wie die Wahrnehmung und Kontrolle der eigenen Symptome, die Entscheidung über Behandlungsverfahren, den Umgang mit Schmerz, Bewegungsbeeinträchtigungen sowie dem unberechenbaren Krankheitsverlauf bewältigen. Soziale und berufliche Rollen brechen auf und können oftmals nicht wie gewohnt fortgeführt werden. Zudem stehen die Betroffenen auch vor familiären Belastungen, die oftmals im Krankheitsverlauf zunehmen (Ansen 2001, S. 64).

Die Klinische Sozialarbeit macht sich in diesem Kontext zum Ziel, Selbstbestimmung in das Leben der Betroffenen zu bringen und soziale Abhängigkeit zu verringern (Pauls 2013, S. 344). Sozialarbeiter*innen setzen an dieser Stelle an, indem sie Prognosen über psychosoziale

Verhältnisse geben und Unterstützung bieten, um den Patient*innen ein individuell erfüllendes Leben und die Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen (Seltrecht 2018, S. 139).

Angehörige

Die Folgen somatischer Erkrankungen treffen nicht nur die Patient*innen selbst sondern auch ihre Familien. So werden sie mit Konsequenzen wie Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder beruflichen und sozialen Veränderungen konfrontiert. Ängste und Ungewissheiten bezüglich des weiteren Krankheitsverlaufs und der zukünftigen Lebensgestaltung treten hierbei in den Vordergrund (Hegeler 2008, S. 126). Vor allem der Ausbau ambulanter Versorgungsformen bedingt eine Zusammenarbeit mit den Angehörigen, da Patient*innen oftmals weiterhin im Kontaktbereich der Familie wohnen (Geißler-Piltz et al. 2005, S. 64). Aber auch eine geografische Trennung schließt die Familie als wichtiges Bezugssystem nicht aus (ebd., S. 64 f.). Schwere Erkrankungen können innerhalb der Familiensysteme zu Verunsicherung, Überforderung und finanziellen Belastungen führen. Teilweise müssen aufgrund der Hilfebedürftigkeit der Patient*innen berufliche Anpassungen und Einbußen in der Freizeitgestaltung erfolgen, um die Versorgung der Betroffenen sicherzustellen (ebd.). Soziale Arbeit unterstützt die Angehörigen dabei, ihre sozialen Fähigkeiten insofern zu stärken, als dass sie Alltagsansprüche erfüllen können, ohne dabei selbst zu erkranken. Dabei spielen die Anpassung eigener Ansprüche, die Förderung der Selbstständigkeit der Erkrankten, die Anregung zur Inanspruchnahme professioneller Unterstützung sowie die Fähigkeit einer emotionalen Abgrenzung wichtige Rollen (ebd. S. 65).

2.3 Strukturelle Rahmenbedingungen

Um den Beitrag der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nachvollziehen zu können, muss auch ein Blick auf die strukturellen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens und der Krankenhauslandschaft geworfen werden (Geißler-Piltz et al. 2005, S. 30). In Deutschland hat sich in der langjährigen Geschichte staatlicher Sozialpolitik ein System der sozialen Sicherung etabliert, wozu auch das Gesundheitswesen und seine Maßnahmen und Organisationen zur Gesundheitserhaltung, -förderung und -wiederherstellung zählen (ebd., S. 29). Im Folgenden wird das Krankenhaus als Organisation des Gesundheitswesens und Setting des Sozialdienstes dargestellt. In diesem Kontext werden strukturelle Rahmenbedingungen, Finanzierung und Fallkosten sowie interne und externe Kooperationspartner*innen aufgezeigt. Im Anschluss daran befasst sich das Kapitel Rechtliche Aspekte mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen und dem soeben erwähnten System der sozialen Sicherung.

Das Gesundheitswesen und die Krankenhauslandschaft

Krankenhäuser sind neben Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zentrale Organisationen des Gesundheitssystems (Simon 2017, S. 211). Sie sind eine von ärztlicher und pflegerischer Hilfeleistung dominierte Einrichtung und dienen nach § 107 Abs. 1 SGB V der Krankheitserkennung, -heilung, -linderung und Geburtshilfe (Ansen 2010, S. 139; Simon 2017, S. 211).

Im Gesundheitswesen sind drei Säulen strukturprägend: Die ambulante medizinische Versorgung, die stationäre Versorgung und der öffentliche Gesundheitsdienst (Franzkowiak et al. 2011, S. 133). Auf der funktionalen Ebene werden Organisationen bezüglich ihres Auftrags unterschieden. Dabei kann es sich um Prävention, Diagnostik, Therapie, Nachsorge oder Rehabilitation handeln. Die organisatorische Ebene differenziert zwischen ambulanten, stationären oder teilstationären Maßnahmen (Franzkowiak et al. 2011, S. 133; Simon 2017, S. 213). Somit sind Krankenhäuser der stationären Versorgung anzuordnen, wobei die Maßnahmen auch ambulant oder teilstationär verlaufen können.

Krankenhäuser werden zudem nach verschiedenen Aspekten wie ihrer Trägerschaft, Größe, Versorgungsstufe, Aufgabe und Art unterteilt (Oeder 2013, S. 144). Die auf die Träger fokussierte, strukturelle Ebene, gliedert sich in öffentliche, freigemeinnützige und private Träger (Franzkowiak et al. 2011, S. 133; Oeder 2013, S. 143). Öffentliche Einrichtungen gehören zu kommunalen Gebietskörperschaften, Ländern, dem Bund sowie Körperschaften öffentlichen Rechts. Als freigemeinnützige Krankenhäuser gelten jene von Trägern, welche religiöse, humanitäre oder soziale Zwecke verfolgen. Dabei handelt es sich neben Kirchen auch um Wohlfahrtsorganisationen oder andere Religionsgemeinschaften. Private Organisationen werden Trägern mit erwerbswirtschaftlichen Zielen zugeordnet (Simon 2017, S. 211 f.). Daneben unterscheidet die Statistik zwischen Akutkrankenhäusern und Sonderkrankenhäusern. Akutkrankenhäuser stehen unter ständiger ärztlicher Leitung und behandeln akute Krankheitsfälle, unabhängig von der Art der Erkrankung oder dem Kostenträger. Demgegenüber führen Sonderkrankenhäuser nur spezielle Behandlungsverfahren durch oder nehmen nur bestimmte Patientengruppen auf (Oeder 2013, S. 145). Die innere Organisation der Krankenhäuser ist auf drei Säulen verteilt: Den ärztlichen Dienst, den Pflegedienst und den Wirtschafts- und Verwaltungsdienst (Simon 2017, S. 213). Der Sozialdienst findet sich dabei meist im Wirtschafts- und Verwaltungsdienst wieder.

Krankenhausfinanzierung und Fallkosten

Sozialarbeit in Krankenhäusern zählt zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Die Kosten werden demnach über das Krankenhausfinanzierungsgesetz, die Pflegesätze und Behandlungspauschalen gesichert (Gödecker-Geenen 2005, S. 24). 1972 wurde die Vergütung der Krankenhäuser durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz zu einer staatlichen Aufgabe.

Doch die staatlichen finanziellen Mittel decken oftmals nicht den Bedarf und die Investitionskosten der Krankenhäuser. Aus diesem Grund stehen sie unter finanziellem Druck und sind immer stärker auf die Unterstützung der Krankenkassen angewiesen. Neben der gesetzlich geregelten Einbindung des Staates, bestimmen aber auch die Einführung der Selbstkostendeckung und später des DRG-Systems, die finanziellen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser (Dannenfeld 2018, S. 26).

Seit 2004 wird die Finanzierung der Krankenhausleistungen nach dem Fallpauschalensystem in Anlehnung an das DRG-System in Deutschland gesichert (§ 17b KHG). Die Grundlage des DRG-Fallpauschalensystems ist ein Patientenklassifikationssystem (Simon 2017, S. 244). Krankenhauspatient*innen werden nach verschiedenen Kriterien Fallgruppen (DRGs) zugeordnet, die eine Vielzahl von Aspekten, wie die Haupt- und Nebendiagnosen, Prozedere im Krankenhaus, das Alter, das Geschlecht, die Verweildauer, die Art der Aufnahme und die Art der Entlassung berücksichtigen (Oeder 2013, S. 159; Simon 2017, S. 244). Das DRG verfolgt das Ziel, die Verweildauer von Patient*innen im Akutbereich des Krankenhauses zu verkürzen. Nach einer bestimmten Verweildauer ergeben sich demnach ökonomische Anreize für eine Verlegung oder Entlassung der Patient*innen durch das Krankenhaus (BAR 2005, S. 6).

Durch den Rückgang der Verweildauer hat die Bedeutung des Sozialdienstes und Entlassmanagements im Krankenhaus zugenommen. Eine frühzeitige Entlassplanung und geregelte Anschlussversorgung bilden die Voraussetzung für eine fristgerechte Entlassung der Patient*innen (DVSG 2013, S. 3 ff.). Die verkürzte Verweildauer stellt allerdings auch Herausforderungen an den Sozialdienst und lässt ein Spannungsfeld zwischen Entlassmanagement und Beratung entstehen (Hanses 2011, S. 64 f.). Es ist weniger Zeit für eine psychosoziale Unterstützung der Patient*innen bei krankheitsbedingten Belastungen gegeben. Außerdem hat sich das Zeitfenster für die sozialarbeiterischen Hilfen verkürzt und der Entscheidungsdruck für die Patient*innen bezüglich der Weiterversorgung deutlich erhöht (Geißler-Piltz et al. 2005, S. 19).

Interne Kooperationen

Nicht nur die Finanzierung der Krankenhauslandschaft beeinflusst die Arbeit des Sozialdienstes im Krankenhaus. Auch interne sowie externe Kooperationspartner bilden Rahmenbedingungen für die Handlungen der Sozialarbeiter*innen.

Vor dem Hintergrund einer ganzheitlichen Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit ist besonders der Krankenhaussozialdienst auf die Zusammenarbeit mit interprofessionellen Kooperationspartnern im Setting Krankenhaus angewiesen (Gödecker-Geenen 2005, S. 19; Homfeldt 2012, S. 497). Er bildet mit seiner Arbeit einen Bestandteil eines multiprofessionellen und interdisziplinären Teams und ist in den Gesamtbehandlungsauftrag der Institution eingebettet (Gödecker-Geenen 2005, S. 19). Aus diesem Grund ist die multiprofessionelle Kooperation

und die damit einhergehende interne Vernetzung das zentralste Merkmal im Entlassungsmanagement. Die Grundlage der Arbeit besteht aus einer permanenten Zusammenarbeit mit den eingebundenen Berufsgruppen, die neben den oben genannten Akteuren auch Fachkräfte für Onkologie, Schmerz- und Wundmanager*innen oder Therapeut*innen sein können (Hegeler 2008, S. 131).

Ärzt*innen sind die zentralen Kooperationspartner der Sozialen Arbeit im Krankenhaus. In der Regel erhalten Sozialarbeiter*innen von ihnen Informationen bezüglich der Versorgungsbedürfnisse der Patient*innen. Diskrepanzen bestehen vor allem darin, dass Sozialarbeiter*innen von den Anmeldungen der Ärzt*innen abhängig sind und oft erst tätig werden können, wenn ein klarer Handlungsauftrag besteht. Ein ungestörter Informationsfluss ist in diesem Kontext unerlässlich. Meldungen an den Sozialdienst erfolgen jedoch oft erst spät. Werden Informationen unvollständig oder kurz vor der Entlassung übermittelt, kann sich diese hinauszögern. Vor dem Kontext des Fallpauschalensystems ist das für alle Professionen kontraproduktiv. Das Machtgefälle und die unterschiedlich ausgeprägte Professionalisierung der Akteure können Ursachen für die unzureichende und eher einseitige Kommunikation sein (Ansen et al. 2004, S. 28 f.).

Neben Ärzt*innen stellen aber auch Pflegefachkräfte wichtige Kooperationspartner dar. Durch ihren umfangreichen Überblick bezüglich des häuslichen und familiären Umfeldes, des Allgemeinzustandes bei der Aufnahme und der Fortschritte bei der Behandlung der Patient*innen bilden sie eine zentrale Anlaufstelle für den Sozialdienst. Für die Einleitung von Nachsorgemaßnahmen sind neben medizinischen Informationen auch pflegerische Einschätzungen unerlässlich (ebd., S. 30). Schwierige Betreuungssituationen und der Fachkräftemangel in der Pflege erschweren die Arbeit der Pflegefachkräfte sowie die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst jedoch (Dannenfeld 2018, S. 26). Eine fortschreitende Professionalisierung und Akademisierung pflegerischer Tätigkeiten stellt die Soziale Arbeit in Krankenhäusern zudem vor neue Herausforderungen. Die Trennungslinie zwischen den einzelnen Professionen wird immer schmaler und die Soziale Arbeit ist stets gefordert, ihre Hilfen zu dokumentieren und begründen. Während Fachkräfte wie Ärzt*innen, Pfleger*innen oder Psycholog*innen im Krankenhaus von klaren Handlungsaufträgen profitieren, sind die Aufgaben der Sozialen Arbeit eher unklar definiert, was zu einer Entgrenzung der Aufgabengebiete führen kann (Geißler-Piltz et al. 2005, S. 19). Diese Grenze wird jedoch meist nur einseitig überschritten. Während Sozialarbeiter*innen sich selbstverständlich mit dem Kompetenzbereich und den Handlungsgrundlagen der anderen Professionen auseinandersetzen, setzen sich diese wiederum kaum mit den theoretischen Konzepten der Sozialen Arbeit auseinander (ebd.).

Aufgrund unterschiedlicher Menschenbilder oder verschiedener Kommunikationsstrategien der Professionen können weitere Diskrepanzen in der interdisziplinären Kooperation

bestehen. Das fehlende Wissen in Bezug auf die anderen Professionen und ein unzureichender Informationsaustausch können dazu beitragen. Um dem entgegenzuwirken, sind eine klare Aufgabenklärung, Flexibilität, Respekt, Vertrauen und eine offene Kooperation von großer Bedeutung. In diesem Zusammenhang sind gemeinsame systembezogene Perspektiven und die Zielverträglichkeit der verschiedenen Akteure zielführend (Homfeldt 2012, S. 498).

Externe Kooperationen

Die Umstrukturierung im Versorgungssystem, welche zu einer Expansion der ambulanten Versorgung führt, macht eine Vernetzung des stationären und ambulanten Sektors unabdingbar und fordert somit die Unterstützung Sozialer Arbeit im Gesundheitssektor (Lützenkirchen 2005, S. 10-14). Da Patient*innen nur vorübergehend im Krankenhaus verweilen, ist im Rahmen des Entlassmanagements über die interne Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen hinaus auch die Kommunikation mit externen Kooperationspartnern zentraler Bestandteil der Arbeit (Ansen et al. 2004, S. 31). Die Zusammenarbeit mit den externen Kooperationspartnern dient der Informationsgewinnung im Rahmen des psychosozialen Diagnoseprozesses der Einzelfallbetreuung. Ziel ist es, neben den Informationen der Ärzt*innen und Pfleger*innen weitere Informationen über die soziale und persönliche Situation der Patient*innen auszumachen, um den weiteren Versorgungs- und Beratungsbedarf ermitteln zu können. Auch die Einleitung weiterer Maßnahmen, die Organisation wirtschaftlicher Ansprüche oder die Vorbereitung der nachstationären Betreuung setzen eine Kooperation mit externen Institutionen voraus (Gödecker-Geenen 2005, S. 22).

Um negative Folgen und Rückfälle einer Krankheit vermeiden zu können, werden Patient*innen nach ihrem Aufenthalt in andere Institutionen des Gesundheitswesens weitervermittelt. Neben nachstationären Leistungserbringern, die Einrichtungen der Versorgung, Rehabilitation oder Beratung darstellen können, steht vor allem die Kommunikation mit den Leistungsträgern im Mittelpunkt (ebd.). Diese setzt eine ausführliche Kenntnis über das soziale und strukturelle Netzwerk im Gebiet des Krankenhauses voraus. Ein Überblick über die Einrichtungen und Gruppen im Umfeld sowie ihre Leistungen und Kosten sollte daher gegeben sein (Staub 1986, S. 264). Die Liste der Kooperationspartner ist lang. Sie reicht von Kostenträgern wie Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern und medizinischen Diensten über Behörden wie Gesundheitsämtern, Sozialämtern, Jugendämtern bis hin zu Arbeitsämtern. Aber auch Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen wie Rehabilitationskliniken, stationäre Altenheime, ambulante Pflegedienste oder Selbsthilfegruppen, Amtsgerichte, Betreuungsbehörden, Sanitätshäuser und niedergelassene Ärzt*innen gehören zu den externen Kooperationspartnern des Sozialdienstes (Ansen et al. 2004, S. 31; Staub 1986, S. 264).

2.4 Rechtliche Aspekte

Die Relevanz sozialarbeiterischer Kompetenz im Gesundheitssektor wird vor allem durch gesetzliche Regelungen, die neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung auch soziale Hilfen einbinden und Krankenhäuser zu einer Einrichtung von Sozialdiensten verpflichten, beeinflusst (Hofmann 2004, S. 413 f.). Doch Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist als Profession und aufgrund ihres speziellen Aufgabengebietes nur vereinzelt in gesetzlichen Grundlagen verankert. Ihre wesentlichen Grundlagen finden sich in den Sozialgesetzbüchern V und IX sowie in Landeskrankenhausgesetzen wieder (DVSG 2019, S. 1).

Wie bereits erwähnt, ist das Gesundheitswesen Teil der in Deutschland bestehenden Gesundheitspolitik. Das Grundgesetz, insbesondere die in Art. 1 GG verankerte Würde des Menschen sowie das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) umfassen die Grundlage jeglicher Sozial- und Gesundheitspolitik (Geißler-Piltz et al. 2005, S. 30). Die weiterführenden Sozialgesetze bilden die Voraussetzungen für Sozial- und Gesundheitsberufe wie auch die Klinische Sozialarbeit. Soziale Beratung setzt sich permanent mit den Veränderungen der Sozialgesetzgebung auseinander, weshalb die Reformen der Krankenversicherung unmittelbar für die Beratung des/der Patient*in relevant sind und die Grundlage der organisierten Hilfen bilden (Ansen et al. 2004, S. 70). Zudem gilt unabhängig der Hilfen der Vorrang ambulanter vor teilstationären und stationären Leistungen gemäß § 13 Abs. 1 SGB XII, nach der die Planung der weiteren Versorgung erfolgen muss.

Das soziale Sicherungssystem

Zwar differenzieren sich die gesetzlichen Grundlagen des Sozialwesens und Gesundheitswesens voneinander, jedoch ist das Gesundheitswesen zu einem großen Teil sozialstaatlich verfestigt (Geißler-Piltz et al. 2005, S. 30).

Der Sozialstaat ist zur Herstellung und Erhaltung sozialer Gerechtigkeit sowie sozialer Sicherheit verpflichtet (§ 1 Abs. 1 SGB I). Ziel ist es, soziale Differenzen aufgrund von Armut, Alter, Arbeitslosigkeit, Individualität, Krankheit oder Pflegebedürftigkeit durch die Bereitstellung von Hilfen zu verringern und den Einzelnen in Notlagen zu unterstützen, die er selbst nicht bewältigen kann (Land 2018, S. 18, 25). Die Maßnahmen zur sozialen Sicherheit werden im System der sozialen Sicherung zusammengefasst (Geißler-Piltz et al. 2005, S. 30). Dieses beinhaltet die fünf Säulen der Sozialversicherung, welche auf die Bismarckschen Sozialgesetze zurückzuführen sind und auf dem Solidaritätsprinzip beruhen. Sie beinhalten die Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen-, Renten- und Pflegeversicherung (Land 2018, S. 26). Die Sozialarbeit im Krankenhaus ist rechtlich besonders in den Sozialgesetzbüchern V und IX sowie in Landeskrankenhausgesetzen verankert (Hegeler 2008, S. 121).

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

Das SGB V bildet die rechtliche Grundlage für die gesetzliche Krankenversicherung. Die Soziale Arbeit im Rahmen einer Krankenhausbehandlung wird hier in verschiedenen Gesetzen benannt. Seit der Gesundheitsreform 2007 sichert § 11 Abs. 4 S. 1 SGB V den Versicherten einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement während der Krankenhausbehandlung zu und verpflichtet die Krankenhäuser demnach, ein Entlassungsmanagement sicherzustellen (Menzel 2010, S. 259).

§ 39 Abs. 1a SGB V beschreibt das Entlassmanagement als Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung (DVSG 2019, S. 1 f.). Der Gesetzgeber definiert den Begriff des Versorgungsmanagements jedoch nicht genau. Zu den Leistungen des Sozialen Dienstes gehören gemäß § 39 Abs. 1a S. 4 SGB V unter anderem die Vermittlung einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 37b SGB V), Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) oder Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 39c SGB V).

Weiterführend gibt der *Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V* [Rahmenvertrag Entlassmanagement] Handlungsansätze für den Sozialdienst. Nach § 2 Nr. 2 des Rahmenvertrags Entlassmanagement steht der/die Patient*in mit seinen Bedürfnissen im Vordergrund der Hilfen. Aus diesem Grund muss das Entlassmanagement stets patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert erfolgen. Das Krankenhaus ist dazu verpflichtet, ein Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit zu gewährleisten. Die Verantwortlichkeiten des Teams müssen hierbei verbindlich geregelt werden und eine standardisierte und transparente Arbeit muss erfolgen (§ 3 Nr. 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement).

Zudem ist der Sozialdienst im Krankenhaus in § 112 Abs. 2 Nr. 4 u. 5 SGB V, in dem die soziale Beratung und Betreuung der Versicherten sowie ein nahtloser Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege zugesichert wird, verankert. Die Begriffe soziale Beratung und Betreuung sind in einigen Landeskrankenhausgesetzen näher definiert.

Landeskrankenhausgesetze

Einige Krankenhausgesetze der Bundesländer benennen den Sozialen Dienst im Krankenhaus konkreter.

Das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen, welches 2007 in Kraft getreten ist, benennt Rahmenempfehlungen für den Sozialen Dienst im Krankenhaus. § 5 Abs. 2 KHGG NRW beinhaltet die Patientenberatung, Patientenseelsorge, Patientenbeschwerdestellen und den Sozialen Dienst. Demnach ist das Krankenhaus dafür verantwortlich, einen Sozialen Dienst zu gewährleisten und die Patient*innen darüber in Kenntnis zu setzen.

Aufgabe des Sozialen Dienstes ist die Beratung der Patient*innen in sozialen Fragen und die Organisation von Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern (§ 5 Abs. 2 KHGG NRW).

Neuntes Buch Sozialgesetzbuch

In dem 2001 in Kraft getretenen Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen (SGB IX) lassen sich weitere Orientierungsgrundlagen für die Umsetzung psychosozialer Hilfestellungen durch den Sozialdienst finden (Gödecker-Geeßen 2005, S. 23). § 26 Abs 3 Nr. 1-7 SGB IX stellt die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dar. Genannt werden hier:

1. *Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,*
2. *Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,*
3. *mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,*
4. *Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,*
5. *Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,*
6. *Training lebenspraktischer Fähigkeiten,*
7. *Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.*

Die Hilfen sollen von medizinischem, psychologischem und pädagogischem Personal erbracht werden, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist (ebd.).

2.5 Methodische Ansätze

Um Patient*innen mit unterschiedlichen Lebensbedingungen, Krankheitsbildern und Ressourcen begegnen zu können, vereint die Sozialarbeit im Krankenhaus unterschiedliche methodische Ansätze, mit denen sie sowohl auf die subjektiven Problemlagen, als auch die sozialen und ökonomischen Probleme der Patient*innen eingehen kann (Ansen et al. 2004, S. 19). Es bedarf ausgeprägter Fähigkeiten zum Management, zur Beratung, Betreuung, Krisenbewältigung, Ressourcenaktivierung, Kooperation mit anderen Professionen, Kooperation mit Ämtern sowie Angehörigen, um diesen Aufgaben gerecht zu werden (Homfeldt 2012, S. 317).

Aufgrund der Vielfalt an Handlungsansätzen, werden im Folgenden nur zwei Methoden der Sozialarbeit im Krankenhaus dargestellt, die für die Forschung besonders von Bedeutung sind. Die zwei zentralen Methoden der Sozialen Arbeit im Krankenhaus bilden die Beratung und das Case Management.

Beratung

Die soziale Beratung ist eine Kernkompetenz der Sozialen Arbeit im Krankenhaus und ist, wie in Kapitel 2.4 bereits aufgegriffen, gesetzlich nach § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V definiert (Ansen et al. 2004, S. 63; Geißler-Piltz et al. 2005, S. 107). Soziale Beratung als zentrale Handlungsmethode der Sozialen Arbeit kümmert sich um die Folgen sozialer Probleme auf die Alltagsbewältigung der Klient*innen, mit dem Ziel, die lebenspraktische Autonomie von Menschen erhalten oder wiederherstellen zu können (Ansen et al. 2004, S. 61). Hierbei steht die problembezogene Kommunikation im Vordergrund, in welcher der/die Beratende Informationen, Empfehlungen und Deutungen in Bezug auf lebenspraktische Probleme vermittelt (Ansen 2001, S. 64 f.).

Im Setting des Krankenhauses befasst sie sich im Speziellen mit sozialen und psychischen Problemen, die in direktem Zusammenhang zu einer Erkrankung stehen. Hierbei stehen das subjektive Krankheitsempfinden und Erleben der sozialen Umstände im Vordergrund (vgl. Kapitel 2.1) (Ansen 2001, S. 64 f.; Ansen et al. 2004, S. 62). Soziale Arbeit kann in diesem Kontext als Beitrag zur Lebensbewältigung (Böhnisch 2012) gesehen werden. Durch die Vermittlung sozialer Daseinskompetenzen soll das Selbstwertgefühl von Menschen erhöht, ihr sozialer Rückhalt durch Netzwerke ausgebaut, ihre soziale Orientierung verbessert und ihre soziale Integration und Teilhabe garantiert werden (Ansen et al. 2004, S. 61; Böhnisch 2012, S. 223).

Der Beratungsbeginn und das Erstgespräch dienen primär der Herstellung einer Beziehung zum Ratsuchenden und einer ersten Problemdefinition (Ansen et al. 2004, S. 67). Sie beinhalten eine Erfassung der Lebenslage und der damit einhergehenden sozialen Probleme der Betroffenen, wobei sowohl Ressourcen als auch Defizite berücksichtigt werden. In diesem Kontext werden die Erwartungen der Ratsuchenden definiert, um schließlich Ziele im Rahmen der Hilfeplanung abstimmen zu können (ebd., S. 63, 68 f.).

Die soziale Beratung fokussiert sich dabei besonders auf zwei Aspekte: die persönliche Befähigung für den Umgang mit einer Erkrankung und die Anbindung an das soziale Sicherungssystem (ebd., S. 62). Im Fokus der Sicherung der Existenzgrundlagen und der Versorgung steht die sozialrechtliche Beratung der Patient*innen hinsichtlich ihrer Ansprüche zur wirtschaftlichen Sicherung und der Handhabung mit dem sozialen Sicherungssystem (Ansen et al. 2004, S. 69; Gödecker-Geenen 2005, S. 20). Im Allgemeinen geht es hierbei um die Erschließung von Sozialleistungen und die Organisation von Diensten und Einrichtungen der weiteren Versorgung. Die Themen sind breit gefächert. In Bezug auf die soziale Sicherung können Schwerpunkte wie die Einkommenssicherung durch Krankengeld oder eine ergänzende Sozialhilfe, die Finanzierung einer Anschlussheilbehandlung, eine Rente wegen Erwerbsminderung, Regelungen zur häuslichen Krankenpflege oder die Anerkennung als Schwerbehinderter auftreten. Aber auch Möglichkeiten zur beruflichen und sozialen Teilhabe

und die Vorteile einer Selbsthilfegruppe fallen in den Fokus der sozialrechtlichen Beratung. Wichtig zu nennen ist in diesem Zusammenhang, dass Patient*innen sich erst auf weitere Hilfen einlassen können, wenn ihre Lebensgrundlage und die Versorgung ihres Umfeldes gesichert ist (Ansen et al. 2004, S. 70 f.).

Die psychosoziale Beratung und Betreuung der Patient*innen, oder auch persönliche Unterstützung, befasst sich im Speziellen mit der Krankheitsbewältigung (Ansen et al. 2004, S. 71; Gödecker-Geenen 2005, S. 20). Wie bereits erläutert, sind es vor allem chronische Erkrankungen, die einen Bedarf an Unterstützung mit sich bringen (Ansen et al. 2004, S. 71). Aber auch schwere Diagnosen begründen die psychosoziale Beratung von Patient*innen. Der/die Sozialarbeiter*in hilft den Patient*innen in diesem Zusammenhang, eine realitätsgerechte Auseinandersetzung mit der Erkrankung zu erreichen. Dabei kommt es darauf an, die emotionalen, kognitiven und handlungsbezogenen Reaktionen auf die Krankheit so zu beeinflussen, dass neue Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden und die Resignation im Umgang mit der Krankheit verhindert wird (Gerdes & Weis, zitiert nach Ansen et al. S. 71 ff.).

Case Management und Entlassungsmanagement

Viele der Probleme und Veränderungen im Krankheitsversorgungssystem können nur durch eine optimierte Kooperation zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen, den spezifischen Institutionen und auch den einzelnen Professionen untereinander bewältigt werden. Die Änderung des Altersprofils, die Einteilung in gesetzliche und private Krankenversicherung und der Kostenanstieg in der Versorgung chronisch Kranker gehören nur zu einigen dieser Aspekte. Für die umfassende Versorgung von Patient*innen ist es daher wichtig, arbeitsteilig zu handeln und professionelle sowie institutionelle Grenzen zu überschreiten (Schaub 2008, S. 88). Besonders die Überwindung der Sektorengrenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ist in diesem Kontext essenziell. Durch den Abbau der Liegezeiten und die Zunahme des ambulanten Angebots, ist eine Verzahnung der unterschiedlichen Anbieter sinnvoll (Ansen et al. 2004, S. 80).

Case Management ist ein Prozess der Hilfestellung, welcher in komplexen Lebenslagen, wie Wohnungslosigkeit, chronischer Krankheit oder Mehrfachbelastung indiziert wird. Komplexe Problemlagen fordern die Einbindung unterschiedlicher Leistungserbringer, Einrichtungen und Akteure (Ansen et al. 2004, S. 74; Ningel 2011, S. 95). Während die Beratung auf die direkte Hilfe im Umgang mit Klient*innen setzt, steht beim Case Management im Vordergrund, welche Akteure Hilfe leisten können und wie den Betroffenen der Zugang zu diesen Hilfsstellen ermöglicht werden kann (Ansen et al. 2004, S. 75). Mit der Grundidee, dass Probleme von Klient*innen unter anderem in Unterstützungsdefiziten des sozialen Netzwerks liegen können, macht sich das Case Management zum Ziel, die Klient*innen selbst zu befähigen, mit ihrem Umfeld umzugehen. Case Management als Methode der klinischen Sozialarbeit arbeitet

daran, das Wohlbefinden und die Lebensbewältigung des/der Klient*in mit Hilfe des sozialen Umfeldes positiv zu verändern. Alltagsschwierigkeiten sollen somit durch die Vermittlung zu anderen Kontakten und Dienstleistern und die Koordination zwischen Mitgliedern des sozialen Umfeldes erleichtert werden (Pauls 2013, S. 316).

Dieser Prozess kann auf zwei Ebenen betrachtet werden. Fallbezogen zeigt sich Case Management als eine Unterstützungsarbeit mit dem Ziel die persönlichen Netzwerke des/der Klient*in zu verbessern. Systembezogen stellt das Care Management die Netzwerkarbeit mit den professionellen und angrenzenden Kooperationspartnern dar, welche in den vergangenen Kapiteln bereits benannt wurden. Es dient in diesem Kontext als Versorgungsmanagement auf der Systemebene. Die Maßnahmen sollen den Anspruch erfüllen, nutzerorientiert, bedarfsdeckend, einrichtungs- und professionsübergreifend sowie integriert in ein Versorgungskontinuum zu verlaufen (Ningel 2011, S. 91).

Entscheidend für ein effektives Case Management ist die Kooperationsbereitschaft der Klientensysteme. So werden die Hilfen in Zusammenarbeit mit den Klient*innen koordiniert, wobei der/die Sozialarbeiter*in eine beratende, moderierende und koordinierende Rolle einnimmt (Schaub 2008, S. 89). Das Case Management lässt sich in die Arbeitsschritte Assessment, Planning, Intervention, Monitoring und Evaluation einteilen (Ansen et al. 2004, S. 84; Wendt 2018, S. 128). Im ersten Schritt, dem Assessment, soll der Ist-Zustand der Person und ihres Umfeldes zunächst ausführlich erfasst und beurteilt werden, um anschließend schlussfolgern zu können, welcher Bedarf an Unterstützung bei dem/der Betroffenen vorliegt (Wendt 2018, S. 141). Dieser primären Phase folgt die Zielvereinbarung und Hilfeplanung (Planning). Auf der Grundlage des ermittelten Bedarfs werden Ziele festgelegt, die Wege festgehalten und Entscheidungen erörtert, um sie anschließend in einem kontrollierten Durchführungsprozess (Intervention) umzusetzen. Die Rolle des/der Case Manager*in liegt hier vor allem in der Kontrolle und Überwachung (Monitoring) des Prozesses (ebd., S. 159). In der abschließenden Evaluation werden die einzelnen Handlungsprozesse und seine Produkte (Output) sowie die tatsächlichen Ergebnisse (Outcome) mit dem Soll-Zustand abgeglichen und bewertet (ebd., S. 164).

3. Die Covid-19-Pandemie

Eine steigende Anzahl an Lungenentzündungen, zunächst unklarer Ursache, verbreitete sich Ende des Jahres 2019 in der chinesischen Stadt Wuhan. Die Weltgesundheitsorganisation wurde am 31. Dezember 2019 erstmals über die wachsende Anzahl an Infektionen informiert, woraufhin die chinesischen Behörden am 7. Januar 2020 ein neuartiges Coronavirus als Ursache der Infektionen definierten (WHO 2020). Das SARS-CoV-2-Virus verbreitet sich seitdem

global und stellt die Welt vor neue Herausforderungen (Schmitt 2020, S. 177). Gesundheitssysteme sowie Einrichtungen mit sozialmedizinischen Aufgaben sind außergewöhnlichen Belastungen ausgesetzt und das gesellschaftliche Leben ist durch Schutzmaßnahmen eingeschränkt (Petzold, Plag & Ströhle 2020, S. 417; Gostomzyk 2020, S. 379; Kröll et al. 2020, S. 7 f.). Im Folgenden werden das Virus SARS-CoV-2 definiert und die politischen Regelungen skizziert. Anschließend sollen die gesellschaftlichen und sozioökonomischen Folgen aufgezeigt werden.

3.1 Begriffsbestimmung

Das Virus SARS-CoV-2 verursacht nach aktuellen Erkenntnissen eine Infektionskrankheit, die die Bezeichnung Covid-19 trägt (Schrappe, François-Kettner, Knieps, Pfaff, Püschel & Glaeske 2020b, S. 64). Coronaviren übertragen sich über Tröpfchen sowie Aerosole, welche beim Atmen, Sprechen, Schreien, Husten, Niesen und Singen freigesetzt werden (Salzberger et al. 2020, S. 782; RKI 2020b). Verbreitet wird das Virus demnach über den direkten Kontakt von Person zu Person. Aerosole können jedoch auch über einen längeren Zeitraum in der Luft verbleiben, sich in geschlossenen Räumen verteilen oder auf Oberflächen festsetzen (ebd.). Die Inkubationszeit beträgt in der Regel fünf bis sechs 6 Tage (RKI 2020b). Da Erkrankte jedoch oftmals erst nach zehn bis vierzehn Tagen Symptome entwickeln, ist die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung und die Gefahr einer unkontrollierten Verbreitung erhöht (RKI 2020a; Mahlke, Flohé, Matthes, Paffrath, Wagner & Wölfl 2020, S. 571; Schrappe et al. 2020a, S. 637). Besonders für ältere Menschen oder Personen mit bestimmten Vorerkrankungen, kann das Virus eine erhebliche Gefahr darstellen. Bei ihnen ist das Risiko einer schweren Infektion aufgrund des eingeschränkten Immunsystems erhöht (BzgA 2020, S. 2).

Coronaviren lösen bei den meisten Erkrankten typische Erkältungssymptome wie Husten, Schnupfen, Fieber sowie Geruchs- und Geschmacksverlust aus. Während ein Teil der Infektionen symptomlos verläuft, kann das Virus jedoch auch zu einem schweren Krankheitsverlauf mit einer Pneumonie bis hin zu Lungenversagen und dem Tod führen. SARS-CoV-2 kann sich neben der Lunge auch in anderen Organen manifestieren und zu neurologischen Symptomen wie Kopfschmerzen und Schwindel oder gastrointestinalen Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen oder Durchfällen führen. Daneben sind auch Fälle mit Herz-Kreislauf-Symptomen, Nierenerkrankungen oder dermatologischen Manifestationen bekannt (RKI 2020b).

Aufgrund der globalen Verbreitung und rapiden Zunahme der Fallzahlen, wurde das Virus am 11. März 2020 durch die WHO offiziell zu einer Pandemie erklärt (WHO 2020). Der Begriff Pandemie beschreibt einen zeitlich begrenzten, aber weltweiten Infektionsverlauf einer Epidemie (Kaufmann 2008, S. 84).

3.2 Politische und gesetzliche Regelungen in Deutschland

Die akute Situation zwang politisch Verantwortliche zu zeitnahen Entscheidungen (Kröll et al. 2020, S. 7). Um die Verbreitung der Pandemie möglichst weit einzudämmen, beschloss die Bundesregierung verschiedene Schutzmaßnahmen sowie Regelungen, welche stets an das Infektionsgeschehen angepasst werden (vgl. Bundesregierung 2020c, S. 3). Im März 2020 kam es in Anbetracht der steigenden Infektionszahlen zu einem Lockdown, der zu einer Schließung von Schulen, Kitas, Museen, Kneipen, Friseursalons, Clubs, Theatern, Spielplätzen, Geschäften und weitere Einrichtungen führte (Bundesregierung 2020a, S. 10 f.). Nach einer vorübergehenden Lockerung der Regelungen, gelten aufgrund der rapiden Verbreitung des Virus seit dem 2. November 2020 erneut strengere Regelungen und Maßnahmen in der Bundesrepublik, die eine Schließung von Geschäften und Einrichtungen bedingen (Bundesregierung 2020c, S. 4). Daneben ist die Bevölkerung dazu aufgerufen, die nicht notwendigen Kontakte auf ein Minimum zu reduzieren und an Begegnungsorten mit anderen Menschen die AHA+AL Regeln (Abstand, Hygienemaßnahmen, Alltagsmasken, CoronaWarnApp, Lüften) einzuhalten (ebd., S. 2). Zum aktuellen Zeitpunkt (Stand 3. Dezember 2020, 00:00 Uhr) sind in Deutschland 1.106.789 Personen mit dem Coronavirus infiziert. 17.602 Menschen verstarben bislang mit oder an den Folgen der Krankheit (RKI 2020a).

Da das Infektionsgeschehen innerhalb der Bundesländer voneinander abweicht und verschiedene Infektionsherde bestehen, beschlossen die Länder gesonderte regionale Bestimmungen (Bundesregierung 2020b, S. 1). Das Land NRW legte in der Verordnung zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus Verhaltenspflichten fest, die bei Nichteinhaltung von den Behörden als Ordnungswidrigkeit zu ahnden sind (vgl. Land NRW 2020). Im Folgenden wird ein Ausschnitt der Verhaltenspflichten mit Relevanz für die Fragestellung dargestellt.

Neben den allgemeinen Hygieneregeln gelten im öffentlichen Raum Mindestabstandsregelungen sowie Kontaktbeschränkungen, die das grundsätzliche Einhalten eines Mindestabstands von 1,5 Metern außerhalb einer bestimmten Personengruppe verpflichten (§ 2 Abs. 1 CoronaSchVO). Unabhängig von dem Einhalten des Mindestabstand muss gemäß § 3 Abs. 2 CoronaSchVO in geschlossenen Räumen des öffentlichen Lebens (Nr. 1) wie Einkaufszentren (Nr. 1a), bei der Nutzung des Personenverkehrs (Nr. 2), bei der Inanspruchnahme körpernaher Dienstleistungen (Nr. 4), bei Bildungsveranstaltungen (Nr. 5) sowie sonstiger Zusammenkünfte (Nr. 6) und Orte unter freiem Himmel (Nr. 8) eine Mund-Nase-Bedeckung getragen werden. Nach § 4a CoronaSchVO ist es zudem nötig, Zusammentreffen in Begegnungsräumen nachvollziehen zu können. Aus diesem Grund werden persönliche Daten zur Kontaktierung der Personen in Begegnungsräumen erhoben.

Daneben gelten spezifische Regelungen für stationäre Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, um das Eindringen von Coronaviren zu erschweren und Patient*innen, Bewohner*innen und

Personal zu schützen (§ 5 Abs. 1 CoronaSchVO). Diese Maßnahmen bilden in Verbindung mit Regelungen des Robert Koch-Instituts die Grundlage für Besuchskonzepte, die laut Gesetzgeber zu keiner Isolation der Patient*innen führen dürfen und den Zugang zu Seelsorger*innen gewährleisten müssen (§ 5 Abs. 3 CoronaSchVO). Unter Kritikern wird besonders die Verhältnismäßigkeit dieser Maßnahmen diskutiert und teilweise als Eingriff in die Grundrechte erlebt, was unter anderem zu Protesten während der Pandemie führt (Kröll et al. 2020, S. 11 f.).

Um die wirtschaftlichen Folgen der Covid-19-Pandemie schwerpunktmäßig im stationären Krankenhaussektor abzumildern, schuf der Gesetzgeber vorübergehend das Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz. Es soll vor allem zu einem Abbau der Bürokratie führen und Einnahmeausfälle kompensieren, um die Gesundheitsversorgung sicherzustellen und Bettenkapazitäten zu schaffen. Im Fokus steht der Ausbau von Intensivbetten, was mit einem Rückbau von elektiven Aufnahmen verbunden ist. Das Gesetz ermöglicht es Krankenhäusern durch die Einführung einer Freihaltepauschale Bettenkapazitäten zu schaffen, um Erlösausfälle auszugleichen. Auch der angestiegene Bedarf an Schutzausrüstungen und die Pflegepersonalkosten können mit Hilfe einer Mehrkostenpauschale und einem erhöhten Pflegeentgeltwert ausgeglichen werden (Langner & Wiring 2020, S. 471 f.).

3.3 Gesellschaftliche Auswirkungen

Auch wenn die langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen der Krankheit zurzeit noch nicht vorhersehbar sind, konnte ein kurzer Überblick über das Virus und die damit einhergehenden Maßnahmen gegeben werden (vgl. Gostomzyk 2020, S. 379). Doch die Pandemie hat nicht nur Einflüsse auf die Gesundheit der Bevölkerung. Besonders die Maßnahmen zur Eindämmung des Virus zeigen Auswirkungen auf das gesellschaftliche Leben.

Die Pandemie bedeutet für viele Menschen eine kollektive traumatische Erfahrung. Der drastische Eingriff in das bisher gewohnte Leben, die Ungewissheit und der entstandene Stillstand versetzen einen Großteil der Bevölkerung in Angst. Doch die Ambivalenz von Krisen bringt auch neue Chancen mit sich und die Möglichkeit, eingefahrene Strukturen aufzubrechen (Kröll et al. 2020, S. 8). So verhalten sich Menschen trotz der schwerwiegenden Umstände solidarisch und unterstützen einander in Nachbarschaften, Städten oder den sozialen Medien (Schmitt 2020, S. 177). Die Krise zeigt auf, wie stark vernetzt und abhängig die globalisierte Welt ist. Die gesundheitlichen und infolgedessen auch sozioökonomischen und humanitären Auswirkungen der Krise beeinflussen alle Lebensbereiche (Bundesregierung 2020d, S. 1).

Neben den Zahlen der Infizierten, Kranken, Toten und überfüllten Intensivstationen fühlen sich die Menschen auch durch die Beschränkungen und Schutzmaßnahmen verunsichert. Millionen von Menschen verloren aufgrund des Wirtschaftseinbruchs ihren Arbeitsplatz oder sind

von Kurzarbeit betroffen und die staatlichen Unterstützungsmittel berufen sich auf einen Betrag von mehreren Tausend Milliarden Euro. Der soziale Druck steigt. Die Schutzmaßnahmen lassen Menschen in engen Wohnungen, unter sozialer Distanz und daraus resultierender Einsamkeit verharren. Schulen und Kindergärten schließen oder öffnen nur teilweise. Dies hat Folgen für die Gesellschaft. Kindesmisshandlungen, häusliche Gewalt und Trennungen steigen an. Besonders die Medien und die tägliche Flut an Meldungen machen eine Konfrontation mit der derzeitigen gesellschaftlichen Lage unausweichlich (Spitzer 2020, S. 10 f.). Unter der sozialen Isolation leiden besonders Menschen in Pflege- und Altenheimen sowie Krankenhäusern und Kliniken. Es stellt sich die Frage, inwieweit das gelebte Leben dauerhaft von den Shutdown-Maßnahmen unterdrückt werden kann. Hierbei ist auch eine ganzheitliche Sichtweise von Gesundheit und Krankheit zu betrachten, welche nicht ausschließlich die physische Krankheit mit den daraus resultierenden Infektionszahlen einbindet, sondern auch die seelische und psychische Gesundheit (Kröll et al. 2020, S. 7 f.).

Der durch die sozialen Bedingungen verursachte Stress kann, je nach Rahmenbedingungen, zusätzlich das Immunsystem beeinträchtigen. Bekannt ist, dass soziale Integration in familiäre, freundschaftliche und arbeitsbedingte Netzwerke sowie soziale Unterstützung die Gesundheit und Widerstandsfähigkeit gegenüber Infektionen stärken können. Dahingegen haben soziale Isolation und Einsamkeit negative Auswirkungen auf die Gesundheit und das Immunsystem (Spitzer 2020, S. 114 ff.). Erfahrungen aus ähnlichen Krisen lassen vermuten, dass Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen sowie chronische Verstimmungen wie Suchtkrankheiten oder Burn-out Folgen dieser sozialen Grenzerfahrungen sein können (ebd., S. 118). Betrachtet man den Menschen als Gemeinschaftswesen lässt sich jedoch sagen, dass ein Leben ohne Gemeinschaft und zwischenmenschlicher Kommunikation nur schwer möglich ist (ebd., S. 121).

4. Zwischenfazit: Die Rolle des Krankenhaussozialdienstes während der Pandemie

Wie in Kapitel 1.1 erläutert, bewegt sich die Soziale Arbeit im Kontext sozialer und gesundheitlicher Problemlagen und versucht Menschen in Lebenskrisen zu befähigen, ein autonomes und subjektiv erfülltes Leben zu führen (Böhnisch 2019, S. 11; Wendt 2002, S. 39). Die Pandemie stellt für eine Vielzahl von Menschen eine besondere Krise dar. Soziale Isolation und Einsamkeit gestalten sich als Herausforderungen, die nicht für jedes Individuum leicht zu bewältigen sind (Spitzer 2020, S. 97 f.). Zudem sind in Krisenzeiten besonders benachteiligte und ausgegrenzte Personengruppen von den Folgen wie Arbeitslosigkeit oder häuslicher Gewalt betroffen (Schmitt 2020, S. 177; Spitzer 2020, S. 10 f.). Die Zielgruppen Sozialer Arbeit steigen demnach an und ihre Hilfen und Unterstützungen sind von bedeutender Relevanz.

Nicht nur anhand des Konzeptes der Lebensbewältigung nach Böhnisch (2012) lassen sich Handlungsstrategien ableiten, die in Krisenzeiten zu einer Unterstützung der Bevölkerung beitragen können.

So kann der Abbau von Stress, die Verringerung von Einsamkeit und die Hilfe bei der Bewältigung emotionaler Erfahrungen zu einer Bekämpfung der Pandemie beitragen (Spitzer 2020, S. 126). Vor allem in Krankenhäusern ist das Risiko einer Vereinsamung aufgrund der Besuchsbeschränkungen und Infektionsvermeidungsstrategien hoch (Kröll et al. 2020, S. 7 f.).

Die Soziale Arbeit kann an dieser Stelle anknüpfen. Aufgaben, die ohnehin schon zum Repertoire des Sozialdienstes im Krankenhaus zählen, sind in diesen besonderen Zeiten relevanter denn je. Die Organisation von Netzwerken im Rahmen des Case Managements oder die psychosoziale Beratung können Betroffenen die nötigen sozialen Ressourcen verschaffen und zu einer Bewältigung der Geschehnisse beitragen. Krisen bringen jedoch auch neue Chancen mit sich, eingefahrene Strukturen aufzubrechen (Kröll et al. 2020, S. 8). Die Soziale Arbeit sollte die Krise als Chance nutzen, ihr Kompetenzfeld und ihre berufliche Identität neben Ärzt*innen und Pfleger*innen, eben mit dieser sozialen Sichtweise auf Krankheiten enger zu definieren (vgl. Geißler-Piltz et al. 2005, S. 19; Truell 2020, S. 6).

Soziale Arbeit kann in diesem Kontext jedoch nicht nur auf Einzelfallebene fungieren. Mit ihrer Aufgabe, gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt zu fördern, ist sie auch ein relevanter Akteur auf politischer und gesellschaftlicher Ebene (DBSH 2016, S. 2). So nimmt die International Federation Of Social Workers Stellung zu der Rolle Sozialer Arbeit während der Covid-19-Pandemie:

„Ensuring healthy life and promoting welfare to all and stopping the potential of spreading the virus became joint responsibility. Every element of the society needs to understand about the Covid-19 in order to not raising fear and perception of the people so they abstain the war against the virus.“ (Ifan 2020)

Die IFSW macht deutlich, dass die Gewährleistung eines gesunden Lebens und die Förderung des Wohlergehens gemeinsame Aufgaben der Gesellschaft darstellen. Um die Pandemie einzudämmen, muss jedes Element der Gesellschaft das Virus verstehen, damit Angst und Verunsicherung nicht den Alltag bestimmen. Die Soziale Arbeit hat also in dieser Krisenzeit die Aufgabe, Angst zu bekämpfen, gegen falsche Informationen vorzugehen und Schutzmaßnahmen zu fördern (Ifan 2020).

Um darzustellen, wie die Sozialarbeit auf die Pandemie reagiert, hat der IFWS Generalsekretär Rory Truell vier Phasen der Sozialarbeit in der Bekämpfung des Virus herausgearbeitet:

1. *Making governments recognise that a social response is imperative;*
2. *Advocating for social services to remain open during lockdown;*
3. *Adapting social services to a new world & managing ethical dilemmas, and*

4. *Integrating transformative practice (Truell 2020, S. 6).*

So müssen Sozialarbeiter*innen in der ersten Phase vor allem Lobbyarbeit leisten, um der Regierung zu zeigen, dass neben einer medizinischen auch eine soziale Reaktion auf die Krise unabdingbar ist. In der zweiten Phase steht im Vordergrund, Soziale Dienste auch während des Lockdowns für die Bevölkerung zur Verfügung zu stellen. Priorität ist aber auch hier der gesundheitliche Schutz der Mitarbeitenden. Die dritte Phase betrifft die Anpassung der Sozialen Dienste an die neue Realität und die Bewältigung ethischer Dilemmata, um schließlich in der letzten Phase die transformative Praxis integrieren zu können (Truell 2020).

Besonders Einrichtungen mit sozialmedizinischen Aufgaben spielen eine wichtige Rolle bei der Krisenbewältigung (Gostomzyk 2020, S. 379). Sie dienen als Vorbildfunktion und leisten, indem sie auf die aktuelle gesundheitliche Situation der Bevölkerung reagieren und diese in Bezug zu der Wirksamkeit des Gesundheitssystems im Verlauf der Pandemie in Verbindung setzen, wichtige Aufgaben. Mit Hilfe des sozialmedizinischen Wissens des Sozialdienstes im Krankenhaus, kann die Akzeptanz in der Gesellschaft bezüglich der Einschränkungen und Verbote gefördert werden (vgl. ebd.). Gostomzyk nennt wesentliche Bereiche, in denen sozialmedizinische Dienste wichtige Aufgaben erfüllen können: Information und Kommunikation, Versorgungsgerechtigkeit, Versorgungssysteme und Solidarität sowie Gesundheitschancen für alle (ebd.).

5. Fragestellung und Forschungsdesign

In dem folgenden Kapitel soll zunächst das Forschungsinteresse und die daraus resultierende Forschungsfrage erläutert werden. Darauf folgt eine Darstellung der qualitativen Sozialforschung als Forschungsmethode sowie der qualitativen Onlinebefragung, welche als Erhebungsmethode gedient hat. Auf dieser Basis wird der Aufbau des Fragebogens kurz erläutert. Anschließend wird noch einmal auf das Sampling sowie die Fallauswahl eingegangen. Das Kapitel schließt mit einer Erläuterung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse, welche die Auswertungsmethode bildet und einer Erklärung der aus den Materialien gewonnenen Kategorien ab.

5.1 Forschungsfrage

Im theoretischen Teil der Theses wurde bereits auf das Professionsverständnis Sozialer Arbeit im Krankenhaus, die Zielgruppe des Sozialdienstes, die strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die methodischen Ansätze des Handlungsfeldes eingegangen. Auch die Covid-19-Pandemie und daraus resultierende politische Regelungen sowie Auswirkungen auf die Gesellschaft konnten einen Rahmen für das Forschungsvorhaben bilden. Das

Forschungsinteresse und die Forschungsfrage ergaben sich aber auch aus eigenen Erfahrungen, die im Rahmen des Praktikums zur staatlichen Anerkennung in einem Sozialdienst eines Krankenhauses gemacht werden konnten. Während des Praktikums konnte ein direkter Einblick in die Auswirkungen der Pandemie auf die Arbeit des Sozialdienstes erfolgen. Aus diesem Grund ergab sich das Interesse, anhand der Erfahrungen verschiedener Sozialarbeiter*innen zu erheben, welche Herausforderungen sich für diese aus der Pandemie ergaben und welche ersten Handlungsstrategien entwickelt wurden, um auf die Veränderungen zu reagieren.

Aus den dargestellten Grundlagen resultieren demnach folgende Forschungsfragen:

- 1) *Welche Herausforderungen ergeben sich für Mitarbeitende der Sozialdienste in Krankenhäusern während der Covid-19-Pandemie?*
- 2) *Welche Handlungsempfehlungen lassen sich für eine künftige Praxis aufstellen?*

5.2 Forschungsmethode - Qualitative Sozialforschung

Um die zugrunde liegende Fragestellung zu prüfen, wurde eine qualitative Befragung konzipiert und durchgeführt. Qualitative Forschung versucht, die Sichtweisen handelnder Menschen von innen heraus zu erfassen und so zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit beizutragen (Flick, Kardoff & Steinke 2012, S. 14, 17). Bei den Stichproben der qualitativen Forschung handelt es sich meist um Einzelfälle (Mayring 2015, S. 23). Diese sollen dazu beitragen, *„Gegenstände, Zusammenhänge und Prozesse nicht nur analysieren zu können, sondern sich in sie hineinzusetzen, sie nachzuerleben oder zumindest nacherlebend sich vorzustellen“* (ebd., S. 19).

In der Anwendung qualitativer Forschung sind stets die Deutungsmuster und Sinnzuschreibungen der Befragten und des Forschers zu beachten. Die soziale Wirklichkeit der Befragten ist als interaktive, gedeutete und interpretierte Wirklichkeit zu sehen und der Mittelpunkt der Forschung (Helfferich 2011, S. 22). So stehen Sichtweisen und das Erleben der subjektiven Wirklichkeit im Kontext ihrer Lebenswelt. Diese Wirklichkeit zu rekonstruieren und zu verstehen ist das Ziel der qualitativen Forschung (ebd., S. 23). Die qualitative Forschung zeichnet sich durch ihren offenen Charakter aus und trägt somit zu einem wesentlich konkreterem Bild aus der Perspektive der Betroffenen bei, als die quantitative Forschung (Lamnek & Krell 2016, S. 476 f.; Helfferich 2011, S. 17). Die eigenen Deutungsmuster zurückzustellen und sie zu reflektieren ist dabei eine unerlässliche Haltung des/der Forscher*in (Lamnek & Krell 2016, S. 476 f.). Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Analyse der sozialwissenschaftlichen Gegenstände grundsätzlich auch von dem Vorwissen des/der Forscher*in geprägt ist. Dieses

Vorverständnis muss daher offengelegt und stets anhand der Ergebnisse weiterentwickelt werden (Schumann 2017, S. 125).

Im Kontext des Aufbruchs sozialer Lebenswelten kann die qualitative Forschung dichte Beschreibungen der Sichtweisen bieten und fremde und normabweichende Sachverhalte nutzen, um neues Wissen zu gewinnen (Flick et al. 2012, S. 14, 17). Da es sich bei dem Forschungsvorhaben um eine aktuelle Thematik handelt, kann die qualitative Forschung einen Einblick in diese neuen Perspektiven gewähren. Aufgrund der Aktualität des Forschungsvorhabens bestehen nur wenige Studien bezüglich möglicher Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf sozialmedizinische Einrichtungen und den Krankenhaussozialdienst. Im Fokus der derzeitigen Forschungen liegen besonders die Belastungen der Pflegefachkräfte und Ärzt*innen. In der durchgeführten Umfrage wurde die Thematik im Kontext der Sozialen Arbeit betrachtet, weshalb sie sich besonders für eine qualitative Forschung eignet.

5.3 Erhebungsmethode

Anknüpfend an die Grundlagen qualitativer Sozialforschung im Allgemeinen, wird im Folgenden auf die qualitative Onlinebefragung als Erhebungsmethode sowie den Aufbau des Fragebogens eingegangen.

5.3.1 Qualitative Onlinebefragung

Bevorzugt bedient sich die qualitative Forschung an Interviews, Gruppendiskussionen, Erzählungen oder Beobachtungen (vgl. Flick 2016). Die ausgewählte Methode des Fragebogens ist in der qualitativen Forschung also keine gängige Methode. Die Pandemie hat jedoch auch in diesem Kontext für Veränderungen gesorgt. Um Infektionsketten zu vermeiden, wurde von Interviews abgesehen und stattdessen eine Onlinebefragung durchgeführt. Dies stellt keine neue Erhebungsmethode dar, sondern vielmehr eine andere Technik der Übertragung des Datenerhebungsvorganges (Ehlers 2005, S. 279). Zwar wird der Großteil internetbasierter Forschung mit Hilfe quantitativer Methoden erbracht, aber auch der Anteil qualitativer Forschungen im Internet steigt (Flick 2016, S. 336).

Die qualitative Onlinebefragung beschreibt eine Erhebungsmethode, bei der die Untersuchungspersonen und die Teilnehmenden räumlich voneinander getrennt sind und das Internet als Kommunikationsmedium dient (Ehlers 2005, S. 279). Sie ist dabei in zwei Grundformen einzuteilen: der synchronen Form, bei der die beteiligten Akteure zeitgleich über die Online-medien miteinander verbunden sind und die asynchrone Variante, bei der der Datenerhebungsprozess einmalig oder sequenziell aufeinanderfolgend stattfindet. Die Verteilung von qualitativen Fragebögen per E-Mail ist der asynchronen Form zuzuordnen (ebd., S. 281 ff.). Für die qualitative Onlineforschung gelten grundsätzlich die gleichen Prinzipien wie für die

qualitative Forschung in Präsenz. Daneben sind jedoch einige Besonderheiten zu beachten. Onlineumfragen, insbesondere asynchrone Medien, ermöglichen keine unmittelbaren Interaktionsprozesse, wodurch der Aufbau einer empathischen Beziehung zu dem Gegenüber nicht möglich ist. Kontextinformationen, wie etwa über die räumliche Erhebungssituation, sind im Gegensatz zu der Präsenzforschung ausschließlich in verbaler Form zu gewinnen (ebd., S. 283 f.). Zudem bringen internetbasierte Erhebungsmethoden eine eigene Dynamik mit sich, da Einflüsse wie eine erhöhte Ablenkung nicht kontrolliert werden können (Schneider 2013, S. 117 ff.). Zudem muss ein gewisses Maß an Medienkompetenz bei den Teilnehmenden vorausgesetzt werden (Ehlers 2005, S. 283 f.). Diese neue Form der Datenerhebung bringt jedoch auch Vorteile mit sich. Die automatische Datenaufzeichnung erleichtert den Forschungsprozess und schließt bei Online-Fragebögen eine zeitintensive Transkription aus (ebd.). Daneben beantworten Personen, die eng in das Thema involviert sind oder sich ausschweifender äußern möchten, die Fragen meist ausführlich und sehen den Fragebogen als ernsthaftes Medium zur Kommunikation (Schneider 2013, S. 97).

Das Forschungsvorhaben berücksichtigt aber auch Aspekte des Experteninterviews. Hier steht weniger der/die Befragte als Person, sondern vielmehr seine Rolle als Expert*in für ein bestimmtes Handlungsfeld im Fokus. Experteninterviews verfolgen hierbei das Ziel, einen definierten und deutlichen Wirklichkeitsausschnitt einer Situation zu erhalten. Der/die Expert*in wird in diesem Kontext nicht als Einzelfall betrachtet, sondern repräsentiert eine ganze Gruppe (Mayer 2013, S. 38).

5.3.2 Aufbau des Fragebogens

Soziale Arbeit im Krankenhaus übernimmt, wie bereits erläutert, Vernetzungsaufgaben zwischen dem Gesundheits- und Sozialsystem, Sektoren und Institutionen wie Rehabilitationskliniken, stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen und den einzelnen Berufsgruppen im Krankenhaus (DVSG 2006, S. 1). Der Leitfaden orientiert sich an diesen Kooperationsstellen des Krankenhaussozialdienstes sowie Netzwerken, mit denen die Mitarbeitenden regelmäßig in Kontakt stehen, um ihren Auftrag zu erfüllen. Er wurde auf Basis der theoretischen Grundlagen sowie der persönlichen Erlebnisse aus der Praxis konzipiert.

Der generierte qualitative Fragebogen besteht aus einer Einleitung, fünf offenen Fragen mit kurzer Einführung in die Thematik und einem Schluss. Er ist in die folgenden Fragen gegliedert.

1. Welche Veränderungen erleben Sie hinsichtlich der Beratung der Patient*innen und ihrer Angehörigen beziehungsweise der Erfüllung ihrer Anliegen?
2. Welche Unterschiede haben sich in der Kommunikation und Zusammenarbeit mit dem Krankenhauspersonal ergeben?

3. Inwiefern hat sich die Arbeit mit den Krankenversicherungen und Rentenversicherungen verändert?
4. Welche Veränderungen erleben Sie in der Organisation und Vermittlung der Anschlussversorgung in Rehabilitationseinrichtungen/stationäre Pflegeeinrichtungen/ambulante Pflegedienste?
5. Inwieweit haben sich Ihre Handlungsstrategien im Zusammenhang mit Ihrem berufsethischen/professionellen Selbstverständnis und der Versorgung der Patient*innen verändert?

Weitere Details des Fragebogens sind dem Anhang zu entnehmen.

5.4 Stichprobe und Feldzugang

Die systematische Erhebung von Daten im qualitativen Forschungsprozess setzt neben der Definierung des Forschungsgegenstandes auch schlüssige Techniken bei der Stichprobenziehung voraus (Merkens 2012, S. 290). Im Rahmen der qualitativen Sozialforschung ist eine gründlichere Fallauswahl als bei der quantitativen Forschung zu treffen. So werden die Fälle gewählt, bei denen der/die Forschende eine angemessene Repräsentation des Untersuchungsfeldes und der Forschungsfrage vermutet. Die Fallauswahl ist demnach abhängig von der Forschungsfrage (Gläser & Laudel 2010, S. 98).

Die Stichproben dieser Studie wurden anhand eines Kriterienrasters ausgewählt (vgl. Merken 2012, S. 292). So handelt es sich bei den Befragten um Sozialarbeiter*innen, welche in Sozialdiensten somatischer Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen tätig sind und die Covid-19-Pandemie in ihrer Arbeitswelt miterleben. Die Stichproben sind facettenreich, da die Befragten in verschiedenen Krankenhäusern mit unterschiedlichen Trägerschaften arbeiten. Die Sitze begrenzen sich hierbei auf Städte in NRW, welche Differenzen in der Einwohnerzahl aufweisen. Zudem wurde bei der Zugänglichkeit auf Gatekeeper geachtet, die eine Erhebung mehrerer Personen aus einer Organisation ermöglichen (vgl. ebd., S. 288). Als Anhaltspunkt fungierten zunächst die Sozialarbeiter*innen aus der Einrichtung, in der das Praktikum absolviert wurde. Weitere Teilnehmer*innen wurden dann über Partnerkrankenhäuser sowie Krankenhäuser im näheren Umfeld erworben. Auch durch persönliche Kontakte der ersten Ansprechpartner*innen konnten Zugänge zu weiteren Sozialdiensten erfolgen. Die Kontaktaufnahme zu den einzelnen Befragten war über die Telefone der Einrichtungen sowie per E-Mail möglich, wobei jede*r Einzelne einen persönlichen Teilnahmelink erhielt. Dies diente der Vermeidung einer unüberprüfaren Verbreitung des Fragebogens sowie der Gewährleistung des Kriterienrasters. In vorherigen Telefongesprächen wurde das Forschungsvorhaben dargelegt und der Fragebogen erst nach Zustimmung an die Teilnehmenden geschickt. Aus diesem Grund belief sich die Rücklaufquote auf fünfzehn von fünfzehn abgeschickten Fragebögen, wobei zwei

Fragebögen, die als Testversuche gewertet wurden, subtrahiert werden mussten. An der Umfrage nahmen schlussendlich dreizehn Expert*innen teil.

5.5 Auswertungsmethode

Auch im Rahmen der qualitativen Onlineforschung werden die Daten über qualitative Auswertungsmethoden analysiert (Ehlers 2005, S. 279). Die Auswertung des Materials folgt der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring, die sich in der qualitativen Sozialforschung seit Jahren bewährt hat (Mayring 2015, S. 7). Im folgenden Kapitel wird die zusammenfassende Inhaltsanalyse als eine Form der qualitativen Inhaltsanalyse erläutert und die Kategorienbildung in dieser Arbeit dargestellt.

5.5.1 Zusammenfassende Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine systematische Form der Auswertung von protokollierter Kommunikation. Sie analysiert dabei regel- und theoriegeleitet und verfolgt das Ziel, Rückschlüsse auf spezifische Aspekte der Kommunikation zu ziehen (Mayring 2015, S. 12 f.).

Mayring unterscheidet bei der Auswertung des Materials zwischen der Zusammenfassung, der Explikation und der Strukturierung (ebd., S. 68). Da es sich bei dem Forschungsgegenstand um ein aktuelles Thema handelt, gilt es, den Sachverhalt zunächst einmal zu verstehen. Zwar bestehen einzelne theoretische Erkenntnisse bezüglich der Sozialen Arbeit während der Covid-19-Pandemie im Allgemeinen, jedoch genügen diese Erkenntnisse nicht, um daraus bereits bestehende Kategorien abzuleiten, wie es bei der Strukturierung der Fall wäre (vgl. ebd.). Aus diesem Grund soll die Analyse zusammenfassend/induktiv durchgeführt werden. Die Zusammenfassung soll das Material auf seine wesentlichen Aussagen reduzieren. Sie verfolgt das Ziel, Kategorien zu bilden, die das Material abstrakt repräsentieren und diese in einem Kategoriensystem in Beziehung zueinander zu setzen (ebd., S. 68 ff.).

Nachdem in den ersten Schritten das Material beschrieben und durch die Forschungsfrage festgelegt wurde, müssen nun die Analyseeinheiten festgelegt werden (ebd., S. 71). Als Analyseeinheit gilt jede vollständige Aussage eines Mitarbeitenden zu seinen Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie. Daneben muss im Sinne der zusammenfassenden Inhaltsanalyse das Abstraktionsniveau der Kategorien definiert werden (ebd., S. 69). Nun werden die definierten Kodiereinheiten von überflüssigen Aussagen bereinigt und in eine knappe, auf den Inhalt beschränkte Form verschriftlicht (Paraphrasierung). Dabei werden die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene geführt. Hinsichtlich des Abstraktionsniveaus wird im Folgenden geprüft, ob eine weitere Generalisierung der Aussagen nötig ist und sich die Segmente auf demselben Niveau befinden. Die erste Reduktion beinhaltet das Selektieren bedeutungsloser oder gleicher Paraphrasen. In einem zweiten Reduktionsdurchgang gilt es,

mehrere sich aufeinander beziehende und wiederholende Aussagen zu einer Paraphrase zu bündeln oder miteinander zu integrieren. Die Reduktionsphase schließt mit der Zusammenfassung aller Paraphrasen in einem Kategoriensystem ab, wobei eine abschließende Rücküberprüfung der Kategorien mit dem Ausgangsmaterial elementar ist (ebd., S. 70 ff.).

5.5.2 Kategorienbildung

Anhand des Materials ließen sich insgesamt vier Oberkategorien bilden, wobei diese überwiegend deduktiv erarbeitet wurden. Die erste Oberkategorie *Beratung* bezieht sich hauptsächlich auf die erste Fragestellung, aber auch Antworten aus den anderen Abschnitten wurden berücksichtigt. Der Fokus liegt hier auf den Herausforderungen und Handlungsstrategien, die sich in der Beratung der Patient*innen und ihrer Angehörigen ergaben. Inhalt der zweiten Oberkategorie sind Schwierigkeiten und Handlungsweisen in Bezug auf die interne *interdisziplinäre Zusammenarbeit* zwischen Sozialdienst und Krankenhauspersonal. Besonders die Kooperation mit Ärzt*innen und Pflegefachkräften wird in dieser Kategorie berücksichtigt. Die dritte Oberkategorie bildet die zentralen Ergebnisse der Hindernisse und Maßnahmen bezüglich der weiteren Versorgung der Patient*innen ab. An dieser Stelle ist vor allem die *Weitervermittlung* und Kommunikation mit externen Kooperationsstellen wie Rehabilitationskliniken, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten sowie die Zusammenarbeit mit Kostenträgern von Bedeutung. In der vierten Kategorie wird anschließend auf die Probleme und Handlungsstrategien, die sich in Bezug auf das *professionelle und berufsethische Selbstverständnis* ergeben, eingegangen. Die Kategorien lassen sich in folgender Grafik darstellen:

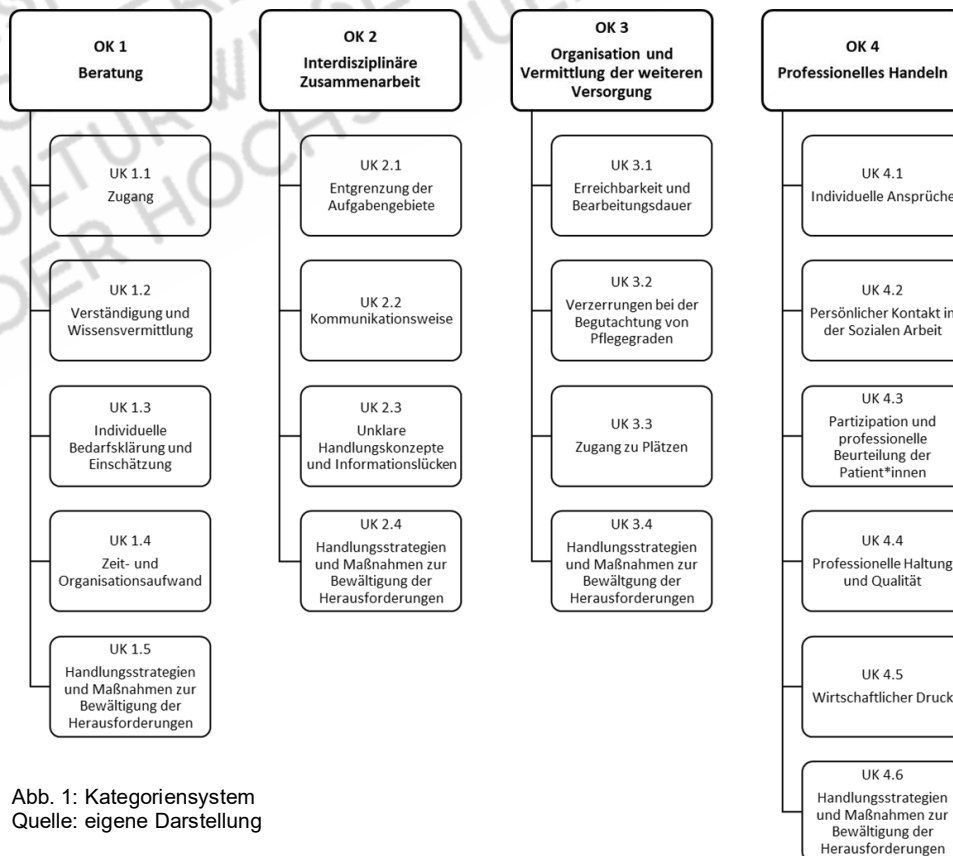


Abb. 1: Kategoriensystem
Quelle: eigene Darstellung

Im Auswertungsprozess wurden auch Kategorien für Ergebnisse aus einzelnen Interviews gebildet, insofern diese als zentral und wichtig für die Beantwortung der Forschungsfrage betrachtet werden konnten. Daneben lassen sich einzelne Unterkategorien auch verschiedenen Oberkategorien zuordnen, wie es zum Beispiel bei dem professionellen Selbstverständnis der Fall ist.

6. Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse zeigen auf, welche Herausforderungen die Sozialdienstmitarbeiter*innen während der Covid-19-Pandemie bewältigen müssen und welche Handlungsstrategien entwickelt wurden. Um auch hier dem Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit nachzukommen, sollen im folgenden Kapitel die zentralen Ergebnisse und das interpretative Vorgehen transparent dargestellt werden. Für einen besseren Lesefluss wurde in der Ergebnisdarstellung auf Kurznachweise im Text verzichtet und stattdessen eine Zitierweise nach Fußnoten gewählt. In den Fußnoten wurde daher zudem von einem Gendern der Expert*innen abgesehen. An der Befragung nahmen jedoch sowohl weibliche als auch männliche Sozialarbeiter*innen teil. Da es sich bei den Antworten um Sachaussagen handelt, wurden Flüchtigkeitsfehler der Befragten korrigiert.

Aus der Befragung stachen besonders zwei Teilnehmer*innen heraus, die in nahezu allen aufgeführten Bereichen keine bis wenige Veränderungen erlebten.¹ Aufgrund der Anonymität ist es unklar, in welchem örtlichen Zusammenhang diese Antworten zueinanderstehen und aus welchen Rahmenbedingungen diese Erfahrungen resultieren.

Oberkategorie 1 Beratung

Die Covid-19-Pandemie und die damit einhergehenden Hygiene- und Schutzmaßnahmen führten in den meisten Krankenhäusern zu Kontaktverboten zwischen Patient*innen und dem Sozialdienst.² Die Beratung der Patient*innen und ihrer Angehörigen kann daher hauptsächlich über digitale Medien wie per E-Mail oder Fax sowie über das Telefon und auf postalischem Weg stattfinden.³ Zudem wurde auch der persönliche Kontakt zwischen Patient*innen und Angehörigen zum Infektionsschutz eingeschränkt.⁴ Nur einzelne Befragte berichten von einer persönlichen Beratung unter strengen Hygieneschutzmaßnahmen.⁵

¹ Experte C, Z. 126, Z. 185, Z. 343; Experte G, Z. 151, Z. 202

² Experte A, Z. 7 f.

³ Experte A, Z. 7 f.; Experte B, Z. 13 ff.; Experte C, Z. 19; Experte D, Z. 27 ff.; Experte E, Z. 41 ff.; Experte F, Z. 53-57; Experte G, Z. 63 f.; Experte H, Z. 70 f.; Experte I, Z. 86 ff.; Experte J, Z. 91; Experte K, Z. 102; Experte M, Z. 110 f.

⁴ Experte A, Z. 7 f.

⁵ Experte E; Z. 46-49; Experte H, Z. 86-90

Aus diesen Rahmenbedingungen ergeben sich fünf Unterkategorien in Bezug auf die Beratung während der Covid-19-Pandemie: Zugang, Verständigung und Wissensvermittlung, Individuelle Bedarfsklärung und Einschätzung, Zeit und Organisationsaufwand sowie Handlungsstrategien und Maßnahmen zur Bewältigung der Herausforderungen.

1.1 Zugang

Der Wegfall persönlicher Kommunikation und die Angewiesenheit auf digitale Medien erschweren an erster Stelle den Zugang der Patient*innen und Angehörigen zu den Hilfen des Sozialdienstes. Aber auch der Zugang des Sozialdienstes zu den Betroffenen ist aufgrund der Schutzmaßnahmen eingeschränkt, so Befragte*r A.⁶ Offene Sprechstunden, die Betroffenen niederschwellige Beratungsangebote bieten, können laut Expert*in H nicht durchgeführt werden. Dies beeinträchtigt den Weg zum Sozialdienst. *„Die Beratung aller gestaltete sich von jetzt auf gleich komplizierter als vorher, da wir nun keine niederschweligen Beratungsangebote machen konnten -> der Weg zum Sozialdienst war nun also komplizierter.“*⁷

Daneben stellt auch die Erreichbarkeit der Patient*innen und Angehörigen über digitale Medien eine Herausforderungen für den Sozialdienst dar. *„Wenn man Glück hat, haben Patienten ein Mobiltelefon und man erreicht sie darüber.“*⁸ Dies ist jedoch nicht immer der Fall.

1.2 Verständigung und Wissensvermittlung

Eine flüssige Wissensvermittlung und Verständigung sind nicht mit allen Betroffenen möglich.⁹ Besonders ältere Menschen sind laut Expert*in E von Diskrepanzen in der digitalen Kommunikation betroffen. So ist die Beratung am Telefon aufgrund von Verständnisproblemen eingeschränkt, was den Sozialdienst *„vor große Herausforderungen gestellt [hat].“*¹⁰

Sechs der Befragten schildern, dass ein persönlicher Austausch unter strengen Infektionsschutzmaßnahmen stattfinden kann.¹¹ Trotz dessen berichten die Expert*innen von Komplikationen in der Beratung. Infektionsschutzmaßnahmen wie *„Handschuhe, Masken, evtl. Kittel“*¹² beeinträchtigen besonders den Austausch mit schwerhörigen oder dementen Patient*innen.¹³

Die Wissensvermittlung stockt aber auch zwischen Patient*innen und Angehörigen. Aufgrund der Sicherheitsmaßnahmen ist nach Expert*in F ebenfalls der Austausch untereinander eingeschränkt.¹⁴ *„Mitarbeiter des Sozialdienstes fungieren hier noch häufiger als sonst als Mittler*

⁶ Experte A, Z. 3 f.

⁷ Experte H, Z. 72 ff.

⁸ Experte A, Z. 3 f.

⁹ Experte C, Z. 20 f.

¹⁰ Experte E, Z. 35

¹¹ Experte E, Z. 46 ff.; Experte F, Z. 57 f.; Experte G, Z. 63 f.; Experte H, Z. 80-85; Experte K, Z. 97 f.; Experte M, Z. 110

¹² Experte E, Z. 47 f.

¹³ Experte F, Z. 58

¹⁴ Experte F, Z. 58 f

zwischen Patient und Angehörigen/Betreuern.¹⁵ Dadurch fehlt den Patient*innen vor allem der Rückhalt ihrer Angehörigen durch Dreiergespräche, sodass Entscheidungen nicht immer gut abgesichert sind.¹⁶ Besonders die Einschätzung der Gesundheitssituation ihrer Angehörigen ist für die Außenstehenden schwierig.¹⁷ Diese Problematik wird durch die zwingende Einhaltung des Datenschutzes zusätzlich verschärft. Befragte*r F beschreibt, dass insbesondere die Beratung Angehöriger hinsichtlich des Datenschutzes unsicherer geworden ist.¹⁸ Oftmals kann der Sozialdienst keine Auskunft geben, wodurch Angehörige nicht über die Hilfeplanung und den Zustand des/der Patient*in aufgeklärt werden können.¹⁹

1.3 Individuelle Bedarfsklärung und Einschätzung

Der fehlende persönliche Kontakt erschwert laut einigen Expert*innen zudem die Beurteilung und Einschätzung des/der Patient*in.²⁰ Im persönlichen Gespräch ergeben sich nach Expert*in J oftmals andere Sichtweisen, die relevant für die Planung der weiteren Versorgung sind.²¹ Eine „rein kontaktlose Klärung der weiteren Versorgung ist [daher] schwierig.“²² Die Beratungssituation des Sozialdienstes hat sich nach den Aussagen von Expert*in E sehr verschlechtert, da viele Patient*innen nicht die bestmögliche Beratung erhalten, die möglich gewesen wäre.²³

1.4 Zeit- und Organisationsaufwand

Die Veränderungen kosten die Mitarbeitenden des Sozialdienstes einen erhöhten Zeit- und Organisationsaufwand. Vor allem die Kommunikation über das Telefon, per E-Mail, Fax und die Post werden von den Befragten als wesentlich komplizierter und zeitaufwändig beschrieben.²⁴ Daneben ist ein erhöhter psychosozialer Betreuungsbedarf zu erkennen, da der Sozialdienst mehr als zuvor als Vermittler agiert und Unsicherheiten, durch Gespräche reduzieren muss.²⁵ Die Sozialarbeiter*innen „telefonieren sehr viel mit Angehörigen“²⁶ und Formulare müssen bezüglich erforderlicher Unterschriften postalisch, per Fax oder über die Zentrale an Betreuer*innen gesendet werden.²⁷

1.5 Handlungsstrategien und Maßnahmen zur Bewältigung der Herausforderungen

Ein Teil der Befragten reagiert auf die bereits beschriebenen Schwierigkeiten mit Handlungsstrategien, um die Arbeit des Sozialdienstes und die Versorgung der Patient*innen

¹⁵ Experte F, Z. 61 f.

¹⁶ Experte C, Z. 19; Experte F, Z. 58 f.

¹⁷ Experte H, Z. 74 ff.

¹⁸ Experte F, Z. 51 ff.

¹⁹ Experte K, Z. 396 f.

²⁰ Experte E, Z. 37; Experte J, Z. 91 ff., 388 ff.; Experte K, Z. 98; Experte D, Z. 347 ff.; Experte H, Z. 384 ff.

²¹ Experte J, Z. 92 f.

²² Experte J, Z. 98

²³ Experte E, Z. 39 f.

²⁴ Experte E, Z. 41 ff.

²⁵ Experte H 76 ff.

²⁶ Experte F, Z. 53 ff.

²⁷ Experte F, Z. 53 ff.

bestmöglich weiterzuführen. So führt Expert*in E die Beratung unter Hygieneschutzmaßnahmen fort, solange die Umstände dies erlauben.²⁸ Bei Expert*in G können ambulante Patient*innen auch in ausgelagerten Räumen beraten werden.²⁹ Besonders Expert*in H entwickelte Handlungsstrategien, um eine bestmögliche Beratung der Patient*innen gewährleisten zu können. Unter Einhaltung der Hygieneschutzvorschriften wie dem Tragen eines Mundschutzes, dem Desinfizieren der Hände, dem Einhalten von Abständen und der Vermeidung der Infektionsstationen, konnte die vorherige Arbeit in reduziertem Umfang wieder aufgenommen werden.³⁰ Der/die Befragte stellt dabei heraus, dass besonders die Mimik aufgrund des Mundschutzes deutlicher werden muss. Auch der Zeitaufwand erhöht sich unter den Sicherheitsbedingungen. „Man sollte mehr Zeit für Beratung und interdisziplinären Austausch einplanen.“³¹ Um bereits vor der Kontaktierung der Patient*innen Informationen bezüglich der Versorgungssituation und Kontaktpersonen zu erhalten, lassen sich Expert*in L und Expert*in M Stammdatenbögen durch die Stationsassistenzen faxen.³² Im Allgemeinen können viele Informationen und Unterlagen über das Stationspersonal vermittelt werden, was eine Erleichterung für die Sozialarbeiter*innen darstellt (vgl. OK 2). Teilnehmer*in K tätigt die Aussage, dass die veränderten Bedingungen für sie keine erhöhten Anforderungen mit sich bringen. Der/die Mitarbeitende betont, dass eine Kommunikation über FaceTime zwischen Patient*innen und Angehörigen möglich ist und sowohl eine Quarantäne als auch Besuchsverbote im Krankenhaus erträglicher macht.³³

Oberkategorie 2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Auch in der internen interdisziplinären Zusammenarbeit findet der Austausch weitestgehend über digitale Medien oder Sammelstellen statt.³⁴ Ein Teil der Befragten berichtet daneben von einem eingeschränkten persönlichen Austausch mit Ärzt*innen und Pflegefachkräften unter strengen Hygienevorschriften.³⁵ Daneben berichten hingegen einzelne Befragte von keinerlei Einschränkungen.³⁶

2.1 Entgrenzung der Aufgabengebiete

Durch die Kontaktbeschränkungen zwischen Sozialdienst und Patient*innen erfolgt die Erfüllung der Anliegen meist über die Ärzt*innen oder Pflegefachkräfte.³⁷ Dies führt zu einer Entgrenzung der Aufgabengebiete. Expert*in A schildert, dass das Krankenhauspersonal

²⁸ Experte E, Z. 46-49

²⁹ Experte G, Z. 63 f.

³⁰ Experte H, Z. 80-83

³¹ Experte H, Z. 84 f.

³² Experte L, Z. 104; Experte M, Z. 111

³³ Experte K, Z. 392 ff.

³⁴ Experte A, Z. 112 f., 117 f.; Experte B, Z. Z. 121 ff.; Experte D, Z. 30; Experte K, Z. 158

³⁵ Experte B, Z. 122 f.; Experte F, Z. 149 f.; Experte H, Z. 152 f.

³⁶ Experte C, Z. 126; Experte G, Z. 151

³⁷ Experte A, Z. 4 f., 116 f.; Experte B, Z. 15 f.; Experte D, Z. 30; Experte I, Z. 90

Tätigkeiten wie das Einholen von Unterschriften für Rehabilitationsanträge, Pflegebegutachtungen oder Vorsorgevollmachten übernimmt, was normalerweise zu den Aufgaben des Sozialdienstes gehört.³⁸ *„Die Kontrolle musste man abgeben und sich auf andere verlassen, was zu Missverständnissen führte [...]“*³⁹ Zudem verkörpern besonders die Pflegefachkräfte eine zusätzliche Mittlerfunktion zwischen Sozialdienst und Patient*innen.⁴⁰ Angesichts des personellen Notstandes in der Pflege bestehen hier jedoch Diskrepanzen in der Informationsbeschaffung und Kommunikation. Nach Expert*in L sind Patient*innen den Pflegefachkräften oftmals nicht bekannt⁴¹ und eine Personalaufstellung mit vielen Praktikant*innen erschwert die qualifizierte Zusammenarbeit.⁴² So weisen übernommene Aufgaben laut Expert*in L eine *„hohe Fehlerquote“*⁴³ auf.

2.2 Kommunikationsweise

*„Eine gute Kommunikation im Krankenhaus zu erreichen ist auch in einem Normalzustand eher schwierig, in dieser Zeit allerdings noch mehr.“*⁴⁴ Die Umstände implizieren eine umfassendere Kommunikation⁴⁵ und engmaschigere Absprachen mit Ärzt*innen und Pflegefachkräften.⁴⁶ Dies verursacht einen Zeitverlust in der Arbeit des Sozialdienstes.⁴⁷ *„Es muss viel durchgefragt werden und bis Mitarbeiter, die einem helfen, erreicht werden, vergeht einige Zeit.“*⁴⁸ Die Belastung der Beteiligten spiegelt sich laut Expert*in E auch in einer härteren Kommunikationsweise und Anspannung wider.⁴⁹ Expert*in B schildert die Kommunikation als schleppend⁵⁰ und für Teilnehmer*in M erweist sie sich nicht immer als verlässlich.⁵¹

2.3 Unklare Handlungskonzepte und Informationslücken

Die Regelungen und Abläufe im Rahmen der Covid-19-Pandemie ändern sich nach Expert*in E fast täglich. Doch nicht alle Neuerungen kommen bei sämtlichen Mitarbeitenden rechtzeitig an.⁵² Fehlende Informationen sorgen für Unklarheiten und Irritationen im Ablauf. *„Kaum einer weiß, wie sich in einem solchen Fall verhalten werden muss. Keiner weiß genau, wie er mit Entlass-Situationen beispielsweise in ein Altenheim hinsichtlich des Covid-Tests umgehen soll. Die Ärzte wollen die Patienten schnell entlassen, sind sich aber auch unsicher, inwieweit eine Corona-Abklärung erfolgen muss.“*⁵³ Expert*in E beschreibt, dass vorherige Schemata,

³⁸ Experte A, Z. 5 ff.

³⁹ Experte K, 395 f.

⁴⁰ Experte B, Z. 15 f.; Experte D, Z. 30; Experte I, Z. 90, 155; Experte M, Z. 110 f.

⁴¹ Experte L, Z. 160-163

⁴² Experte D, Z. 350 ff.

⁴³ Experte L, Z. 229

⁴⁴ Experte E, Z. 142 ff.

⁴⁵ Experte J, Z. 157

⁴⁶ Experte F, Z. 148 f.

⁴⁷ Experte A, Z. 118 f.; Experte E, Z. 133 f.; Experte M, Z. 166 f.

⁴⁸ Experte E, Z. 141 ff.

⁴⁹ Experte E, Z. 135 ff.

⁵⁰ Experte B, Z. 124 f.

⁵¹ Experte M, Z. 166 ff.

⁵² Experte E, Z. 137 ff.

⁵³ Experte E, Z. 129-132

welche eine gute Versorgung gewährleisten konnten, aufgebrochen werden und nicht mehr funktionieren.⁵⁴

2.4 Handlungsstrategien und Maßnahmen zur Bewältigung der Herausforderungen

Auch auf die Schwierigkeiten bezüglich der internen Zusammenarbeit folgten erste Handlungsschritte. Für Expert*in E ist es wichtig, dass die Motivation seine gewünschten Informationen zu erhalten, bestehen bleiben muss. „*Man sollte als Mitarbeiter des Sozialdienstes nicht müde werden, weiter zu fragen, bis man seine gewünschte Information erhalten hat.*“⁵⁵ Zudem ist laut Expert*in E ein engmaschigerer Austausch im Team förderlich für die Arbeit des Sozialdienstes, da Unsicherheiten schnell geklärt werden könnten.⁵⁶ Diese Meinung teilen auch Expert*in F und Expert*in J.⁵⁷

Oberkategorie 3 Organisation und Vermittlung der weiteren Versorgung

Anders als bei den vorherigen Kategorien, haben sich in der Kommunikation mit externen Kooperationspartnern keine weitreichenden Veränderungen ergeben. Ein Großteil der Befragten schildert, dass die Zusammenarbeit nach wie vor per Telefon, E-Mail und Fax stattfindet.⁵⁸ Vielmehr bewirken die Entlastungsmaßnahmen des GKV-Spitzenverbandes und die umstrukturierten Antragsverfahren seitens der Versicherungsträger ausschlaggebende Erleichterungen im Rahmen des Entlassmanagements.⁵⁹ Der Wegfall von Unterschriften bei Anträgen zwecks Infektionsschutz und eine Direktverlegung in Rehabilitationskliniken ohne Kostenzusage stellt für eine Vielzahl der Befragten eine Entlastung dar.⁶⁰ Trotz dessen stand der Sozialdienst auch bei der Vermittlung in Einrichtungen der Anschlussversorgung vor Herausforderungen, die im Folgenden dargestellt werden.

3.1 Erreichbarkeit und Bearbeitungsdauer

Befragte*r H berichtet, dass sich die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern, „*wenn überhaupt nur durch erhöhten Krankenstand*“⁶¹ verändert hat. Aber auch andere Faktoren haben Einflüsse auf die Erreichbarkeit der Kranken- und Rentenversicherungsträger und die Bearbeitungszeit gestellter Anträge.⁶² So arbeiten viele Mitarbeiter*innen aus dem Home-Office, wodurch Prozesse verlängert werden.⁶³ Daneben führen vermehrte Anliegen hinsichtlich der

⁵⁴ Experte E, Z. 140 ff.

⁵⁵ Experte E, Z. 144 f.

⁵⁶ Experte E, Z. 146 f.

⁵⁷ Experte F, Z. 148; Experte J, Z. 157

⁵⁸ Experte A, Z. 169 f.; Experte C, Z. 185; Experte D, Z. 186 ff.

⁵⁹ Experte F, Z. 198 ff.

⁶⁰ Experte B, Z. 179-184; Experte D, Z. 28 f.; Experte E, Z. 48 f., 190-197; Experte F, 198 ff.; Experte G, Z. 202 f.; Experte H, Z. 204-208; Experte I, Z. 218; Experte J, Z. 221 f.; Experte M, Z. 231

⁶¹ Experte H, Z. 209 f.

⁶² Experte E, Z. 193-196; Experte H, Z. 211; Experte K, Z. 223

⁶³ Experte H, Z. 211

Covid-19-Pandemie zu einer höheren telefonischen Nachfrage bei den Kostenträgern.⁶⁴ Ferner entsteht durch regelmäßiges Erkundigen bezüglich des Bearbeitungsstandes ein zusätzlicher Zeitverlust bei den Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes.⁶⁵

Einige der Befragten berichten demgegenüber aber auch von einer verbesserten Erreichbarkeit und schnelleren Bearbeitungszeiten der Anträge, weshalb die Erfahrungen hier äußerst unterschiedlich ausfallen.⁶⁶

3.2 Verzerrungen bei der Begutachtung von Pflegegraden

Eine weitere Schwierigkeit stellt die Pflegebegutachtung des MD dar, welche seit der Covid-19-Pandemie nicht mehr persönlich, sondern per Aktenlage durchgeführt wird.⁶⁷ So werden Pflegegrade über die Dokumentation der Stationen bestimmt. Oftmals wird jedoch unkorrekt dokumentiert, wodurch die Begutachtung der Patient*innen besser oder schlechter ausfällt. Dies hat sowohl Folgen für Patient*innen und ihre weitere Versorgung als auch für die Krankenversicherungen.⁶⁸

3.3 Zugang zu Plätzen

Besonders der Zugang zu stationären Pflegeplätzen sorgt für Diskrepanzen in der weiteren Versorgung der Patient*innen. *„Die Versorgung der Patienten in die stationären Einrichtungen gestaltet sich seit einiger Zeit schon als schwieriger. Zeitweise sind jedoch immer einzelne Plätze zu bekommen. Während der Covid-Pandemie waren zu Anfang keine Plätze zur Verfügung.“*⁶⁹ Neue Aufnahmeprozedere wie Quarantäneregelungen und Covid-19-Abstriche erschweren und verzögern die Vermittlung in stationäre Einrichtungen.⁷⁰ Viele Einrichtungen verkünden zudem Aufnahme-Stopps zum Schutz ihrer Bewohner*innen oder können aufgrund bereits bestehender Isolationsfälle keine neuen Patient*innen versorgen.⁷¹

3.4 Handlungsstrategien und Maßnahmen zur Bewältigung der Herausforderungen

Die bereits erwähnten Entlastungsmaßnahmen des GKV-Spitzenverbandes und umstrukturierten Verfahren der Versicherungsträger bilden externe Maßnahmen zur Bewältigung der Herausforderungen, welche sich positiv auf die Arbeit des Sozialdienstes auswirken (s.o.). So werden Rehabilitationskliniken vom Sozialdienst direkt gesucht und der Weg über die Versicherungsträger zunächst übersprungen, was die Verfahren verkürzt.⁷² Daneben wurde die

⁶⁴ Experte D, Z. 188

⁶⁵ Experte H, Z. 212

⁶⁶ Experte C, Z. 17 f.; Experte D, Z. 186 ff., Experte F, Z. 201, Experte G, Z. 202 f.; Experte J, Z. 221

⁶⁷ Experte D, 189; Experte H, Z. 205 f.

⁶⁸ Experte A, Z. 172-178

⁶⁹ Experte B, Z. 243-245

⁷⁰ Experte F, Z. 275 f.; Experte D, Z. 265 ff.

⁷¹ Experte A, Z. 235 f.; Experte D, Z. 265 ff.

⁷² Experte B, Z. 182 ff.

Unterschriftspflicht ausgesetzt. Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes holen während der Pandemie lediglich ein mündliches Einverständnis ein.⁷³

Für Expert*in E scheinen freie Plätze in stationären Pflegeheimen auf Ängste der Angehörigen zurückzuführen sein und auch Expert*in H nimmt einen Anstieg freier Kapazitäten wahr.⁷⁴ Besonders die Entlassung in Rehabilitationskliniken kann als eine Entlastung des Sozialdienstes betrachtet werden. Kliniken bieten zur Unterstützung der Krankenhäuser oftmals eine frühzeitige und vereinfachte Aufnahme der Patient*innen an.⁷⁵

Wichtig ist besonders, dass vor der Entlassung alle Abstriche gemacht und an die Anschlussversorger weitergeleitet wurden, sodass der Entlassung in diesem Kontext nichts mehr im Weg steht.⁷⁶ Bezüglich der Weiterversorgung von Patient*innen versucht Expert*in L Diskrepanzen in der Versorgung zu überwinden, indem mit Angehörigen und Patient*innen über Alternativen zu der Wunschversorgung gesprochen wird, wenn diese nicht möglich ist. Auch in Bezug auf die Überschreitung von Liegezeiten reagiert er/sie mit Kommunikation und versucht, „die Ärzte mit in die Pflicht“⁷⁷ zu nehmen. Expert*in K sieht hingegen nicht immer die Notwendigkeit einer Rehabilitation. Er/sie betrachtet Online-Kurse als eine Möglichkeit, Anschlussheilbehandlungen hinauszuzögern, wenn die Diagnose dies erlaubt. „Was mich gewundert hat, dass Patienten trotz Corona in die AHB wollten. Durch das Internet ist Sport aktuell auch durch YouTube möglich und die Rehabilitation verfällt nicht, die kann man immer noch über den zuständigen Kostenträger beantragen.“⁷⁸ Der/die Befragte betont in diesem Kontext jedoch auch, dass Ausnahmen bestehen und besonders neurologische Diagnosen einer Rehabilitation bedürfen.⁷⁹

Oberkategorie 4 Professionelles Selbstverständnis

Die Schwierigkeiten, welche im Kontext des professionellen Selbstverständnisses der Sozialarbeiter*innen entstanden sind, können als kategorieübergreifend betrachtet werden. Sie beziehen sich auf verschiedene der bereits dargestellten Wirkungsbereiche und können sich überschneiden.

4.1 Individuelle Ansprüche und Zufriedenheit

Die persönlichen Ansprüche der Sozialarbeiter*innen sind durch die Covid-19-Pandemie in verschiedenem Ausmaß beeinträchtigt. So ist für Expert*in F besonders die Vermittlung passender Hilfsangebote relevant. Die Nichterfüllung dieses Anspruchs führt bei dem/der

⁷³ Experte H, Z. 206 f.

⁷⁴ Experte H, Z. 293

⁷⁵ Experte B, Z. 254-259; Experte J, Z. 304 ff.; Experte K, Z. 308 ff.

⁷⁶ Experte M, Z. 317

⁷⁷ Experte L, Z. 407 f.

⁷⁸ Experte K, Z. 399 ff.

⁷⁹ Experte K, Z. 402

Befragten zu Unzufriedenheit. *„Es war/ist nicht zufriedenstellend, Pat. zu entlassen, ohne ihnen einschlägige Hilfsangebote zuteilwerden zu lassen.“*⁸⁰ Expert*in E reagiert auf diese Herausforderung mit einer Anpassung der eigenen Ansprüche. *„Man muss die eigenen Ansprüche an seine Arbeit in dieser Zeit etwas runterschrauben und sich sagen, dass man sein bestmögliches gibt, um die Patienten zu unterstützen. Allerdings kann man auch nur das tun, was auch in den Rahmenbedingungen des Krankenhauses erlaubt ist.“*⁸¹

4.2 Persönlicher Kontakt in der Sozialen Arbeit

Zudem wurde den Befragten die Bedeutung des persönlichen Kontakts in der Sozialen Arbeit bewusst.⁸² Da die gesamte Arbeit fast ausschließlich im Büro und kaum mehr auf der Station stattfindet,⁸³ fallen persönliche Kontakte zwischen allen Beteiligten weg. Expert*in A hebt die Relevanz persönlicher Kommunikation hervor. *„Man hat gemerkt, dass der persönliche Kontakt einen großen Stellenwert in der Sozialen Arbeit hat und ohne diesen ein großer Teil der Arbeit wegfällt.“*⁸⁴ So gehen laut Expert*in A viele Fragen unter.⁸⁵ Auch Expert*in H betont die Rolle des persönlichen Austauschs in der Sozialen Arbeit. *„Eine Beratung per Telefon oder Mail kann den persönlichen Eindruck von einem Menschen nicht widerspiegeln.“*⁸⁶ Dies hat für die/den Befragte*n durch die Pandemie einen weitaus höheren Stellenwert bekommen.⁸⁷

4.3 Partizipation und professionelle Beurteilung der Patient*innen

Neben der in der ersten Kategorie aufgegriffenen professionellen Beurteilung von Patient*innen, welche ebenfalls in dieser Kategorie genannt werden kann, stellt die Mitbestimmung der Patient*innen bei der Planung ihrer Versorgung eine weitere Herausforderung dar. Viele Fragen, die man den/die Patient*in hätte stellen können, sind nach Expert*in A durch den fehlenden persönlichen Kontakt untergegangen.⁸⁸ So fällt es Expert*in E schwer, Klient*innen mitzuteilen, dass eine Beratung, wie sie es sich wünschen würden, nicht stattfinden kann.⁸⁹ Die Erfüllung des Handlungsauftrages ist gegenüber dem/der Patient*in folglich nicht immer gewährleistet. Viele Wunschversorgungen können nicht umgesetzt werden.⁹⁰ Expert*in D stellt sich die Frage nach einer Entmündigung der Patient*innen. *„Da der persönliche Kontakt zum Patienten fehlt, müssen alle Entscheidungen mit den Angehörigen geklärt werden und es entsteht der Eindruck, dass der Patient nicht ausreichend Mitbestimmung hat.“*⁹¹ So werden

⁸⁰ Experte F, Z. 365 f.

⁸¹ Experte E, Z. 357

⁸² Experte J, Z. 388 ff.; Experte E, Z. 37

⁸³ Experte E, Z. 49 f.

⁸⁴ Experte A, Z. 324 f.

⁸⁵ Experte A, Z. 321 f.

⁸⁶ Experte H, Z. 384 ff.

⁸⁷ ebd.

⁸⁸ Experte A, Z. 321 f.

⁸⁹ Experte E, Z. 353 f.

⁹⁰ Experte L, Z. 405 ff.

⁹¹ Experte D, Z. 344

Planungen oftmals über den/die Patient*in hinweg durchgeführt, was zu einer fehlenden Partizipation der Patient*innen im Planungsprozess führt.

4.4 Professionelle Haltung und Qualität

Trotz aller Belastungen versucht Expert*in B eine professionelle Haltung gegenüber den Kolleg*innen, Patient*innen, Angehörigen und Netzwerken zu wahren.⁹² Doch dies ist nicht immer einfach. Der Sozialdienst arbeitet, wie Expert*in E beschreibt, unter stark erschwerten Bedingungen und die Qualität der Arbeit leidet.⁹³ Expert*in D leidet vor allem unter der Besetzung auf den Stationen, die eine qualifizierte Zusammenarbeit behindert, zu Fehlern führt und sich auf die Haltung des/der Sozialdienstmitarbeiter*in auswirkt. *„Aufgrund der veränderte[n] Personalaufstellung (viele Praktikanten, Einjährige etc.), die nicht auf den Stationen eingearbeitet sind, ist die qualifizierte Zusammenarbeit oft schwierig und ergibt oft Frust und eine berufliche Unzufriedenheit!“*⁹⁴ Die dabei erhärtete Kommunikationsweise kann als zusätzliche Belastung für die professionelle Haltung des Sozialdienstes betrachtet werden.⁹⁵ Bezüglich der Qualität besteht für Expert*in L der Anspruch nach einer nachhaltigen Versorgung der Patient*innen.⁹⁶ Auch dieser Aspekt ist in der derzeitigen Situation problematischer in der Umsetzung.

4.5 Wirtschaftlicher Druck

Die erschwerte Entlasssituation bringt auch einen wirtschaftlichen Druck mit sich. So verfolgen viele Ärzt*innen das Ziel, Patient*innen möglichst schnell zu entlassen.⁹⁷ Liegezeiten verlängern sich oftmals ohne medizinischen Grund,⁹⁸ was wirtschaftliche Folgen für das Krankenhaus mit sich bringt.⁹⁹

4.6 Handlungsstrategien und Maßnahmen zur Bewältigung der Herausforderungen

Um die Stimmungslage nicht zusätzlich zu beeinträchtigen schildert Expert*in B, dass es hilfreich ist, eine professionelle Haltung zu wahren. So sind seine/ihre Ansprüche dieselben geblieben, nur der Weg der Bearbeitung hat sich verändert.¹⁰⁰ Expert*in E rät, die persönlichen Ansprüche an die eigene Arbeit zu reduzieren und an die Umstände anzupassen, um sich selbst gerecht zu werden. *„Man muss die eigenen Ansprüchen an seine Arbeit in dieser Zeit etwas runterschrauben und sich sagen, dass man sein Bestmögliches gibt, um die Patienten zu unterstützen. Allerdings kann man auch nur das tun, was auch in den Rahmenbedingungen des Krankenhauses erlaubt ist.“*¹⁰¹ Der/die Befragte ist außerdem der Meinung, dass man als

⁹² Experte B, Z. 326 ff.

⁹³ Experte E, Z. 43 ff.

⁹⁴ Experte D, Z. 350 ff.

⁹⁵ Experte E, Z. 135 ff.

⁹⁶ Experte L, Z. 409

⁹⁷ Experte E, Z. 131 f.

⁹⁸ Experte L, Z. 406 f.

⁹⁹ Experte B, Z. 247

¹⁰⁰ Experte B, Z. 326 f., 331 f.

¹⁰¹ Experte E, Z. 357-360

Mitarbeiter*in des Sozialdienstes versuchen sollte, das Beste aus der Situation herauszuholen. Die Motivation liegt für sie/ihn dabei darin, ein Fortsetzen des normalen Alltags weitestgehend zu ermöglichen.¹⁰²

Expert*in F schöpft vor allem Kraft und Unterstützung in der Netzwerkarbeit. So ist ihm/ihr besonders während der Covid-19-Pandemie die Wichtigkeit der Kooperation mit anderen Trägern deutlich geworden, um eine Anbindung der Patient*innen gewährleisten zu können.¹⁰³ Um auf die Ängste und Bedürfnisse der Patient*innen und Angehörigen eingehen zu können, liegt der Fokus von Expert*in F vor allem in der Erstellung von Perspektiven für die Zeit während und nach der Covid-19-Krise sowie auf telefonischen Gesprächen zur Entlastung der Betroffenen.¹⁰⁴ Auch er/sie ist der Meinung, dass man den Patient*innen als Sozialarbeiter*in die bestmöglichen Hilfen zukommen lassen sollte, um sie in ihrer individuellen Situation zu unterstützen.¹⁰⁵

7. Diskussion und Interpretation

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der theoretischen Grundlagen diskutiert und interpretiert. Zusammenfassend wird dargestellt, worin die zentralen Herausforderungen der Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes im Krankenhaus liegen und welche Handlungsstrategien entwickelt wurden. Diese werden dann im Folgenden unter Berücksichtigung der theoretischen Einbettung interpretiert und kritisch diskutiert.

Die Befragung kann eine Reihe von Herausforderungen des Sozialdienstes aufzeigen, mit denen die Mitarbeiter*innen während der Pandemie zu kämpfen haben. So machen die Antworten deutlich, dass vor allem die digitale Kommunikation und der fehlende persönliche Kontakt negative Einflüsse auf alle Wirkungsbereiche des Sozialdienstes haben. Den Expert*innen wurde bewusst, dass ein Großteil ihrer Arbeit auf persönliche Kommunikation zurückzuführen ist und diese das Fundament für die weitere Arbeit legt, sei es in der Zusammenarbeit mit Patient*innen, Ärzt*innen oder Anschlussversorgern (vgl. Kat. 4.2).

Einige der Expert*innen haben den Eindruck, dass die Beratung und Begleitung der Betroffenen nicht ausreichend stattfinden kann. So gelingt es ihnen nur schwer, eine adäquate Einschätzung der Patient*innen und ihrer Versorgungssituation vorzunehmen (vgl. Kat. 1.3). In Anbetracht des in Kapitel 2.1 aufgegriffenen subjektiven und sozialen Gesundheitsverständnisses (vgl. Franke 2012, S. 62) ist eine dem/der Patient*in gerecht werdende Einschätzung demnach schwierig. Die Informationen bezüglich des Gesundheitszustandes und der

¹⁰² Experte E, Z. 361-364

¹⁰³ Experte F, Z. 366 f.

¹⁰⁴ Experte F, Z. 369 f.

¹⁰⁵ Experte F, Z. 371 f.

Diagnosen von Patient*innen werden derzeit fast ausschließlich durch Ärzt*innen oder Pflegefachkräfte weitergeleitet (vgl. Kat. 2.1). Wie in Kapitel 2.1 bereits beschrieben, kann dieses objektive, vom Befund abhängige Krankheitsbild, welches das Krankenhauspersonal vermittelt, jedoch stark von dem tatsächlichen Wohlbefinden der Betroffenen abweichen (vgl. Franke 2012, S. 62). Gleichwohl betonen der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement sowie die DVSG, dass bei der Entlassplanung stets die individuellen Probleme und Bedürfnisse des/der Klient*in im Vordergrund stehen und die Hilfen folglich patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert erfolgen sollen (vgl. DVSG 1999, zitiert nach DVSG 2006, S. 2) (§ 2 Nr. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement). Die individuelle Sichtweise der Patient*innen darf daher nicht missachtet werden.

Das subjektive Krankheitsgefühl der Patient*innen bildet zudem die Grundlage der Krankheitsverarbeitung und weiteren Bereitschaft zur Mitwirkung der Patient*innen (vgl. Kap. 2.1) (vgl. Franke 2012, S. 62). Wie in Kapitel 2.5 beschrieben, können Hilfen wie die Beratung oder das Case Management nicht ohne die Bereitschaft zur Mitwirkung funktionieren (vgl. Schaub 2008, S. 89). Da die Sozialarbeiter*innen in das soziale Umfeld der Betroffenen eintreten, sind sie auf eine enge Zusammenarbeit mit den Betroffenen selbst und auch mit deren sozialen Netzwerken angewiesen (vgl. Pauls 2013, S. 316). Aus diesem Grund ist es maßgeblich, das subjektive Krankheitsgefühl der Patient*innen einschätzen zu können und auf dessen Basis eine gemeinsame Koordinierung der Hilfen zu schaffen.

Die Ergebnisse beleuchten, dass bereits der Zugang zu Patient*innen beziehungsweise von Patient*innen zum Sozialdienst mit Diskrepanzen verbunden ist (vgl. Kat. 1.1). Zu begründen ist dies laut der Sozialarbeiter*innen oftmals in der erschwerten Erreichbarkeit von Patient*innen. Dies grenzt vor allem die Niederschwelligkeit des Beratungsangebotes ein. Aber auch die Wissensvermittlung und Verständigung über digitale Medien, stellen besonders für ältere Menschen ein Problem dar. Selbst im Rahmen der seltenen persönlichen Begegnungen, welche nur unter strengen Hygieneschutzmaßnahmen stattfinden können, treten Schwierigkeiten in der Kommunikation auf (vgl. Kat. 1.2). Die weiteren Hilfen basieren jedoch auf diesem Zugang, bei dem zunächst die aktuelle Situation sowie Ansprüche und Ziele des/der Patient*in vereinbart und besprochen werden (vgl. Kap. 2.5) (vgl. Wendt 2018, S. 141, 159). Besonders Böhnisch betont die Relevanz des Fallverstehens und der Beratung im Zugang zu den Betroffenen (vgl. Kap. 1.1) (vgl. Böhnisch 2018, S. 284). Der Zugang zu den Patient*innen ist also sowohl durch das fehlende subjektive Krankheitsbild der Betroffenen als auch durch Verständigungsprobleme und Schwierigkeiten mit technischen Kommunikationsmedien erschwert.

Ein Problem, welches sich auch auf die Planung der weiteren Versorgung auswirkt, ist der fehlende Kontakt zwischen Patient*innen und Angehörigen. So sind Entscheidungen, die sich

auf die Versorgung der Patient*innen beziehen, oftmals nicht ausreichend abgesichert, da der Rückhalt durch die Angehörigen fehlt. Besonders im Case Management und in der Arbeit mit Menschen, die komplexen Problemlagen ausgesetzt sind ist die Unterstützung des sozialen Umfeldes jedoch unerlässlich (vgl. Kap. 2.5) (vgl. Ansen et al. 2004, S. 74; Ningel 2011, S. 95). Da das Case Management wie in Kapitel 2.5 beschrieben die Grundidee vertritt, dass Probleme unter anderem auf Unterstützungsdefizite des sozialen Umfeldes zurückzuführen sind, wird hier vor allem an der Koordination zwischen Mitgliedern des sozialen Umfeldes gearbeitet (Pauls 2013, S. 316). Fällt dieser Austausch zwischen Patient*innen, Angehörigen und Sozialdienst weg, ist eine Implementierung von Hilfen im sozialen Umfeld deutlich erschwert.

Die Theorie zeigt, dass die Pandemie soziale Missstände besonders deutlich macht, da vor allem ausgegrenzte und benachteiligte Personengruppen von Folgen wie Arbeitslosigkeit oder häuslicher Gewalt betroffen sind (vgl. Kap. 3.3) (vgl. Schmitt 2020, S. 177; Spitzer 2020, S. 10 f.). Die Zielgruppen Sozialer Arbeit steigen also an und ihre Hilfen und Unterstützungen sind von bedeutender Relevanz. Nicht nur in diesem Zusammenhang ist eine zusätzliche Benachteiligung bereits benachteiligter Personengruppen zu erkennen. Auch die Befragung stellt heraus, dass besonders ältere Menschen, kognitiv eingeschränkte Personen, Patient*innen die unter Demenz oder Schwerhörigkeit leiden sowie Patient*innen ohne Angehörige unter den Folgen von Covid-19 leiden (vgl. Kat. 1.2).

Neben den erschwerten Bedingungen ist der Bedarf an psychosozialer Betreuung gestiegen. So bestehen vermehrt Unsicherheiten bei den Betroffenen und der Sozialdienst agiert zunehmend als Vermittler zwischen Patient*innen und Angehörigen. Dies und die Umstellung der Kommunikationsweise bringen einen erhöhten Zeit- und Organisationsaufwand für die Sozialarbeiter*innen mit sich. Betrachtet man die Zielgruppen einschließlich ihrer bereits bestehenden Lasten, ist nun eine doppelte Belastung zu erkennen (vgl. Kap. 2.2).

Patient*innen, die Unterstützung durch den Sozialdienst benötigen, wurden aufgrund von Erkrankungen aus ihren lebensweltlichen Strukturen losgelöst (vgl. Homfeldt 2012, S. 317). Neben der primären Ursache für den Krankenhausaufenthalt, die in einer somatischen Erkrankung liegt, treten auch psychosoziale Belastungen in Folge oder als Ursache der Krankheiten auf. So sind besonders die Belastungen im Zusammenhang mit chronischen oder schweren Erkrankungen zu nennen, die mit Pflegebedürftigkeit, Behinderung, beruflichen und sozialen Veränderungen sowie Ängsten und Unsicherheiten bezüglich des Krankheitsverlaufes oder der zukünftigen Lebensgestaltung verbunden sind (vgl. Ansen 2001, S. 64). Diese Sorgen treffen sowohl Patient*innen als auch Angehörige (vgl. Hegeler 2008, S. 126). Bindet man zudem die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Gesellschaft und Individuen mit ein, wird deutlich, dass von einer außergewöhnlichen Belastung aller, aber in diesem Zusammenhang vor allem der Patient*innen im Krankenhaus gesprochen werden kann (vgl. Kap. 3.3). Die

Pandemie allein kann für viele Menschen als eine kollektive traumatische Erfahrung bewertet werden, die durch den drastischen Eingriff in das bisher gewohnte Leben, Beschränkungen und Infektionszahlen für Unsicherheit und Angst sorgt (vgl. Kröll et al. 2020, S. 8; Spitzer 2020, S. 10 f.). Daneben können auch wirtschaftliche und berufliche Folgen der Pandemie zu einer Belastung der Betroffenen führen. Als Folge der Schutzmaßnahmen leidet die Gesellschaft besonders unter sozialer Isolation, Einsamkeit und sozialem Druck, der zu einer erhöhten Rate an häuslicher Gewalt, Trennungen oder Kindesmisshandlungen geführt hat. Vor allem Menschen in Pflege- und Altenheimen sowie Krankenhäusern sind von der sozialen Isolation betroffen (vgl. Kröll et al. 2020, S. 7 f.).

Die Erkenntnisse schließen auf folgende Fragen, aus denen in den nächsten Abschnitten Handlungsvorschläge erarbeitet werden:

Wie können die patientenindividuelle und teilhabeorientierte Einbindung und Beurteilung trotz der Umstände gewährleistet werden?

*Inwiefern kann die Erreichbarkeit und Verständigung zwischen Sozialdienst, Patient*innen und Angehörigen über digitale Medien verbessert werden?*

Und inwieweit kann Soziale Arbeit eine Unterstützung in diesen außergewöhnlichen Belastungssituationen bieten?

Die Covid-19-Pandemie kann als eine soziale Übergangssituation und Lebenskrise für Menschen (vgl. Böhnisch 2012, S. 223) bewertet werden, wie es auch bei einem Krankenhausaufenthalt der Fall ist. Auf Basis dieser Überlegung bietet Böhnisch mit dem Konzept der Lebensbewältigung (2012), welches sich auf das Bewältigungsverhalten von Menschen in kritischen Lebenslagen fokussiert (vgl. Böhnisch 2019, S. 11), einen Handlungsansatz für den Sozialdienst (vgl. Kap. 2.1). So ist es möglich, dass die zuletzt dargestellten Umstände der Patient*innen im Zusammenspiel mit fehlenden sozialen und personalen Ressourcen zu einem psychosozialen Ungleichgewicht führen (vgl. ebd.). Ursache hierfür können die Erfahrung eines Selbstwertverlustes, fehlender sozialer Rückhalt, soziale Orientierungslosigkeit oder die Sehnsucht nach Normalisierung sein (vgl. Böhnisch 2012, S. 233). Wie bereits in Kapitel 3.1 dargestellt, wirken sich Isolation, Einsamkeit und Stress auch negativ auf die Gesundheit und das Immunsystem aus, weshalb eine höhere Anfälligkeit für Krankheiten bestehen kann (vgl. Spitzer 2020, S. 114 ff.).

Es liegen folglich verschiedene Gründe vor, an diesen Konsequenzen von Krankheit und Pandemie und den daraus resultierenden Voraussetzungen für ein psychosoziales Ungleichgewicht anzusetzen. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit einer Verschlimmerung der psychosozialen Belastungen, der Entstehung schwerwiegender psychischer Erkrankungen wie Depressionen, posttraumatischer Belastungsstörungen, Suchtkrankheiten und einer sozialen

Desintegration entgegenzuwirken (vgl. Spitzer 2020, S. 114 ff.; Böhnisch 2012, S. 223). Sozialarbeiter*innen können den Betroffenen somit Unterstützung bieten, indem sie versuchen, die Balance zwischen psychischem Selbst und sozialer Umwelt wiederherzustellen und dem/der Patient*in eine selbstwertstabilisierende Handlungsfähigkeit zu vermitteln. Für die Wiedergewinnung von Selbstwert, Orientierung, Halt, Unterstützung und Handlungsfähigkeit (vgl. Böhnisch 2012, S. 223) erachten sich laut Böhnisch besonders die Konzepte des Empowerments sowie der Milieubildung als handlungsleitend (vgl. Böhnisch 2018, S. 284). Auch ist es denkbar, dass der Abbau von Stress, die Verringerung von Einsamkeit und die Hilfe bei der Bewältigung emotionaler Erfahrungen Unterstützungen in Pandemiezeiten geben kann (vgl. Spitzer 2020, S. 126). Der Sozialdienst im Krankenhaus bedient einen Großteil dieser Aufgaben bereits täglich. So bietet das Case Management eine Organisation von Netzwerken im Umfeld des/der Patient*in, um den sozialen Rückhalt zu verbessern und sorgt durch die Vernetzung mit weiteren Versorgungsbereichen für eine Unterstützung in der Milieubildung (vgl. Ansen et al. 2004, S. 74; Ningel 2011, S. 95). Die psychosoziale Beratung bildet ferner eine Grundlage für die Vermittlung sozialer Daseinskompetenzen zur Stärkung des Selbstwertgefühls und somit einen Beitrag zum Empowerment. Zudem ist der Sozialdienst auch auf weitreichende Problematiken, die sich durch die Covid-19-Pandemie verstärken, spezialisiert. Soziale Beratung fokussiert sich auf Ansprüche zur wirtschaftlichen Sicherung und die Handhabung des sozialen Sicherungssystems, mittels derer auf die speziellen Bedarfe während der Pandemie eingegangen werden kann (vgl. Kap. 2.5) (vgl. Ansen et al. 2004, S. 69; Gödecker-Geenen 2005, S. 20).

Neben dem Konzept von Lothar Böhnisch entwickelten ebenso die Befragten Handlungsstrategien, um auf die beschriebenen Schwierigkeiten zu reagieren. So können Betroffene über Dienste wie FaceTime oder Skype mit ihren Angehörigen per Videotelefonat kommunizieren, was zu einem Ausgleich der Quarantänemaßnahmen und Besuchsverbote führen kann (vgl. Kat. 1.5). Dies schließt auf die Überlegung, dass Videotelefonate gleichermaßen bei Entscheidungsfindungen sowie in Beratungsgesprächen eine hilfreiche Unterstützung bieten können. Zwecks einer Entlastung der Betroffenen und einer Reaktion auf verschiedene Ängste, sollten zudem Perspektiven für die Zeit während, aber auch nach der Krise erstellt werden (vgl. Kat. 4.6). In der Befragung wurde deutlich, dass gelegentlich persönliche Beratungen unter Hygieneschutzmaßnahmen durchgeführt werden, um die psychosoziale Betreuung zu gewährleisten und vor allem einer Entmündigung und Benachteiligung der Patient*innen entgegenzuwirken (vgl. Kat. 1.6). In diesem Kontext sind vor allem auf ausgeprägtere Mimik und Gestik sowie lautere Aussprache zu achten, damit die Verständigung unter Hygieneschutzmaßnahmen so deutlich wie möglich gehalten wird (vgl. Kat. 1.5).

Die persönliche Kontaktaufnahme trotz des Infektionsrisikos lässt sich als fraglicher Ansatz bewerten. An dieser Stelle ist unklar, inwiefern Infektionen auf den Stationen und in den

Krankenhäusern vorherrschen und in welchem Ausmaß sich die Mitarbeitenden folglich einem eigenen Gesundheitsrisiko aussetzen. Auch IFWS Generalsekretär Rory Truell verdeutlicht die Priorität des gesundheitlichen Schutzes von Mitarbeitenden im Rahmen der Bereitstellung Sozialer Dienste während der Pandemie (vgl. Truell 2020). Nur unter diesen Voraussetzungen kann eine Betreuung durch Soziale Dienste auf Dauer gewährleistet und das Infektionsrisiko sowohl für die Mitarbeitenden als auch Patient*innen verringert werden. Auch angesichts der Aufgabe Sozialer Arbeit, gesellschaftliche Veränderungen und soziale Entwicklungen zu fördern, ist dieser Handlungsansatz diskutabel (vgl. Kap. 2.1) (vgl. DBSH 2016, S. 2). Zum einen macht die IFSW deutlich, dass die Gewährleistung eines gesunden Lebens und die Förderung des Wohlergehens gemeinsame Aufgaben der Gesellschaft bilden (vgl. Kap. 4) (vgl. Ifan 2020). Die Soziale Arbeit erfüllt demnach die Funktion, Angst in Bezug auf die Pandemie zu bekämpfen, gegen falsche Informationen vorzugehen und Schutzmaßnahmen zu fördern (ebd.). Zum anderen muss sie jedoch auch politisch agieren, strukturelle Bedingungen verbessern und neben medizinischen auch soziale Reaktionen auf die Krise gewährleisten (vgl. Böhnisch 2018, S. 234; ebd. 2019, S. 181 f.; Truell 2020). Sozialarbeit verfolgt das Ziel, Klient*innen in ihrer Autonomie und Selbstbestimmung sowie Teilhabe zu stärken (vgl. DBSH 2016, S. 2). In diesem Zusammenhang sind vor allem die ganzheitliche Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit sowie die sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen in Bezug auf die Isolation von Patient*innen zu betrachten.

Die Konsequenzen sozialer Isolation auf die psychische Gesundheit wurden bereits beleuchtet (vgl. Kap. 2.1; Kap. 3.3; Kap. 4) (vgl. Kröll et al. 2020, S. 7 f.). Sie kann immense Auswirkungen auf das Wohl der Betroffenen und deren körperlichen und psychischen Zustand haben (vgl. Spitzer 2020, Z. 114 f.). Aus diesem Grund stellt sich die Frage, inwiefern soziale Isolation und die Unterbindung von Besuchen durch Angehörige, Seelsorger*innen und Sozialarbeiter*innen zum Schutz von Patient*innen und Mitarbeitenden vor dem Hintergrund der psychischen Gesundheit und Vereinsamung von Menschen zu rechtfertigen beziehungsweise abzuwägen sind (vgl. Kröll et al. 2020, S. 7 f.). Diese Problemstellung bedarf einer ausführlichen Betrachtung und ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht zu beantworten. Es lässt sich allerdings sagen, dass eine stetige Abwägung der Rahmenbedingungen erfolgen muss, um Handlungsansätze abzuleiten. Die Umsetzung persönlicher Beratungsgespräche ist schlussendlich von verschiedenen Faktoren abhängig. So spielen die gesetzlichen Regelungen, die Rahmenbedingungen der Krankenhäuser und das Infektionsgeschehen auf den Stationen sowie in den Städten entscheidende Rollen (vgl. Kap. 3.2) (vgl. Kat. 4.1). Aber auch der Gesundheitszustand und das Alter der Patient*innen, die gesundheitliche Verfassung der Mitarbeitenden, die Bereitstellung von Schutzausrüstung sowie der Handlungsauftrag müssen bei der Entscheidung über persönliche Beratungsgespräche berücksichtigt werden.

Weiterhin wird die Kooperation mit dem Krankenhauspersonal als hilfreich erachtet, um bereits vor der Kontaktierung von Patient*innen Informationen bezüglich ihrer Versorgungssituation und Kontaktpersonen zu erhalten (vgl. Kat. 1.6). Besonders in Anbetracht des Zugangs zu Patient*innen, kann sich dieser Aspekt als förderlich erweisen, da eine zügige Erörterung der Kontaktpersonen und eine zeitnahe Anpassung der Beratung an die Rahmenbedingungen der Patient*innen erfolgen können. Der erfolgreiche Zugang bildet die Grundlage für den Beratungsbeginn und das Erstgespräch mit dem/der Patient*in. Wie in Kapitel 2.5 erläutert, werden an dieser Stelle zunächst die Erfassung der Lebenslage, die damit einhergehenden sozialen Probleme, die Ressourcen und Defizite in den Fokus gestellt, um mit dem Ratsuchenden schließlich Erwartungen und Ziele im Rahmen der Hilfeplanung zu definieren (vgl. Ansen et al. 2004, 63, 68 f.).

Die Zusammenarbeit mit dem Krankenhauspersonal ist trotz dessen mit Diskrepanzen verbunden. Bereits unter normalen Umständen ist das interdisziplinäre Team auf eine enge Kooperation miteinander angewiesen und ein permanenter Austausch gestaltet sich für die beteiligten Akteure als unerlässlich (vgl. Kap. 2.3) (vgl. Gödecker-Geenen 2005, S. 19; Homfeldt 2012, S. 497; Hegeler 2008, S. 131). Die Übernahme von Aufgaben durch Pflegefachkräfte und Ärzt*innen bedingt eine zusätzliche Entgrenzung der Aufgabengebiete sowie eine Abhängigkeit des Sozialdienstes von den Informationen und Unterlagen des Krankenhauspersonals (vgl. Kat. 2.1). So führen die Überbelastung der Pflegefachkräfte und die Unsicherheiten der Ärzt*innen zu einer verzögerten Kommunikation und Diskrepanzen in der Wissensvermittlung (vgl. Kat. 2.1; Kat. 2.2; Kat. 2.3). Auf diese Aspekte wird in den folgenden Abschnitten näher eingegangen.

Im Rahmen der theoretischen Grundlagen stellte sich heraus, dass bereits im Normalzustand Probleme in der internen Kommunikation des Krankenhauses auftreten. Wie Kapitel 2.3 verdeutlicht, können die Ursachen hierfür in verspäteten Anmeldungen an den Sozialdienst, dem Machtgefälle sowie einer unterschiedlichen Ausprägung der Professionalisierung von Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen liegen. Aber auch verschiedene Menschenbilder, voneinander abweichende Kommunikationsstrategien, ein unzureichender Informationsaustausch und nicht zuletzt das fehlende Wissen in Bezug auf die anderen Professionen bedingen Schwierigkeiten in der interdisziplinären Kommunikation (vgl. Ansen et al., 2004, S. 28 f.). Die Covid-19-Pandemie verschärft diese Problematik somit zusätzlich. Unerlässlich sind aus diesem Grund ein flüssiger Informationsfluss sowie die frühzeitige Anmeldung der Patient*innen. Unter diesen Voraussetzungen kann den Patient*innen der nach § 112 Abs. 2 Nr. 4 u. 5 SGB V zugesicherte nahtlose Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege gewährleistet werden. Daneben werden durch frühzeitige Anmeldungen und Entlassungen, Bettenkapazitäten für Covid-19-Patient*innen geschaffen, sofern zu entlassende

Patient*innen aus rein medizinischen Gründen keiner Krankenhausbehandlung mehr bedürfen (vgl. Langner & Wiring 2020, S. 471 f.).

Durch ihren umfassenden Überblick über die Situation, das häusliche Umfeld, den Gesundheitszustand und die Entwicklung der Patient*innen, ist eine Zusammenarbeit mit den Pflegefachkräften generell unerlässlich (Ansen et al. 2004, S. 30). Wie bereits erwähnt, beeinflusst zudem der Fachkräftemangel in der Pflege die Arbeit des Sozialdienstes und wird vor allem in Zeiten der Pandemie verschärft (vgl. Kat. 2.1). Während die Pflegefachkräfte ohnehin unter starken Belastungen und Unterbesetzung leiden, müssen sie aufgrund der Covid-19-Pandemie zusätzliche Aufgaben des Sozialdienstes wahrnehmen. Dies führt neben Missverständnissen auch zu einer erhöhten Fehlerquote der übernommenen Aufgaben und Informationen. Die Belastungen spiegeln sich in einer härteren Kommunikationsweise wider und ein Zeitverlust entsteht durch engmaschigere Absprachen (ebd.).

Im theoretischen Input wurde bereits aufgegriffen, dass die Soziale Arbeit durch eine fortschreitende Professionalisierung und Akademisierung pflegerischer Tätigkeiten, vor neue Herausforderungen gestellt wird (vgl. Kap. 2.3) (vgl. Geißler-Piltz et al. 2005, S. 19). Die geringe Trennungslinie zwischen den einzelnen Professionen fordert Sozialarbeiter*innen zu einer engmaschigen Dokumentation und Begründung ihrer Tätigkeiten. Während andere Berufsgruppen im Krankenhaus von klaren Handlungsaufträgen und einer deutlichen beruflichen Positionierung profitieren, ist das Aufgabenspektrum der Sozialarbeiter*innen oftmals eher unklar definiert. Aufgrund der diffusen Linien können die Professionen ihren Kompetenzbereich auf die Arbeit des Sozialdienstes ausweiten. Diese Grenze wird jedoch meist ausschließlich seitens der Sozialarbeiter*innen überschritten, welche sich oftmals mit den Handlungsgrundlagen der anderen Professionen auseinandersetzen. Im Gegensatz dazu beschäftigen sich jene kaum mit dem Kompetenzbereich des Sozialdienstes (ebd.).

Es lässt sich schlussfolgern, dass eine Entgrenzung der Aufgabengebiete schon vor der Pandemie stattgefunden hat. Diese hat sich durch Covid-19 jedoch verstärkt und fordert die Soziale Arbeit sich klar zu positionieren. Festzustellen ist, dass die Soziale Arbeit nicht ohne weiteres ersetzt werden kann. Vor dem Hintergrund der ganzheitlichen Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit sowie der gesetzlichen Grundlagen bildet sie einen unerlässlichen Bestandteil des multiprofessionellen Teams (vgl. Gödecker-Geenen 2005, S. 19; Homfeldt 2012, S. 497; Ansen et al. 2004, S. 21).

Ferner zeigt sich, dass die unterschiedlichen Regelungen sowie Unsicherheiten bezüglich der Zuständigkeiten und Covid-19-Maßnahmen zu einem erhöhten Zeit- und Organisationsaufwand des Sozialdienstes führen (vgl. UK 2.3). Zeitaufwändige Telefonate und häufiges Nachfragen wirken sich auf dessen Arbeitsprozesse aus. Verfahren könnten durch die transparente Regelung von Zuständigkeiten erleichtert und verkürzt werden (vgl. Kap. 2.3) (vgl. Homfeldt

2012, S. 498). Aufgrund der Fluktuation auf den Stationen erweist sich die klare Aufgabenteilung jedoch als schwierig (vgl. Kat. 2.1).

*Wie aber gelingt eine verbesserte Kommunikation zwischen Sozialarbeiter*innen, Ärzt*innen und Pfleger*innen?*

Und wie kann der Sozialdienst seine Arbeit möglichst selbstständig weiterführen?

Die theoretischen Grundlagen bieten erste Handlungsansätze, mit Hilfe derer die Zusammenarbeit unter den genannten Bedingungen verbessert und Unklarheiten beseitigt werden können (vgl. Kap. 2.3). Homfeldt nennt Empfehlungen, mit denen bereits vor der Pandemie auf Schwierigkeiten in der interdisziplinären Kommunikation reagiert wurde. Um dem unzureichenden Informationsaustausch und verschiedenen Kommunikationsstrategien entgegenzuwirken, sind eine klare Aufgabenklärung und Flexibilität entscheidend. Respekt und Vertrauen können die Kommunikationsweise zudem positiv beeinflussen. Dies bestätigen auch Ergebnisse aus der Praxis, laut derer sich die Wahrung einer professionellen Haltung positiv auf die Kommunikation innerhalb des Teams auswirkt (vgl. Kat. 4.6). Angesichts des fehlenden Wissens bezüglich der anderen Professionen sind nach Homfeldt eine offene Kooperation, gemeinsame systembezogene Perspektiven sowie die Zielverträglichkeit der verschiedenen Akteure zielführend (vgl. Homfeldt 2012, S. 498). Aber auch die Handlungsweisen der Expert*innen können Ansätze für die Praxis bieten. So wurde besonders betont, die eigene Motivation beizubehalten und zielgerichtet nach den gewünschten Informationen zu suchen (vgl. Kat. 2.4). Wie auch die Theorie besagt, schildern die Forschungsergebnisse, dass eine engmaschige Kommunikation im Team förderlich ist, um Unsicherheiten schnell zu beseitigen (vgl. Homfeldt 2012, S. 498) (vgl. Kat. 2.4). Schlussendlich ist auch das Einplanen eines erhöhten Zeitpensums hilfreich, da die Beratung und auch der interdisziplinäre Austausch durch die Veränderungen komplizierter und zeitaufwändiger geworden sind (Kat. 1.4).

In der Ergebnisdarstellung geriet zudem die Organisation und Vermittlung der weiteren Versorgung in den Fokus (vgl. Kat. 3). Zu Anfang der Diskussion wurde bereits erläutert, inwiefern der mangelnde familiäre Rückhalt aufgrund von Kontaktbeschränkungen zu Schwierigkeiten in der Versorgungsplanung führen kann (vgl. Kat. 1.2). Die fehlende Mitwirkung beeinflusst besonders die Implementierung von Hilfen, welche oftmals auf einer Unterstützung des häuslichen Umfeldes basieren. Dies ist vor allem bei ambulanten Hilfen der Fall, welche im Sinne des Leitsatzes in der deutschen Gesundheitspolitik stationären Hilfen vorzuziehen sind (vgl. § 13 Abs. 1 SGB XII). Ambulante Hilfen stellen jedoch besonders in Pandemiezeiten eine Alternative zu stationären Versorgungen dar, solange der gesundheitliche Zustand der Patient*innen dies erlaubt.

Wie einige der Befragten beschrieben, ist die Vermittlung in stationäre Einrichtungen erschwert und Aufnahme-Stopps führen zu einer Verringerung der ohnehin schlechten

Belegkapazitäten (vgl. Kat. 3.3). Ambulante Pflegedienste hingegen nehmen die Patient*innen oftmals allein unter der Bedingung eines negativen Covid-19-Abstrichs auf und bieten erhöhte Kapazitäten (vgl. Kat. 3.4). Auch Angehörige bevorzugen in der derzeitigen Situation ambulante Versorgungen, wie die Befragung zeigt. Gründe hierfür sind die Angst vor einer Infizierung ihrer Angehörigen sowie das Umgehen von Kontaktverboten oder Quarantänemaßnahmen (ebd.). Im Hinblick auf den Ausbau des ambulanten Versorgungssektors kann eine Versorgung im häuslichen Umfeld mit Hilfe von ambulanten Pflegediensten demzufolge eine Alternative in Pandemiezeiten darstellen (vgl. Lützenkirchen 2005, S. 10 ff.). Patient*innen ohne akut medizinischen Behandlungsbedarf, bei denen lediglich eine Versorgungsproblematik besteht, müssen nicht länger im Krankenhaus verweilen. Dadurch verringert sich das Infektionsrisiko während des weiteren Krankenhausaufenthaltes und Kapazitäten für Covid-19-Patient*innen werden geschaffen (vgl. Kap. 3.2) (vgl. Langner & Wiring 2020, S. 471 f.). Dies wiederum führt zu einer wirtschaftlichen Entlastung der Krankenhäuser (vgl. Kap. 2.3). Aber auch die Patient*innen selbst profitieren von einer ambulanten Versorgung, da die Gefahr der Vereinsamung oder gesellschaftlichen Ausgrenzung verringert wird, was derzeit aufgrund der Besuchsverbote in Pflegeeinrichtungen der Fall ist (vgl. Kap. 3.3). Wie bereits erläutert, ist die gesundheitliche Verfassung und die Selbstständigkeit der Betroffenen in diesem Zusammenhang jedoch entscheidend und die Gefahr einer Vereinsamung besteht auch im eigenen Haushalt.

Darüber hinaus verdeutlichen die Ergebnisse, dass eine Entlastung der Krankenhäuser auch durch die Unterstützung von Rehabilitationskliniken erfolgt. So werden Patient*innen trotz fehlender Kostenzusage aufgenommen, wodurch Verlegungen vereinfacht werden. Zudem erkennen die Befragten erhöhte Kapazitäten, was laut ihnen auch auf die Kontaktsperren und Sicherheitsmaßnahme zurückzuführen ist. Viele Kliniken verlangen allerdings eine Direktverlegung, um das Infektionsrisiko möglichst gering zu halten (vgl. Kat. 3.4). Aufgrund dessen ist an dieser Stelle eine engmaschige Absprache mit Kliniken und Patient*innen notwendig (ebd.). Die Regelungen fallen in den verschiedenen Rehabilitationskliniken unterschiedlich aus und auch die Bedürfnisse der Patient*innen unterscheiden sich stark voneinander.

Für die vereinfachten Verlegungen in Rehabilitationskliniken ist unter anderem die Umstrukturierung der Antragsverfahren, welche einen Wegfall von Unterschriften und eine Aufnahme in Rehabilitationskliniken ohne Kostenzusage ermöglichen, verantwortlich (vgl. Kat. 3). Wie bereits in der Theorie dargestellt, dient das Krankenhausentlastungsgesetz der Entlastung und finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser. Der Abbau von Bürokratie und die Kompensation von Einnahmeausfällen sollen die Gesundheitsversorgung aller Patient*innen sicherstellen und Bettenkapazitäten schaffen (vgl. Kap. 3.2) (vgl. Langner & Wiring 2020, S. 471 f.). Basierend auf den Forschungsergebnissen, die von einem weitaus nachvollziehbareren und erleichtertem Prozedere berichten, stellt sich die Frage:

Ist eine fortschreitende Weiterführung des aktuellen Verfahrens sinnvoll?

Nicht nur in Pandemiezeiten könnte der Sozialdienst von dem vereinfachten und zeitsparenden Prozedere profitieren. Auch für Krankenkassen ergeben sich Vorteile im Organisationsaufwand, wenn die Rehabilitationskliniken durch die Sozialdienste direkt angesprochen werden. Im Hinblick auf die Verlegung von Patient*innen in Rehabilitationskliniken scheint dieses Konzept zu funktionieren, denn viele Patient*innen konnten zeitnah in Rehabilitationskliniken verlegt werden (vgl. Kat. 3.4). Welche Folgen die Umstrukturierung darüber hinaus für die Krankenversicherungen hat, ist allerdings unklar.

Inwiefern besteht jedoch trotz des Krankenhausentlastungsgesetzes ein wirtschaftlicher Entlassdruck?

Wirft man einen genauen Blick auf das Krankenhausentlastungsgesetz, wäre davon auszugehen, dass sich der in Kapitel 2.1 und 2.3 aufgegriffene wirtschaftliche Druck hinsichtlich der Entlassungen von Patient*innen verringert hat. Die Ergebnisse der Befragung zeigen jedoch deutlich, dass die Expert*innen weiterhin unter der Anspannung stehen, Patient*innen möglichst schnell zu entlassen, was oftmals auch seitens der Ärzt*innen eingefordert wird (vgl. Kat. 4.5).

Bezüglich der Kooperation mit Kostenträgern waren lediglich Diskrepanzen in der Erreichbarkeit und Bearbeitungsdauer zu erkennen (vgl. Kat. 3.1). Da dies jedoch keinen entscheidenden Unterschied zu der vorherigen Situation darstellt und andere Expert*innen wiederum von einer verbesserten Erreichbarkeit berichten, wird nicht näher auf diesen Aspekt eingegangen. Die Verzerrungen bei der Pflegebegutachtung zeigen jedoch Parallelen zu der bereits aufgegriffenen Abhängigkeit von anderen Professionen und der fehlenden Qualität der Unterlagen aufgrund des Fachkräftemangels (vgl. Kat. 3.2). Der Sozialdienst hat hier allerdings nur wenig Handlungsspielraum und muss sich auf die anderen Professionen verlassen (vgl. Kat. 2.1).

Welche Aspekte können trotz der Diskrepanzen zu einer zeitgerechten Entlassung beitragen?

*Und welche Alternativen ergeben sich für die Versorgung von Patient*innen?*

Im Hinblick auf die Weiterversorgung der Patient*innen lassen sich aus der Umfrage einige Handlungsempfehlungen ableiten. Neben den externen Erleichterungen durch die Kostenträger, ist es besonders für den Sozialdienst zielführend, benötigte Unterlagen und Befunde frühzeitig an die Weiterversorger zu vermitteln. Daneben ist eine offene und direkte Kommunikation mit den Angehörigen hinsichtlich der Regelungen in den Einrichtungen elementar. Im Hinblick auf die Belegkapazitäten versuchen die Expert*innen zudem, Alternativen mit den Betroffenen zu erarbeiten. Nicht von jedem/r Expert*in wurde das Antreten einer Rehabilitationsmaßnahme als nötig erachtet. In Anbetracht des Gesundheitsrisikos und der derzeitigen Einbußen, werden YouTube Videos vereinzelt als Alternative betrachtet, um nach dem

Krankenhausaufenthalt erste Übungen durchführen zu können. Dieser Handlungsvorschlag sollte jedoch nicht ohne weiteres übernommen werden, da Patient*innen unterschiedliche Diagnosen aufweisen und manche Indikationen einen hohen Rehabilitationsbedarf mit sich bringen. Nach einer neurologischen Erkrankung, wie beispielsweise einem Schlaganfall, ist ein hoher Rehabilitationsbedarf zu erkennen. So stellt der Verzicht auf eine Rehabilitationsmaßnahme bei einigen Diagnosen erhebliche Folgen für das weitere Leben und die Genesung des/der Patient*in dar. Alternativ wäre es auch möglich, die Rehabilitation nach einem vorübergehenden Aufenthalt zu Hause, anzutreten. Doch bereits der Zugang zu YouTube beziehungsweise Computern oder Laptops ist nicht bei jedem/jeder Patient*in gegeben. (vgl. Kat. 3.4)

Wie schon in der Theorie betont wurde, setzt die Arbeit mit externen Kooperationspartnern vor allem in der aktuellen Situation eine ausführliche Kenntnis über das strukturelle Netzwerk im Umfeld des Krankenhauses voraus, weshalb ein umfassendes Verständnis über die Einrichtungen und Leistungen gegeben sein sollte (vgl. Kap. 2.3) (vgl. Staub 1986, S. 264). Bezüglich der Covid-19-Pandemie sollte also vor allem ein Überblick über die derzeitigen Aufnahmebedingungen, Quarantäneregeln und Kapazitäten gegeben sein, um einen fließenden Übergang in die weitere Versorgung und eine flüssige Wissensvermittlung gewährleisten zu können.

Unter all den bisher aufgeführten Schwierigkeiten leiden besonders die individuellen Ansprüche der Sozialarbeiter*innen an ihre eigene Arbeit und die damit verbundene Zufriedenheit. So wird eine Entlassung ohne einschlägige Hilfsangebote als nicht zufriedenstellend empfunden (vgl. Kat. 4.1). In Anbetracht der theoretischen Grundlagen zeigen sich einige Ansätze, die den Auftrag und das Professionsverständnis der Sozialen Arbeit verdeutlichen (vgl. Kap. 2.1). So bezieht sich der Sozialdienst in seiner Tätigkeit auf die persönlichen und sozialen Probleme der Patient*innen und Angehörigen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung. Im Rahmen der Beratung und Unterstützung berücksichtigt er hierbei die sozialen, ökonomischen und subjektiven Krankheitsbedingungen (vgl. DVSG 1999, zitiert nach DVSG 2006, S. 2). Betrachtet man in diesem Zusammenhang auch den Handlungsauftrag der Sozialen Arbeit, die Autonomie und Selbstbestimmung der Menschen zu stärken (vgl. DBSH 2016, S. 2), wird deutlich, weshalb die Expert*innen ihre Aufgabe als nicht erfüllt beurteilen. In diesem Kontext ist jedoch zu erwähnen, dass das Professionsverständnis der einzelnen Sozialarbeiter*innen voneinander abweichen kann.

Wie kann auf die Unzufriedenheit in Zusammenhang mit den individuellen Ansprüchen an die Soziale Arbeit reagiert werden?

Die Ergebnisse schließen auf die Handlungsempfehlung, eigenen Ansprüche an die Arbeit an die Umstände anzupassen und herunterzuschrauben. Zudem sollte die Motivation erhalten bleiben und das Fortsetzen des normalen Alltags weitestgehend zu ermöglichen (vgl. Kat. 4.6).

8. Fazit und Ausblick

Die Thesis hat sich mit der Fragestellung beschäftigt, welchen Herausforderungen sich Sozialdienste in Krankenhäusern in Zeiten einer Pandemie stellen müssen und welche Hinweise für eine künftige hieraus resultieren. Vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Theorien bezüglich des Selbstverständnisses Sozialer Arbeit, den Rahmenbedingungen und Methoden des Sozialdienstes im Krankenhaus sowie Erkenntnissen zu der Covid-19-Pandemie und deren Folgen auf das gesellschaftliche Leben, wurden mit Hilfe einer digitalen Umfrage Schwierigkeiten und Handlungsweisen von Expert*innen während der Pandemie erhoben. Im Folgenden soll die Forschungsfrage in einer Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse beantwortet werden. Die Arbeit schließt mit einer Reflexion der Grenzen und einem daraus resultierenden Ausblick auf weitere Forschungsmöglichkeiten ab.

8.1 Zentrale Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfrage

Aus den Befragungen der Sozialarbeiter*innen ging hervor, dass die zentrale Herausforderung während der Pandemie in dem fehlenden persönlichen Kontakt und der damit verbundenen Angewiesenheit auf digitale Kommunikationsmedien liegt. Diese Schwierigkeit beeinflusst sowohl die Erfüllung des Auftrages bezüglich der Patient*innen und Angehörigen als auch die Verwirklichung der Aufgaben im Hinblick auf die interne und externe Kooperation. Da die Soziale Arbeit, wie in der Einleitung bereits aufgegriffen, stets in gesellschaftliche Verhältnisse eingebettet ist, beeinflussen die Folgen der Pandemie ihre Arbeit also unmittelbar. Davon ausgehend stellen besonders die erschwerte Einschätzung des individuellen Gesundheitszustandes der Patient*innen sowie eine nicht ausreichende Gewährleistung der Betreuung und Beratung von Betroffenen Schwierigkeiten für den Sozialdienst im Zusammenhang mit der Beratung sowie der Erfüllung des professionellen Selbstverständnisses dar. Die Betroffenen sind durch das Zusammenspiel von Krankenhausaufenthalt und Pandemie einer Doppelbelastung ausgesetzt, die sich auch auf die Arbeit des Sozialdienstes auswirkt. Es zeigt sich ein Spannungsfeld zwischen dem Schutz vor Infizierungen und der damit verbundenen Isolation sowie der sozialen Gesundheit und Vereinsamung von Patient*innen. Daneben ist auch die Weitervermittlung Betroffener durch fehlende Platzkapazitäten, Aufnahme-Stopps sowie Quarantänemaßnahmen erschwert. Die Befragung deckte zudem auf, dass die bereits bestehende Angewiesenheit auf Ärzt*innen und Pfleger*innen durch die Pandemie verstärkt wird. Die

Übernahme von Aufgaben des Sozialdienstes durch das Krankenhauspersonal macht dessen Abhängigkeit in der Arbeit mit dem interdisziplinären Team und internen Kooperationspartnern deutlich.

Um diesen Herausforderungen entgegenzutreten zu können, konnten sowohl auf Basis der theoretischen Grundlagen als auch anhand der von den Expert*innen entwickelten Handlungsweisen, Empfehlungen für eine künftige Praxis erarbeitet werden. So lassen sich in der derzeitigen Pandemielage Parallelen zu dem Konzept der Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch herstellen, mit Hilfe derer der Sozialdienst Methoden für eine Reaktion auf die Pandemie entwickeln kann. Die Analyse zeigte jedoch auch, dass die Sozialarbeiter*innen bereits viele Kompetenzen, Methoden und Netzwerke mitbringen, die es ihnen erleichtern können, auch auf diese Ausnahmesituation zu reagieren. So basiert die Lebensbewältigung auf dem Empowerment und der Milieubildung, welche Aspekte sich in der Beratung und dem Case Management wiederfinden und als elementar für die Bewältigung von Krisensituationen in Pandemiezeiten gewertet werden können. In der Beratung und Betreuung der Patient*innen ist es also besonders wichtig, Strukturen und Perspektiven für eine Zeit während und nach der Pandemie zu erarbeiten, um eine nachhaltige Entlassung der Betroffenen gewährleisten zu können. Um dies zu erreichen, sollte besonders auf eine offene Kommunikation geachtet werden. Der Sozialdienst muss seine Rolle als Vermittler noch ernster nehmen und in diesem Rahmen stets die Autonomie und Selbstbestimmung der Patient*innen wahren. Auch können interne und externe Netzwerke eine Entlastung für den Sozialdienst bieten. Die Kooperation mit den interdisziplinären Teams sollte jedoch mit klaren Aufgabenverteilungen und einem respektvollen und offenen Umgang verbunden sein, um Diskrepanzen schnell klären zu können und Unsicherheiten entgegenzuwirken. Inwieweit eine flüssige Informationsvermittlung im Krankenhaus möglich ist, ist unklar. Damit Pfleger*innen und Ärzt*innen Aufgaben des Sozialdienstes übernehmen können, sollten diese jedoch zunächst über dessen Arbeit informiert werden. Workshops oder Leitfäden, die Ausschluss über die Handlungsgrundlagen der jeweiligen Professionen bieten, sind nicht nur in Pandemiezeiten sinnvoll, könnten in der aktuellen Lage aber zu klareren Abläufen führen. Im Kontext der externen Zusammenarbeit und Weiterversorgung sollte der Sozialdienst einen Überblick über die derzeitigen Aufnahmeregeln und Quarantänemaßnahmen wahren.

Daneben bietet auch die Kommunikation über Video-Telefonate Lösungsansätze für einige der Schwierigkeiten und erleichtert Quarantänemaßnahmen oder Besuchsverbote. Video-Telefonate könnten einen Ansatz für den Austausch zwischen Sozialdienst und Patient*innen sowie Angehörigen bieten, der eine Einbindung der verschiedenen Betroffenen in die Beratungsgespräche ermöglicht. Dies würde zu einem verbesserten Informationsfluss führen, da Gestik und Mimik ersichtlicher wären und Entscheidungen leichter und abgesicherter getroffen werden könnten. Die Voraussetzungen hierfür bilden jedoch Kompetenzen im Umgang mit

Medien sowie ein Zugang zu kamerafähigen Medien. Auch in diesem Zusammenhang können Workshops oder Weiterbildungen für Personal und ältere Menschen als Handlungsgrundlage dienen. Deutlich wird, dass auch in der Sozialen Arbeit die Digitalisierung unausweichlich ist und Wege gefunden werden müssen, mit digitalen Medien zu agieren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Covid-19-Pandemie zu einer Ausnahmesituation für Patient*innen, Angehörige, Ärzt*innen, Pfleger*innen, Sozialarbeiter*innen und viele andere Menschen geführt hat. Der Kontext Krankenhaus bildet jedoch eine zusätzliche Belastungssituation für einige der Betroffenen. Soziale Arbeit sollte mit ihrem gesellschaftlichen und politischen Auftrag auf die Pandemie reagieren, um Aufklärung und Sicherheit zu fördern. In diesem Kontext ist auch eine Fokussierung auf die psychische Gesundheit der Menschen von Bedeutung. Bezüglich der interdisziplinären Zusammenarbeit kann der Sozialdienst die Krise als Chance und Handlungsaufforderung nutzen, ihr Kompetenzfeld und ihre berufliche Identität mit der sozialen Sichtweise auf Krankheit enger zu definieren, um gegen eine Entgrenzung ihres Handlungsfeldes vorzugehen. Dabei sollte sie sich einerseits klar positionieren, aber auch Verständnis für die Professionen und außergewöhnlichen Belastungen aufbringen und diese nicht als Konkurrenz sehen. Letztendlich kann diese Krise nur mit Hilfe einer engen Zusammenarbeit und Toleranz bewältigt werden. Trotz der Umstände konnte aufgezeigt werden, welche Relevanz der Sozialdienst im Kontext des Gesundheitssystems hat. Denn nur mit einem funktionierenden Entlassmanagement können Bettenkapazitäten für Covid-19-Patient*innen geschaffen werden. Die Arbeit konnte mit ihrer Sichtweise auf die Praxis möglicherweise einen Beitrag zu der Anpassung Sozialer Dienste an die neue Realität und ihrer Integration in die transformative Praxis leisten (vgl. Truell 2020).

8.2 Grenzen und Ausblick

Sowohl methodisch als auch inhaltlich lassen sich Grenzen erschließen, die in dieser Arbeit nicht beleuchtet werden konnten. Um das Risiko einer Infektion zu verringern, wurde auf qualitative Experteninterviews verzichtet und stattdessen die qualitative Online-Befragung angewandt. Dies hatte zur Folge, dass keine Nachfragen gestellt werden konnten, was die Antworten möglicherweise präzisiert hätte. Ein besserer Vergleich der verschiedenen Vorgehensweisen hätte zudem stattfinden können, wenn zunächst die Regelungen in den einzelnen Krankenhäusern erhoben worden wären, um die Vor- und Nachteile der verschiedenen Vorgehensweisen besser vergleichen zu können. In den meisten Fragebögen wird dieser Aspekt jedoch trotzdem im Rahmen der vorliegenden Fragen beantwortet. Zudem hätte geklärt werden können, ob die Befragten einem einheitlichen Professionsverständnis folgen. Die Covid-19-Pandemie stellt eine aktuelle Thematik dar und allein die gesetzlichen Regelungen haben sich im Laufe des Prozesses dieser Arbeit verändert. Die Forschung konnte daher nur einen ersten

Einblick in die Herausforderungen und Handlungsweisen des Sozialdienstes, während der Covid-19-Pandemie geben, auf die gegebenenfalls weitere Studien folgen können.

Bezüglich der Ergebnisse wurden einige Erkenntnisse gewonnen, auf die in dieser Arbeit aufgrund des Umfangs nicht weiter eingegangen werden konnte. So ist besonders die Betrachtung der Isolationsmaßnahmen unter einer ganzheitlichen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit zu nennen. Die Abwägung von Vereinsamung in Anbetracht des Schutzes von Patient*innen und Personal kann nicht einfach beantwortet werden, bietet aber dennoch Raum für weitere Interpretationen und Stellungnahmen seitens der Sozialen Arbeit. Im Hinblick auf die Kontaktsperren könnte auch eine Digitalisierung Sozialer Arbeit für eine künftige Praxis forschungsrelevant sein. In diesem Zusammenhang sind vor allem die Folgen der Digitalisierung auf die Soziale Arbeit, welche auf Basis des persönlichen Kontaktes zwischen Menschen agiert, interessant. Abschließend sollte das Augenmerk auch auf die Positionierung Sozialer Arbeit gelegt werden. Die Forschung machte erneut deutlich, dass eine klare Positionsbestimmung und Abgrenzung Sozialer Arbeit noch nicht gelungen sind.

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Literaturverzeichnis

- Ansen, H. (2001): Tätigkeitsprofil der Sozialarbeit im Krankenhaus. In: Reinicke, P. (Hrsg.): *Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft* (S. 63-69). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Ansen, H. (2008): Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit. In: Ortmann, K. & Röh, D. (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis - Perspektiven* (S. 51-70). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Ansen, H. (2010): Soziale (Alten-)Arbeit im Krankenhaus. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 139-147). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ansen, H., Gödecker-Geenen, N. & Nau, H. (2004): *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. München: Ernst Reinhardt.
- Böhnisch, L. (2012): Lebensbewältigung. Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für die Soziale Arbeit. In: Thole, W. (Hrsg.): *Grundriss Soziale Arbeit* (S. 219-234). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Böhnisch, L. (2018): *Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung* (8., erweiterte Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Böhnisch, L. (2019): *Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation [BAR] (Hrsg.). (2005): *Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation* (3., völlig neu bearbeitete Auflage). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bundesregierung (Hrsg.). (2020a): *Bund-Länder-Beschluss. Telefonschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und den Regierungschefs der Länder am 15. April 2020. TOP Bekämpfung der SARS-Cov2-Pandemie*. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: <https://lexcorona.de/lib/exe/fetch.php?media=rechtsaktebund:2020-04-15-beschluss-bund-laender-data.pdf>
- Bundesregierung (Hrsg.). (2020b): *Bund-Länder-Beschluss. Telefonschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und den Regierungschefs der Länder am 27. August 2020. TOP Bekämpfung der SARS-Cov2-Pandemie*. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/re-source/blob/975226/1780568/2f9c77a8e8a549bcac8123fbef4ee27/2020-08-27-beschluss-mpk-data.pdf?download=1>
- Bundesregierung (Hrsg.). (2020c): *Bund-Länder-Beschluss. Telefonschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und den Regierungschefs der Länder am 25. November 2020. TOP Bekämpfung der SARS-Cov2-Pandemie*. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/re-source/blob/997532/1820090/11c9749f77a71b9439759538864aa672/2020-11-25-mpk-beschluss-data.pdf?download=1>
- Bundesregierung (Hrsg.). (2020d): *Strategiepapier. Für eine wirksame internationale Antwort Deutschlands auf Covid-19*. Berlin. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: <https://www.auswaertiges-amt.de/blueprint/servlet/blob/2354908/beaae8e42d0640f6a70c4dc0e74c6adf/covid19-data.pdf>

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BzgA] (Hrsg.). (2020): *Kurz und knapp für ältere Menschen. Informationen zum Coronavirus*. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/wie-verhalte-ich-mich/als-aelterer-oder-chronisch-kranker-mensch.html?tx_dotdownload_pi1%5BiFileUid%5D=4451&tx_dotdownload_pi1%5Baction%5D=show&tx_dotdownload_pi1%5Bcontroller%5D=Download&cHash=38f2bf91ce7214792b80a901bc8a8dff
- Dannenfeld, S. (2018): Dauerbaustelle Krankenhaus - Fünf Reformentwicklungen im Bereich der stationären Versorgung. In: Janssen, D. & Augurzky, B. (Hrsg.): *Krankenhauslandschaft in Deutschland. Zukunftsperspektiven, Entwicklungstendenzen, Handlungsstrategien* (S. 25-35). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. [DVSG] (Hrsg.). (2006): *Stellungnahme zur Anhörung der Berufsverbände. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Neue Aufgabenverteilung und Kooperationsformen zwischen Gesundheitsberufen*. Mainz. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2007/Dokumentation-Anhoerung/DBSH.pdf
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. [DVSG] (Hrsg.). (2013): *DVSG-Positionspapier. Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken*. Berlin. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: <https://dvsg.org/fileadmin/dateien/02Fachgruppen/01Akutbehandlung/2013DVSG-PositionspapierEntlassungsmanagement.pdf>
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. [DVSG] (Hrsg.). (2019): *Rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit im Sozialdienst des Krankenhauses*. Berlin. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: https://dvsg.org/fileadmin/dateien/02Fachgruppen/07GesundheitsSozialpolitik/2019_DVSG_Rechtliche-Verankerung-Soziale-Arbeit-KH.pdf
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. [DBSH] (Hrsg.). (2016): *Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstag Soziale Arbeit und DBSH*. Berlin. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2019/07/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf
- Ehlers, U.-D. (2005): Qualitative Onlinebefragung. In: Mikos, L. & Wegener, C. (Hrsg.): *Qualitative Medienforschung. Ein Handbuch* (S. 279-290). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Flick, U. (2016): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (8., völlig überarbeitete und erweiterte Neuauflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U., Kardoff, E. von & Steinke, I. (2012): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U., von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 13-29). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Franke, A. (2012): *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3., überarbeitete Auflage). Bern: Huber.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung [FAZ] (2020): *Corona oder das erste halbe Jahr*. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 10.06.2020. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: <https://www.faz.net/aktuell/wissen/leben-mit-der-pandemie-corona-oder-das-erste-halbe-jahr-16805820.html>
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H. G. & Mühlum, A. (2011): *Lehrbuch Gesundheit*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2005): *Klinische Sozialarbeit*. München: Ernst Reinhardt.

- Gläser, J. & Laudel, G. (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (3., überarbeitete Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gödecker-Geenen, N. (2005): Sozialarbeit im Krankenhaus. In: Ortmann, K. & Waller, H. (Hrsg.): *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder* (S. 18-34). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Gostomzyk, J. (2020): Sozialmedizin in Zeiten der Corona-Pandemie. *Gesundheitswesen* 2020, 82 (5), 379-380. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7295296/pdf/10-1055-a-1099-8223.pdf>
- Hanses, A. (2011): Sozialdienste in Krankenhäusern – zwischen sozialpädagogischer Orientierung und institutionellen Rahmungen. In: Becker-Lenz, R.; Busse, S.; Ehlert, G.; Müller Hermann, S. (Hrsg.): *Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit. Materialanalysen und kritische Kommentare* (S. 64-80). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hegeler, H. (2008): Klinische Sozialarbeit im Krankenhaus. In: Ortmann, K. & Röh, D. (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis - Perspektiven* (S. 121-138). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Helfferich, C. (2011): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hey, G. (2001): *Perspektiven der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Personenbezogene Dienstleistungen als habitative Ressourcen* (2. Auflage). Hellweg: Jacobs.
- Hofmann, P. (2004): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. In: Schwarzer, W. & Crefeld, W. (Hrsg.): *Lehrbuch der Sozialmedizin. Für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik* (5., unveränderte Auflage, S. 411-436). Dortmund: Borgmann.
- Homfeldt, H. G. (2012): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In: Thole, W. (Hrsg.): *Grundriss Soziale Arbeit* (S. 489-503). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Homfeldt, H. G. & Sting, S. (2005): Soziale Arbeit und Gesundheit. *Sozial Extra*, 29 (9), 41-45. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12054-005-0099-6.pdf>
- Ifan, M. (2020): *COVID-19: THE UNINVITED GUEST ON THE MONTH OF SOCIAL WORK*. Hrsg. von International Federation Of Social Workers [IFSW]. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: <https://www.ifsw.org/covid-19-the-uninvited-guest-on-the-month-of-social-work/>
- Kaufmann, S. H. E. (2008): *Wächst die Seuchengefahr? Globale Epidemien und Armut: Strategien zur Seucheneindämmung in einer vernetzten Welt*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Kröll, W., Platzer, J., Ruckenbauer, H.-W. & Schaupp, W. (2020): Einleitung. In: Kröll, W., Platzer, J., Ruckenbauer, H.-W. & Schaupp, W. (Hrsg.): *Die Corona-Pandemie. Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise* (S. 7-17). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016): *Qualitative Sozialforschung* (6., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Land, B. (2018): *Das deutsche Gesundheitssystem - Struktur und Finanzierung. Wissen für Pflege- und Therapieberufe*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

- Land NRW (2020): *Ordnungswidrigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz im Zusammenhang mit der Coronaschutzverordnung (CoronaSchVO)* (Stand: 1. September 2020). Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: https://www.land.nrw/sites/default/files/asset/document/2020-09-30_bkat_ab_01.10.2020_lesefassung.pdf
- Langner, S. & Wiring, R. (2020): Das Gesetz zur COVID-19 Krankenhausentlastung. Status Quo und praktische Fragen. *Das Krankenhaus*, 112 (6), 471-472. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: <https://www.kohlhammer.de/wms/instances/KOB/appDE/Neuerscheinungen-E-Produkte/Das-Gesetz-zur-COVID-19-Krankenhausentlastung>
- Lützenkirchen, A. (2005): *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen, Praxisfelder, Institutionen*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Mahlke, L., Flohé, S., Matthes, G., Paffrath, T., Wagner, F., Wölfl, C. & Sektion Notfall-, Intensiv- und Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. [DGU] (2020): Chirurgie in der SARS-CoV-2-Pandemie: Empfehlungen zum operativen Vorgehen. *Der Unfallchirurg*, 123 (7), 571-578. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00113-020-00830-6.pdf>
- Mayer, H. O. (2013): *Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6., überarbeitete Auflage). München: Oldenbourg Verlag.
- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Menzel, R. (2010): Case Management im Krankenhaus – eine Aufgabe der klinischen Sozialarbeit. In: Brinkmann, V. (Hrsg.): *Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen* (2., aktualisierte und überarbeitete Auflage, S. 259-276). Wiesbaden: Gabler.
- Merkens, H. (2012): Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick, U.; von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (9. Auflage, S. 286-299). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Meyer, C. (2019): *Soziale Arbeit und Alter(n)*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Ningel, R. (2011): *Methoden der klinischen Sozialarbeit*. Bern: Haupt.
- Oeder, S. (2013): Krankenhausversorgung. In: Nagel, E. (Hrsg.): *Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung* (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 143-161). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Ortmann, K. & Waller, H. (2005): Grundlagen und Perspektiven gesundheitsbezogener Sozialarbeit. In: Ortmann, K. & Waller, H. (Hrsg.): *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder* (S. 2-16). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Pauls, H. (2013): *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Petzold, M. B., Plag, J. & Ströhle, A. (2020): Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. *Der Nervenarzt*, 91 (5), 417-421. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7100457/pdf/115_2020_Article_905.pdf
- Reinicke, P. (2001a): Einführung. In: Reinicke, P. (Hrsg.): *Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft* (S. 10-12). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Reinicke, P. (2001b): Rückblick auf die Entwicklung der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK). In: Reinicke, P. (Hrsg.): *Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft* (S. 15-22). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Robert Koch-Institut [RKI] (Hrsg.). (2020a): *Covid-19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit. Fallzahlen in Deutschland. Stand: 3.12.2020, 00:00 Uhr*. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html
- Robert Koch-Institut [RKI] (Hrsg.). (2020b): *SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)*. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#:~:text=Halsschmerzen%2C%20Atemnot%2C%20Kopf%2D%20und,%2C%20Lymphknotenschwellung%2C%20Apathie%2C%20Somnolenz.
- Salzberger, B., Buder, F., Lampl, B., Ehrenstein, B., Hitzentbichler, F. & Hanses, F. (2020): Epidemiologie von SARS-CoV-2-Infektion und COVID-19. *Der Internist*, 61 (8), 782-788. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00108-020-00834-9.pdf>
- Schaub, H.-A. (2008): *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. Göttingen: V&R unipress.
- Schmitt, C. (2020): COVID-19. *Sozial Extra*, 44 (3), 177-181. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12054-020-00284-5.pdf>
- Schneider, A. (2013): *Fragebogen in der Sozialen Arbeit. Praxishandbuch für ein diagnostisches, empirisches und interventives Instrument*. Opladen: Budrich.
- Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K. & Glaeske, G. (2020a): Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. *Medizinrecht*, 38 (8), 637-644. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00350-020-5614-z.pdf>
- Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K. & Glaeske, G. (2020b): Thesenpapier 2.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. *Monitor Versorgungsforschung*, 13 (3), 60-89. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/autoren/efirst/schrappe-et-al_covid-19-Thesenpapier-2-0
- Schumann, S. (2017): *Quantitative und qualitative empirische Forschung. Ein Diskussionsbeitrag*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Seltrecht, A. (2018): Medizin und Gesundheitswissenschaften. In: Schmitt, C. & Witte, M. D. (Hrsg.): *Bezugswissenschaften der Sozialen Arbeit* (S. 139-154). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Simon, M. (2017): *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise* (6., vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe.
- Spitzer, M. (2020): *Pandemie. Was die Krise mit uns macht und was wir aus ihr machen*. München: mvg.
- Staub, C. (1986): Sozialdienst in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung. In: Oppl, H. & Weber-Falkensammer, H. (Hrsg.): *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Lebenslagen und Gesundheit. Hilfen durch Soziale Arbeit* (S. 259-265). Frankfurt am Main: Diesterweg.
- Truell, R. (2020): *COVID-19: THE STRUGGLE, SUCCESS AND EXPANSION OF SOCIAL WORK*. Hrsg. von International Federation Of Social Workers [IFSW]. Zugriff am 03.12.2020.

Verfügbar unter: <https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2020/05/2020-05-18-COVID-19-the-struggle-success-and-expansion-of-social-work-1.pdf>

Wendt, W. R. (2002): Praxisfelder klinischer Sozialarbeit. In: Dörr, M. (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit - eine notwendige Kontroverse*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Wendt, W. R. (2018): *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung* (7., überarbeitete und erweiterte Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

World Health Organization [WHO] (Hrsg.) (2020): *Pandemie der Coronavirus-Krankheit (COVID-19)*. Zugriff am 03.12.2020. Verfügbar unter: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Anhang

	Seite
Fragebogen	IV
Eidesstaatliche Erklärung	VII

Weitere Daten sind dem beigefügten USB-Stick zu entnehmen (Erstprüfer, Zweitprüfer & Prüfungsbüro)

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Fragebogen

Hochschule Düsseldorf
University of Applied Sciences



Eine qualitative Studie: Der Krankenhaussozialdienst während der Covid-19-Pandemie

Seite 1

Sehr geehrte Sozialdienstmitarbeiterinnen und Sozialdienstmitarbeiter,

die aktuelle Covid-19-Pandemie (SARS-CoV-2) bringt viele Veränderungen und Einschränkungen mit sich. Besonders in meinem derzeitigen Praktikum beim Krankenhaussozialdienst sind wir darauf angewiesen, unsere Arbeitsweisen anzupassen, um auf die Situation reagieren zu können.

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit an der Fachhochschule Düsseldorf im Studiengang Sozialpädagogik / Sozialarbeit möchte ich erforschen, wie sich die Arbeit des Krankenhaussozialdienstes unter diesen besonderen Herausforderungen verändert hat und welche Handlungsstrategien die Mitarbeiter*innen entwickelt haben, um sich der Situation anzupassen.

Die Umfrage besteht aus insgesamt 5 Fragen, die Sie möglichst offen und in Ihren eigenen Worten beantworten können. Die Fragebögen werden anonymisiert und die Daten werden ausschließlich für die wissenschaftliche Erhebung verwendet.

Ich würde mich freuen, wenn Sie mich unterstützen und dieser Umfrage ein paar Minuten widmen. Bei Fragen können Sie sich gerne an mich wenden.

Mit freundlichen Grüßen

Milena Lunau

Seite 2

Als Krankenhaussozialdienst sind wir dafür verantwortlich, die Anschlussversorgung der Patient*innen zu organisieren und ihren Lebenslagen anzupassen. In diesem Rahmen konnten wir die Patient*innen und Angehörigen bisher meist in persönlichen Gesprächen beraten.

Welche Veränderungen erleben Sie hinsichtlich der Beratung der Patient*innen und ihrer Angehörigen beziehungsweise der Erfüllung ihrer Anliegen? *

Bitte schildern Sie mir wesentliche Unterschiede zur vorherigen Praxis. Beschreiben Sie, wie Sie mit den Veränderungen umgehen und welche Handlungsstrategien Sie entwickelt haben.

Seite 3

Ein wesentlicher Teil unserer Arbeit besteht auch aus der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen, Pfleger*innen und anderen Mitarbeiter*innen im Krankenhaus.

Welche Unterschiede haben sich in der Kommunikation und Zusammenarbeit mit dem Krankenhauspersonal ergeben? *

Bitte schildern Sie mir wesentliche Unterschiede zur vorherigen Praxis. Beschreiben Sie, wie Sie mit den Veränderungen umgehen und welche Handlungsstrategien Sie entwickelt haben.

Seite 4

Für die Beantragung verschiedener Anschlussheilbehandlungen stehen wir in Kontakt zu den zuständigen Leistungsträgern (Krankenversicherungen / Rentenversicherungen). Der GKV-Spitzenverband hat Sonderregelungen im Zusammenhang mit dem Coronavirus getroffen, um Verfahren im Gesundheitssystem an die aktuelle Lage anzupassen.

Inwiefern hat sich die Arbeit mit den Krankenversicherungen und Rentenversicherungen verändert? *

Bitte schildern Sie mir wesentliche Unterschiede zur vorherigen Praxis. Beschreiben Sie, wie Sie mit den Veränderungen umgehen und welche Handlungsstrategien Sie entwickelt haben.

Seite 5

Nach ihrem Krankenhausaufenthalt folgt für einige Patient*innen eine Anschlussheilbehandlung. Andere können nicht in ihr gewohntes Umfeld entlassen werden und benötigen einen stationären oder ambulanten Pflegeplatz.

Welche Veränderungen erleben Sie in der Organisation und Vermittlung der Anschlussversorgung in Rehabilitationseinrichtungen / stationäre Pflegeeinrichtungen / ambulante Pflegedienste? *

Bitte schildern Sie mir wesentliche Unterschiede zur vorherigen Praxis. Beschreiben Sie, wie Sie mit den Veränderungen umgehen und welche Handlungsstrategien Sie entwickelt haben.

Seite 6

Als Sozialdienstmitarbeiter*innen im Krankenhaus haben wir ein professionelles / berufsethisches Selbstverständnis und individuelle Ansprüche an unsere eigene Arbeit.

Inwieweit haben sich Ihre Handlungsstrategien im Zusammenhang mit Ihrem berufsethischem / professionellem Selbstverständnis und der Versorgung der Patient*innen verändert? *

Bitte verdeutlichen Sie anhand eines Beispiels, inwiefern Grenzen des berufsethischen Verständnisses erreicht wurden und wie Sie mit den Veränderungen im Hinblick auf ihre Ansprüche an die eigene Arbeit umgehen. Erläutern Sie, welche Anliegen / Motivationen Ihnen hierbei besonders wichtig sind.

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich meine Bachelorthesis zum Thema:

„Herausforderungen an die Arbeit des Krankenhaussozialdienstes in Zeiten einer Pandemie – Hinweise für eine künftige Praxis“

selbständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autoren wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angabe von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Ich bin damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner Bachelorthesis zur Einsicht ausgelegt wird.

(Ort und Datum)

(Milena Lunau)

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF