**Modul 13.2:**

**Soziale Arbeit im Gesundheitswesen**

1. **Einleitung und kurzer historischer Einblick**

Die Bedeutung Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen ist angesichts der Verflechtung von gesundheitlichen Parametern und sozialstrukturellen Parametern sehr groß. Gesundheit bildet in fast allen Altersstufen eine wichtige Basis für die soziale Lage. Umgekehrt hängt die Einbindung in das soziale Gefüge oft vom Gesundheitsfaktor ab.[[1]](#footnote-1) Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen zählt als eines der ältesten Einsatzbereiche der Sozialen Arbeit und hat in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Bereits 1849 wurde der Arzt Rudolf Virchow auf den Zusammenhang von benachteiligten Lebensbedingungen und Krankheit aufmerksam und leistete damit erste Pionierarbeit für die Soziale Arbeit.[[2]](#footnote-2)

In der geschichtlichen Entwicklung der Sozialen Arbeit spielte das Thema Gesundheit eine wesentliche Rolle. Ende des 19. Jahrhunderts stellte sich Gesundheit als soziales Problem heraus. Mit der Industrialisierung kam es zu großen Wanderungsbewegungen in den Völkern. Kleine Manufakturen wurden durch große Fabriken abgelöst. Menschen flohen vom Land in die Stadt (Urbanisierung). Dies führte in vielen Fällen zur Verschlechterung der Lebensbedingungen, bspw. durch ungünstige Wohnverhältnisse oder schlechter Ernährung. Auch die gesundheitliche Lage der Arbeiter\*Innen erweckte Besorgnis hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der Industrie oder der militärischen Tauglichkeit. Für Pionierinnen der Sozialen Arbeit, u.a. Alice Salomon, war der Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit die Triebfelder ihres Denkens und Handelns. Sie forderten eine bessere Ernährungslage, Verbesserung von Arbeits-, Mutter-und Kinderschutz oder die Verbesserung der Sozialhygiene. Alle Forderungen hatten den Fokus, eine bessere Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen.[[3]](#footnote-3)

Ab 1883 wurden in Deutschland durch Reichskanzler Bismarck zuerst die gesetzliche Krankenversicherung, dann die Unfallversicherung und schließlich die Rentenversicherung eingeführt. Diese Sozialreform führte zur Etablierung eines staatlichen Sozialversicherungssystems. Die durch Bismarck verabschiedeten sozialen Gesetzgebungen setzten an den sozialen Sorgen des Einzelnen an und machten diese folglich auch zur Sorge des Staates. Der ursprüngliche Rettungsgedanken wandelte sich hin zur Fürsorge und professionellen Hilfen. Die Armenhilfe wurde zu dienstleistungsorientierten sozialen Hilfe weiterentwickelt.

1. **Definition Soziale Arbeit**

Grundsätzlich ist vorweg eine Differenzierung zwischen Sozialpädagogik und Sozialer Arbeit vorzunehmen. Die Sozialpädagogik, im Volksmund auch gerne Erziehungswissenschaft benannt, findet überwiegend im schulischen Bezugsrahmen statt. Die Zielgruppe der Sozialpädagogik sind Kinder und Jugendliche, die im Rahmen der Erziehung und der schulischen Bildung begleitet werden. Die Ansätze in dieser Fachrichtung sind überwiegend präventiv ausgerichtet und dienen der Erziehungs- und Beratungsarbeit. Im Folgenden soll der Blick auf die Soziale Arbeit als praxisorientierte Profession gelegt werden, die sich u.a. mit Gesundheitsaspekten und Benachteiligungen im sozialen System beschäftigt.

*„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein.“[[4]](#footnote-4)*

Diese Definition greift auf, dass Soziale Arbeit an praktischen Erfahrungen ausgerichtet ist. Sie beschäftigt sich mit sozialen Systemen und der Integration des Einzelnen in diese. Soziale Arbeit fundiert auf Theorien und Methoden und greift auf ein breit gefächertes Fachwissen zurück.

Des Weiteren kann die Soziale Arbeit als ein Produkt der Moderne gesehen werden. Sie reagiert auf soziale Folgen, auf Risiken und Problemlagen der gesellschaftlichen Modernisierung. Soziale Arbeit ist eine institutionen- und personengebundene Form der Bearbeitung sozialer Ungleichheit. Sie bearbeitet soziale Fragestellungen und Problemlagen und hat in der Regel immer einen Bezug zu staatlichen Institutionen. Zum einen aufgrund der Gesetzesgrundlagen. Viele Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit wirken im Rahmen der sozialpolitischen Gesetzgebung. Zum anderen sind Sozialarbeiter\*Innen bei (staatlichen) Institutionen angestellt und verfolgen in diesem Rahmen auch die Umsetzung der Sozialgesetzgebung. In diesem Zusammenhang versuchen Sozialarbeiter\*Innen, auch im Sinne des Staates, Problemlagen zu bearbeiten und soziale Ungleichheit zu beseitigen.

Darüber hinaus zählt die Soziale Arbeit als Versuch, Desintegration entgegen zu wirken und zielt auf soziale Integration bzw. Inklusion der Klient\*Innen ab.

Im Rahmen des sozialarbeiterischen Handelns sollen die Klient\*Innen dazu befähigt werden, ihre Lebenssituation selbst zu gestalten und (soziale) Problemlagen zu bewältigen.

Eine einheitliche Zuordnung der Sozialen Arbeit in ein Aufgabenfeld ist nicht möglich. Soziale Arbeit hat keinen klaren Bezugsrahmen, in dem sie stattfindet. Das bedeutet, es ist i.d.R. kein Ort oder Raum für die Soziale Arbeit vorbehalten. Sie erfolgt situativ und individuell. Soziale Arbeit reagiert spontan an sozialen Krisenherden, die sehr vielseitig sein können und auch plötzlich auftreten können (bspw. Flüchtlingshilfe). Aufgrund dieser Spezifika ist auch kein abgrenzbares und eingrenzbares Aufgabenverständnis möglich. Es handelt sich um ein vielseitiges und diffuses Berufsfeld, welches mit Heterogenität und Individualität konfrontiert.

Die praktische Soziale Arbeit umfasst eine ganze Reihe an Tätigkeitsfeldern, einschließlich verschiedener Formen der Therapie und Beratung, Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit, Formulierung und Analyse von politischen Maßnahmen sowie Fürsprache Aktivitäten und politische Interventionen.

Die Aufgaben eines Sozialarbeiters sind daher komplex und vielseitig und nicht abschließend zu definieren:

* Beratung und Betreuung von Personen in schwierigen, aber alltäglichen Lebenslagen
* Hilfestellung und Vermittlung zu Unterstützungsangeboten
* Unterstützung bei Organisation, Planung und Verwaltung von Hilfen
* Koordination und Lotsenfunktion
* Erarbeitung von Lösungen oder Lösungsansätzen für und mit dem Betroffenen
* Empowerment und Hilfe zur Selbsthilfe, Ressourcenmanagement
* Ganzheitlicher Blick auf die Problemlage
* Methoden-Trias der Sozialen Arbeit: Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit, Gemeinwesenarbeit
* Dokumentation (Hilfeplanung, Versorgungsplanung, Teilhabeplanung)
* Sicherstellung einer stabilen Gesamtversorgung

Auslöser für die Soziale Arbeit sind häufig psychosoziale Krisen der Klient\*Innen. Das seelische Gleichgewicht wird aufgrund der Krise gestört, der Betroffene wird mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert, die er augenscheinlich nicht mit seinen bisher erworbenen Bewältigungsstrategien und Kompetenzen lösen kann. In einer solchen (Lebens-) Krise kann Soziale Arbeit Ressourcen aktivieren, Netzwerkstrukturen aufbauen, Selbsthilfekräfte aktivieren und als Lotse zwischen den Systemen vermitteln.

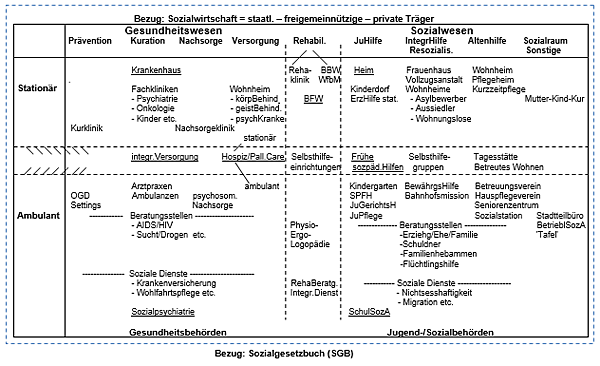
1. **Aufgaben und Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen**

„*Das Gesundheitswesen umfasst alle Einrichtungen, die die Gesundheit der Bevölkerung erhalten, fördern und wiederherstellen sowie* [*Krankheiten*](https://aok-bv.de/lexikon/k/index_00448.html) *vorbeugen. 75 Prozent der* [*Gesundheitsausgaben*](https://aok-bv.de/lexikon/g/index_06414.html) *werden in Deutschland öffentlich über Sozialabgaben und Steuern finanziert […]. Die medizinische Versorgung wird im ambulanten Bereich durch niedergelassene Arztpraxen, spezielle Fachambulanzen an* [*Krankenhäusern*](https://aok-bv.de/lexikon/k/index_00433.html) *sowie durch* [*Medizinische Versorgungszentren*](https://aok-bv.de/lexikon/m/index_00467.html)*, im stationären Bereich durch Akut-*[*Krankenhäuser*](https://aok-bv.de/lexikon/k/index_00433.html)*, Fach- und Rehabilitationskliniken wahrgenommen. Die Versorgung mit Medikamenten erfolgt über* [*Apotheken*](https://aok-bv.de/lexikon/a/index_00184.html)*. Hinzu kommen weitere nichtärztliche Heilberufe wie Physiotherapeuten sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen*.“[[5]](#footnote-5)

Als Gesundheitswesen kann die Gesamtheit der staatlichen Einrichtungen und Regelungen zur Bekämpfung von Krankheit und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung verstanden werden. Neben der Erhaltung der Gesundheit können auch die Themen Prävention, Diagnostik und therapeutische Interventionen Aufgabe eines öffentlichen Gesundheitswesens sein. In der organisatorischen Betrachtung gibt es vielseitige Stellen mit Gesundheitsbezug im ambulanten Bereich, Angebote im teilstationären Setting und stationäre Versorgungsangebote. Diese werden ergänzt durch selbstorganisierte Initiativen, Selbsthilfevereinigungen oder Gruppen im Rahmen des bürgerschaftlichen Engagements.

An der Gestaltung und Funktion des Gesundheitswesens sind mehrere Akteure beteiligt:

* Der Staat mit seiner Gesetzgebung und öffentlichen Körperschaften (bspw. AOK als Körperschaft des öffentlichen Rechts)
* Leistungsempfänger in Form der Klient\*Innen
* Leistungserbringer bspw. Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten
* Leistungsfinanzierer
* Interessenverbände und Gremien, bspw. Bundesverbände, GKV Spitzenverband



Bei der Ausgestaltung gelten das Subsidiaritätsprinzip und das Solidaritätsprinzip, um eine Bedarfs- und Leistungsgerechtigkeit zu erhalten.

Die bisherigen Haupt-Arbeitsfelder gesundheitsbezogener Sozialarbeit sind:

* Psychiatrie, insbesondere sozialpsychiatrischer Dienst
* Stationäre und ambulante Suchtkrankenhilfe
* Behindertenhilfe
* Nachsorge und Rehabilitationseinrichtungen
* Pädiatrie, Frühförderung behinderter Kinder
* Krankenhaussozialdienste
* Altenhilfe[[6]](#footnote-6)

Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist immer dann gefordert, wenn es um die Unterstützung bei der Bewältigung einer körperlichen oder psychischen Erkrankung oder um Pflege bzw. Pflegebedürftigkeit geht. Auch Hilfestellungen für Angehörige spielen eine wichtige Rolle. Dies erfordert ein breites Wissen und gleichzeitig eine Kompetenz, individuelle Lebens- und Problemlagen ebenso wie die soziale Situation der Betroffenen in ihrem jeweiligen Kontext zu verstehen und hieraus Hilfe- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen oder zu entwickeln.[[7]](#footnote-7)

Sind Gesundheit und Krankheit Schwerpunkte sozialberuflicher Tätigkeit, kann von sozialer Gesundheitsarbeit gesprochen werden. Ist diese im sozialrechtlich normierten Gesundheitswesen verankert, handelt es sich um Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Bei Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen geht es vor allem um die Integration chronisch kranker und / oder sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Sie spielt eine bedeutende Rolle, wenn es darum geht, die soziale Ungleichverteilung von Gesundheitsgütern zu mildern und die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen. Es geht um die Verbesserung des Gesundheitszustandes. Durch die Stärkung von personellen, materiellen oder strukturellen Ressourcen sollen die Klient\*Innen befähigt werden, am Sozialsystem teilzuhaben.[[8]](#footnote-8)

In der Arbeit mit chronisch Kranken stellen medizinische Aspekte nur einen Teil der Hilfe dar. In diesem Zusammenhang ist daher die ICF Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu erwähnen. Die ICF ergänzt die bestehenden Klassifikationen der Krankheiten (ICD-10) und legt den Blick auf die Funktionsfähigkeit und die dadurch entstehende Behinderung. Die Klassifizierung nach ICF berücksichtigt auch die mit Gesundheit zusammenhängenden Aspekte der Aktivitäten und der Teilhabe sowie mögliche Kontextfaktoren, die sich auf Gesundheit auswirken können (auch das bio-psychosoziale Modell genannt). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen bedient sich der Grundlagen des bio-psychosozialen Modells von Gesundheit und Krankheit. Das bedeutet, sie versucht, sowohl die biologischen als auch die psychosozialen Faktoren eines Krankheitsverlaufs integriert zu erfassen. Mit diesem Blickwinkel auf die Ganzheitlichkeit einer Erkrankung ergänzt sie die wissenschaftlich fundierte Humanmedizin. Das bio-psychosoziale Modell findet seinen Ursprung in der Systemtheorie und betrachtet den Menschen als körperliches und seelisches Wesen in seiner Lebenswelt. Körperliche Erkrankungen haben oft seelische und soziale Folgen und bestimmen damit die Lebensumstände und den Grad der dadurch erlebten Beeinträchtigung. Gesundheit ist ein relativer Begriff und definiert sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit. Vielmehr geht es bei diesem Modell darum, vorhandene Stärken so einzusetzen, dass sie organische, psychologische, ökologische oder soziale Störungen so beeinflussen und kontrollieren können, dass die zentralen Lebensziele weiterhin verwirklicht werden können und eine Teilhabe am Leben der Gesellschaft möglich ist.[[9]](#footnote-9)

Handlungsansätze der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen:

* Psychoedukation: Vermittlung von Informationen, bspw. zum Krankheitsbild und möglichen folgen und Kompetenzerweiterung des Betroffenen, um selbst Lösungsansätze zu finden
* Bewältigungshilfen, bspw. Strukturierungsangebote zur besseren Alltagsbewältigung
* Krisenintervention: psychosoziale Akuthilfe durch Bedürfnis- und Bedarfsermittlung in einer psychosozialen Krise sowie die Vermittlung in das soziale Netzwerk oder die Organisation längerfristiger psychosozialer Hilfen
* Konfliktmanagement und Konfliktbearbeitung
* Case Management als Methodik der sozialen Einzelfallhilfe: Beratungsprozess, der von der Situationsanalyse über die Planung und Organisation von Maßnahmen hin zur Evaluation der durchgeführten Maßnahmen reicht
* Umfeld bezogene Methoden, bspw. Vermittlung von Arbeitsplätzen, berufliche Rehabilitationsmaßnahmen
* Schaffung von Kommunikationsplattformen
* Förderung der Selbsthilfe
* Angehörigen Arbeit, bspw. Familienberatung oder systemische Beratungsansätze
* Psychosoziale Beratung und emotionale Unterstützung
* Sozialberatung und Gesundheitsberatung
* Aufklärung und Informationsarbeit
* Rehabilitation und Nachsorge
* Netzwerk- und Gemeinwesenarbeit
* Gesprächs- und Selbsthilfegruppen mit und ohne professionelle Anleitung
* Vermittlung, Vernetzung und Lotsenfunktion
* Integrationshilfen, medizinische, berufliche und soziale Teilhabemöglichkeiten
* Empowerment: Aktivierung, Unterstützung, Motivierung und Befähigung des Klienten in seiner Lebenswelt[[10]](#footnote-10)

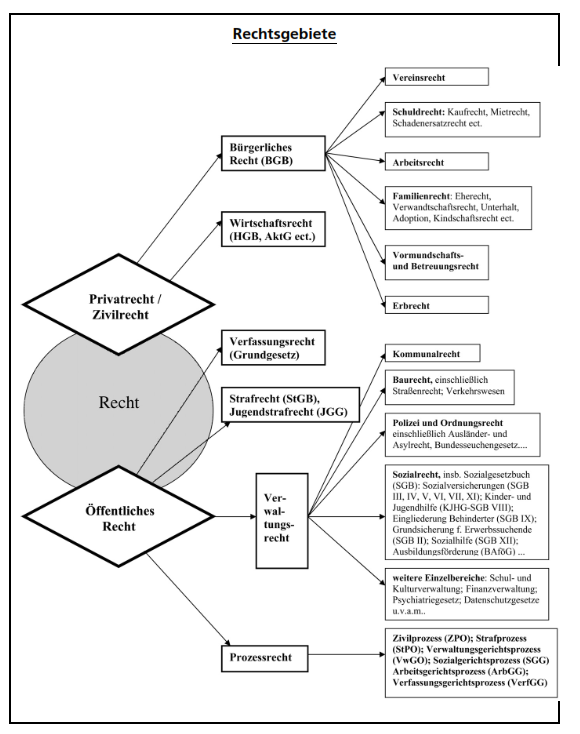
1. **Rechtliche Grundlagen**

Die rechtliche Lage gibt Strukturen vor, die in allen Bereichen Sozialer Arbeit von Bedeutung sind. Nicht nur Einschränkungen, sondern vor allem auch vielfältige Ansprüche auf Sozialleistungen ergeben sich aus rechtlichen Bestimmungen. Damit zeigt sich die Relevanz des Rechts, als Grundlage und Rahmenbedingung Sozialer Arbeit. Eigene Rechtskenntnisse erhöhen die Handlungskompetenz in allen sozialen Handlungsfeldern erheblich. Da es sich hier nicht um eine Rechtsvorlesung handelt, werden die wichtigsten Grundlagen skizziert.[[11]](#footnote-11) Sozialrecht ist keine statische Materie, sondern ändert sich immer wieder auch mit gesellschaftlichen Veränderungen, wandelnden Wertvorstellungen und politischen Entscheidungen (bspw. Bundesteilhabegesetz, Einführung 2017 oder Krankenhausentlastungsgesetz, Einführung 2020 in Zusammenhang mit der Corona Pandemie). Durch die gesetzliche Festschreibung werden der Umfang staatlich garantierter Sozialleistungen und der Spielraum für die inhaltliche Gestaltung von Leistungen (bis zu einer möglichen Gesetzesänderung) zu einer verbindlichen Rahmenbedingung für Soziale Arbeit.

Wichtig bleibt bei aller Beschäftigung mit dem Recht, dass es keineswegs einziger Bezugspunkt für Soziale Arbeit ist, sondern einer von vielen. Sozialwissenschaftliche, pädagogische, psychologische, persönliche Qualifikationen und ethische Ziele haben je nach Tätigkeitsschwerpunkt ebenso große oder größere Bedeutung.[[12]](#footnote-12)



Die Grundlagen für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen finden sich vorrangig in den Sozialgesetzbüchern:

[[13]](#footnote-13)

Soziale Arbeit als Profession ist nicht eindeutig rechtlich verankert. Als rechtliche Grundlage für Soziale Arbeit kommen allgemeine Auskunfts- und Beratungsansprüche nach in Betracht:

**§14 Abs. 1 SGB I:** Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind

**§15 Abs. 1 SGB I:** Die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sind verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach diesem Gesetzbuch Auskünfte zu erteilen.

Die Soziale Arbeit in Krankenhäusern oder bei der gesetzlichen Krankenversicherung ist im fünften Sozialgesetzbuch u.a. geregelt.

**§1 Satz 1 SGB V:** Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die *Gesundheit* der Versicherten *zu erhalten, wiederherzustellen* oder ihren *Gesundheitszustand zu bessern*. Das umfasst auch *die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung* der Versicherten.

**§11 Abs. 4 SGB V:** Versicherte haben Anspruch auf ein *Versorgungsmanagement* insbesondere zur Lösung von Problemen beim *Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche;* dies umfasst auch die fachärztliche *Anschlussversorgung*. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten.

**§39 Abs. 1a SGB V:** Die Krankenhausbehandlung umfasst ein *Entlassmanagement* zur Unterstützung einer *sektorenübergreifenden Versorgung* der Versicherten beim Übergang in die Versorgung *nach Krankenhausbehandlung.* § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den §§ 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch.

Bei der Sozialen Arbeit im Rahmen der Begleitung von Menschen mit Behinderung spielt das neunte Sozialgesetzbuch, seit 2017 auch Bundesteilhabegesetz genannt, eine wichtige Rolle.

**§4 SGB IX:** Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,

2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,

3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder

4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

**§25 SGB IX:** Im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen sind die Rehabilitationsträger verantwortlich, dass

1. die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden,

2. Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden,

3. Beratung entsprechend den in den §§ 1 und 4 genannten Zielen geleistet wird,

4. Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden,

5. Prävention entsprechend dem in § 3 Absatz 1 genannten Ziel geleistet wird sowie

6. die Rehabilitationsträger im Fall eines Zuständigkeitsübergangs rechtzeitig eingebunden werden.

Die o.g. Paragrafen definieren den anspruchsberechtigten Personenkreis und beschreiben, dass zur Unterstützung von Menschen mit Behinderung eine vielseitige Zusammenarbeit zwischen den Institutionen, Sozialleistungsträgern und Leistungserbringern erfolgen kann. Im Rahmen der Teilhabeplanverfahren (§19 SGB IX und §20 SGB IV) kann Soziale Arbeit mit der Lotsenfunktion Koordinierungs- und Abspracheaufgaben übernehmen.

Abschließend ist noch die gesetzliche Pflegeversicherung anzuführen.

**§7a SGB XI:** Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung); Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden. Für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich. Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 systematisch zu erfassen und zu analysieren,

2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,

3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,

4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,

5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie

6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren

Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zielt auf die umfassende Unterstützung bei der Auswahl und Inanspruchnahme notwendiger Hilfe- und Pﬂegeleistungen im Pﬂegefall. Sie ist Voraussetzung dafür, dass Pflegebedürftige in ihren häuﬁg komplexen Problemlagen Orientierung und Transparenz im Hinblick auf die erforderlichen Maßnahmen bekommen. Die im Jahre 2009 eingeführte individuelle Pﬂegeberatung nach §7a SGB XI ergänzt die bereits vorhandenen Angebote im Bereich Aufklärung und Beratung um das individuelle Recht auf ein Fallmanagement.[[14]](#footnote-14)

Die oben beschriebenen rechtlichen Regelungen werden in der Praxis noch ergänzt durch die rechtlichen Grundlagen für den Sozialdatenschutz sowie die Einwilligung des Betroffenen zur Beratung und Durchführung der Fallbegleitung. Diese sind im zehnten Sozialgesetzbuch verankert.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendhilfe sind im achten Sozialgesetzbuch beschrieben. Sie tangieren Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, werden aber in dieser Vorlesung nicht explizit beschrieben.

Abschließend ist zu erwähnen, dass auch das Strafgesetzbuch die Berufspflichten eines Sozialarbeiters ins Visier nimmt und hier im §203 StGB die Strafbarkeit des Fehlverhaltens bei der Verletzung von Privatgeheimnissen (Schweigepflicht) definiert.

1. **Verschiedene Mandate Sozialer Arbeit**

In der Vorlesung veranschaulicht durch Videobeitrag:

<https://www.youtube.com/watch?v=o1bvmviuTao>

Ein Sozialarbeiter hat im Rahmen seiner Tätigkeit oft mehrere Aufträge, auch sogenannte Mandate, die er bei der Bearbeitung des Anliegens berücksichtigen muss.

Der Begriff **Doppeltes Mandat** bringt zum Ausdruck, dass Soziale Arbeit einen doppelten Auftrag zu erfüllen hat: Sie muss sich zum einen am Wohl und der Realität der Klient\*innen orientieren, sie muss zum anderen aber auch im Auftrag des Staates bzw. der Gesellschaft handeln. In vielen Fällen ist der Auftrag in Einklang zu bringen. Dies gelingt jedoch nicht immer. Das Beispiel der Kindeswohlgefährdung veranschaulicht diese Problematik am besten. Eine familiäre Konfliktsituation, ggf. auch Gewalttätigkeit wirkt sich negativ auf die Entwicklung eines Kindes aus. Grundsätzlich gilt, dass mit Hilfen des Staates versucht wird, das Kind solange wie möglich im Familiensystem zu belassen und die Familie nach Möglichkeit mit ambulanten Hilfen und Angeboten zu unterstützen. Gelingt dies nicht, ist das Kindeswohl gefährdet. Zum Schutz des Kindes wird diesen durch den Staat in Obhut genommen und in einer Pflegefamilie untergebracht. In diesem Beispiel können die Aufträge der Eltern (= Kind in der Familie behalten) nicht mit dem Auftrag des Staates (=Schutz des Kindeswohls) in Einklang gebracht werden.

Das Tripelmandat der Sozialen Arbeit berücksichtigt neben den individuellen Bedürfnissen des Klienten, die Bedingungen der Sozialpolitik sowie die eigene Profession. Sozialarbeiter sind dementsprechend ihren Klienten, dem Staat und ihrer Fachlichkeit verpflichtet, was sie im beruflichen Alltag immer wieder in schwierige Situationen und ggf. in Konfliktsituationen bringt.

1. **Aktuelle Herausforderungen**

Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist wie bereits in den vorangehenden Kapiteln institutions- und personenbezogen und muss sich in diesem Zusammenhang auch diversen aktuellen (und ggf. auch politischen) Herausforderungen stellen.

Aktuelle, personenbezogene Herausforderungen zeigen sich im Rahmen der Covid-19-Pandemie im direkten Klienten Kontakt. Soziale Arbeit ist Beziehungsarbeit. Beziehung entsteht in der Regel durch Kommunikation, persönliche Begegnung und Interpretation von Gestik und Mimik. Durch Kontaktbegrenzungen oder vorübergehende Schließungen von Institutionen ist die Face-to-Face-Beratung zunehmend eingeschränkt. Teilweise sind Kontaktangebote (bspw. in Beratungsstellen) nicht mehr möglich. Des Weiteren ist Soziale Arbeit auch von der Compliance der Klient\*Innen abhängig. Compliance bedeutet Mitarbeit des Betroffenen und somit einen aktiven Part des Klienten bei der Lösungsfindung.

Im Gesundheitswesen allgemein zeigen sich darüber hinaus weitere Herausforderungen:

* Zunahme psychosomatischer Erkrankungen, vor allem im Kindes- und Jugendalter, zeitweise auch durch den Konsum von (illegalen) Substanzen verursacht
* Demografischer Wandel und Zunahme altersbedingter Erkrankungen. Demenz, Depression und Delir als Erkrankung des Alters können ohne fachmännische Diagnostik oft nicht richtig erkannt oder differenziert werden. Meist kommt es im Zuge dessen zu einer Fehlbehandlung und steigender krankheitsbedingter Einschränkungen
* Abnahme der sozialen Kohäsion in der gesundheitlichen Versorgung
* Veränderte Zugänge zur medizinischen Versorgung, bspw. durch fehlende Fachärzte oder fehlende Krankenhäuser in ländlichen Regionen
* Medizinisch-technischer Fortschritt: Die (gesetzlichen) Krankenversicherungen sehen sich dadurch mit steigenden Ausgaben konfrontiert
* Fachkräftemangel im medizinischen und sozialen Bereich, aber auch fehlendes Strukturen im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements
* Digitalisierung im Gesundheitswesen
* Corona-Pandemie 2020 und damit verbundene, schnelle Gesetzesänderungen (bspw. Krankenhausentlastungsgesetz, Intensiv- und Rehabilitationsstärkungsgesetz, etc.)
* Verknappung und Selektion gesundheitlicher Versorgungen

1. **Sektorenübergreifende Versorgung und Entlassmanagement**

Ein wichtiges Kennzeichen Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen ist die interprofessionelle Kooperation mit anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen. Die Komplexität der Problemlagen ist zunehmend, sodass für die Problemlösung meist ein einzelner Leistungsträger / Leistungserbringer / Kostenträger / Netzwerkpartner etc. nicht ausreichend ist. Der ganzheitliche Ansatz fordert hier den gemeinsamen Austausch von Informationen oder Fachwissen (bspw. unterschiedliche rechtliche Grundlagen, Fachsprache, besondere Leistungsvoraussetzungen).

Bei der „sektorenübergreifenden Versorgungsform“ oder auch „integrierte Versorgung“ wird diese Idee aufgegriffen. Sie fördert den Gedanken an eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren im Gesundheitswesen. Angebote der integrierten Versorgung zielen auf eine patientenorientierte, interdisziplinäre und medizinische Versorgung durch eine enge Kooperation der Leistungserbringer, um die Qualität der Versorgung zu verbessern. Langfristig soll auch die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung verbessert werden.[[15]](#footnote-15)

Die rechtlichen Veränderungen der letzten Jahre greifen u.a. diese interprofessionellen Ansätze auf. So definiert das Bundesteilhabegesetz (SGB IX), dass zur gemeinsamen Klärung des Anliegens eine Teilhabeplankonferenz einberufen werden soll, in dem alle Beteiligten über die beantragte Leistung entscheiden.

Der §20 SGB IX regelt darüber hinaus:

(1) Mit Zustimmung der Leistungsberechtigten kann der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens nach § 19 verantwortliche Rehabilitationsträger zur gemeinsamen Beratung der Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf eine Teilhabeplankonferenz durchführen. Die Leistungsberechtigten, die beteiligten Rehabilitationsträger und die Jobcenter können dem nach § 19 verantwortlichen Rehabilitationsträger die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz vorschlagen. […]

(3) An der Teilhabeplankonferenz nehmen Beteiligte nach § 12 des Zehnten Buches sowie auf Wunsch der Leistungsberechtigten die Bevollmächtigten und Beistände nach § 13 des Zehnten Buches sowie sonstige Vertrauenspersonen teil. Auf Wunsch oder mit Zustimmung der Leistungsberechtigten können Rehabilitationsdienste, Rehabilitationseinrichtungen und Jobcenter sowie sonstige beteiligte Leistungserbringer an der Teilhabeplankonferenz teilnehmen. […]

**Entlassungsmanagement:**

Zur Krankenhausbehandlung gehört seit dem GKV – Versorgungsstärkungsgesetz (16.07.2015) auch das Entlassungsmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung. Der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung stellt eine besonders kritische Phase in der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patient\*Innen dar. Um hier Versorgungslücken durch mangelnde oder unkoordinierte Anschlussbehandlungen zu vermeiden, sind Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken nach dem §39 Absatz 1a SGBV verpflichtet, ein effektives Entlassungsmanagement zur Unterstützung des Übergangs in die Anschlussversorgung zu gewährleisten.[[16]](#footnote-16)

Entlassungsmanagement hat als Versorgungsaufgabe der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Mit Einführung des Rechtsanspruchs auf ein Versorgungsmanagement (§11 Absatz 4 SGBV) wurden u.a. Gebote der Kooperation der Sozialleistungsträger und Leistungserbringer beim Übergang von der stationären Behandlung in andere Versorgungsbereiche geschaffen. Darüber hinaus wurde speziell durch die Ergänzung des §39 Absatz 1a SGBV *„Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung“* das Entlassmanagementals Regelleistung der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken verortet.

Durch die Neuausrichtung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in den letzten Jahren sowie der Ökonomisierung des Gesundheitswesens und der Ambulantisierung von Versorgung wurden entsprechende Anforderungen an das Entlassungsmanagement geschaffen. Verschiedene weitere Entwicklungen führen ebenfalls dazu, dass sich die Anforderungen an die Organisation des Entlassungsprozesses aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationsklinik verändern. Dazu gehören u.a. die Folgen des demografischen Wandels, der höhere Anteil an älteren Menschen, die Singularisierung von Lebensformen, die Veränderung des Erkrankungsspektrums durch Zunahme an chronisch Erkrankter und Patient\*Innen mit Multimorbidität. Neben der Heilung von Krankheiten rückt die Bewältigung der Krankheitsfolgen wie beispielsweise Arbeitsunfähigkeit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit mehr ins Zentrum der Versorgung. In den Kliniken ändert sich auch die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen wird der Entlassungsprozess aus Sicht der Patient\*Innen aber auch aus Sicht der zuständigen Stellen immer komplexer.

Soziale Arbeit ist prädestiniert, ihre Expertise als Vermittler / Übersetzer / Lotse zwischen den Patient\*Innen, den Systemlogiken, der Sektoren und der verschiedenen sozialrechtlichen Unterstützungssystemen einzubringen.

*„Soziale Arbeit ergänzt die ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung durch Interventionen, die auf intrapersonelle und soziale Probleme der Patientinnen / Patienten im Zusammenhang mit ihren Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen gerichtet sind. Im Mittelpunkt steht dabei die Aufgabe, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sicherzustellen. Die psychosoziale Beratung […] sowie die Vermittlung in nachstationäre Versorgungsangebote […] ist […] gesetzlich verankert.“[[17]](#footnote-17)*

Das Entlassungsmanagement ist daher im Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit im Krankenhaus und in den Rehabilitationskliniken angesiedelt. Das Entlassungsmanagement stellt dabei nur einen Teil des Aufgabenspektrums dar.

*„Sozialarbeiterisches Entlassungsmanagement ist ein konzeptionelles, professionelles Vorgehen der Sozialen Arbeit, um im Falle multipler Problemlagen mit Patientinnen / Patienten und ihren Angehörigen / Bezugspersonen im interprofessionellen Rahmen unter Berücksichtigung von individuellen Ressourcen und Belastungen, sowie professionellen und informellen Unterstützungsleistungen eine tragfähige Entscheidung für die nachstationäre Versorgung zu erarbeiten und umzusetzen.“[[18]](#footnote-18)*

Das Entlassungsmanagement der Sozialen Arbeit basiert demnach auf der Berücksichtigung von sozialen, kulturellen, psychischen, gesundheitlichen Aspekten, Wohnumfeldfaktoren und leistungsrechtlichen sowie versorgungsstrukturellen Gegebenheiten. Es orientiert sich an definierten Qualitätsstandards und berufsethischen Prinzipien und bedient sich den Methoden der Sozialen Arbeit.

Die Ziele des Entlassungsmanagements lassen sich wie folgt definieren:

* Sicherstellung der Anschlussversorgung und Klärung der Voraussetzungen für eine Rückkehr in die häusliche Umgebung
* Sicherstellung der Finanzierung der eingeleiteten Maßnahmen
* Unterstützung der Patient\*Innen bei psychosozialen Belastungen
* Berücksichtigung ökonomischer Aspekte: Vermeidung von Verlängerung der Verweildauern und Reduktion von Drehtüreffekten

Soziale Arbeit im Krankenhaus oder in der Rehabilitationsklinik bearbeitet im Kontext des Entlassungsmanagements daher folgende Themen:

* Sozialrechtliche Beratung, Beratung zu Sozialleistungen und wirtschaftliche Sicherung
* Beratung und Einleitung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, Vorsorgeleistungen, Pflegeleistungen oder spezifische Beratungsangebote
* Soziale Teilhabe und Unterstützung bei der Organisation von Hilfen zur selbständigen Alltagsbewältigung
* Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
* Psychosoziale Beratung und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, Beratung bei psychischen Problemen oder familiären Schwierigkeiten
* Angebote zur Patientenschulung, Psychoedukation oder Aufklärung im Rahmen von Sozialer Gruppenarbeit[[19]](#footnote-19)

Im Fokus des Entlassungsmanagements durch Soziale Arbeit stehen komplexe, gesundheitliche und psychosoziale Problemlagen, die unter Einbezug der individuellen Lebenswelt der Klient\*Innen und des jeweiligen sozialen Netzes geklärt werden sollen. Patientinnen und Patienten werden individuell bei der Organisation der nachstationären Versorgung unterstützt, über Zugänge zu möglichen Leistungen oder Beratungsstellen beraten und ihre (sozialen) Ressourcen mobilisiert. Dabei ist eine enge Verknüpfung zwischen psychosozialer und sozialrechtlicher Beratung vorhanden, die in die Organisation der nachstationären Versorgung mit eingebunden wird.

Das Spektrum der möglichen Maßnahmen ist aufgrund der Heterogenität der Patienten Schaft und deren heterogenen Krankheitsbildern sehr breit gefächert. Meist handelt es sich um sehr komplexe medizinische und soziale Problemlagen. Die Patient\*Innen bringen individuell sehr unterschiedliche Themen und (personale und soziale) Ressourcen in den Prozess mit ein.

Aufgrund dieser differenzierten Anforderungen ist eine ganzheitliche Bedarfserfassung und ein interdisziplinär verzahntes Handeln erforderlich. Entlassungsmanagement als interprofessionelle Aufgabe bindet Patient\*Innen, Angehörige, Kliniken, weitere Institutionen und Professionen in die Klärung der nachstationären Versorgung ein und führt alle beteiligten Akteure zusammen. Dadurch kann sichergestellt werden, dass eine Weiterberatung über die Klinikentlassung hinaus erfolgt und die Patient\*Innen bei weiterführenden Angeboten angekommen sind.

Entlassungsmanagement kann auf zwei Ebenen stattfinden:

* Patientenebene / Fallebene: Diese Betrachtungsweise beinhaltet die Erfassung, Abstimmung und Organisation individuell notwendiger Leistungen und Maßnahmen im konkreten Einzelfall
* Systemebene: Diese Ebene berücksichtigt die Prozessabläufe im Krankenhaus / in der Rehabilitationsklinik und betrachtet die Zusammenarbeit in der Nachversorgung unter ökonomischen und ressourcentechnischen Aspekten

Entlassungsmanagement ist daher ein unabdingbarer Bestandteil eines ganzheitlichen multiprofessionellen Behandlungsprozesses und sichert nachhaltig den Erfolg in der Behandlungs- und Versorgungskette. Mit Einführung des Rechtsanspruches soll es zu einer Kontinuität in der Versorgung beitragen und die Patient\*Innen individuell bei der Organisation der nachstationären Versorgung unterstützen. Es bedarf dem Ansatz der Sozialen Arbeit, da es sich um komplexe Problem- und Versorgungslagen handelt und ein multiprofessioneller Ansatz und eine ganzheitliche Betrachtungsweise erforderlich ist. Neben individuellen Aspekten (Lebensqualität, Einbindung der Lebenswelt und sozialer Ressourcen, psychosoziale Beratung und individuelle Versorgung) zahlt das Entlassungsmanagement nachhaltig auch auf ökologische Aspekte ein und kann eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung der Patient\*Innen vermeiden.[[20]](#footnote-20)

1. **Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit**

Lebensweltorientierung ist ein theoretisches Konzept, also eine spezifische Sichtweise, die auf unmittelbare Erfahrungen im Alltag und ihre subjektiven Deutungen zielt. Das von Hans Thiersch begründete Konzept der Alltags- und /oder Lebensweltorientierung ist ein Gegenentwurf zu den in den 1960er / 1970er Jahren dominierenden politischen Konzepten und hat seitdem das Verständnis und die Entwicklung der Sozialen Arbeit maßgeblich mitbestimmt. Thiersch bezeichnet seinen Entwurf der Alltags- und Lebensweltorientierung als einen allgemeinen Rahmen, der im gesellschaftlichen und sozialpolitischen Kontext konkretisiert werden muss und versteht damit das Konzept als *eine* mögliche Fokussierung Sozialer Arbeit. Das Konzept der Lebensweltorientierung kann zwischenzeitlich als ein relativ ausgearbeiteter Theorieansatz Sozialer Arbeit bezeichnet werden. [[21]](#footnote-21)

Das Konzept Lebensweltorientierung entstand in den 1960er Jahren im Zusammenhang des kritischen Neuansatzes der Sozialen Arbeit als Antwort auf politische und fachliche Entfremdung und orientiert sich an dem Ziel, gerechte Lebensverhältnisse, Demokratisierung und Emanzipation zu schaffen.

*„Jeder hat seinen Alltag und darin sein Recht auf Verständnis und Hilfe im Zeichen gerechter Verhältnisse.“ [[22]](#footnote-22)*

Zielsetzungen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit:

Eine Lebensweltorientierte Soziale Arbeit orientiert sich einerseits an den Adressat\*Innen, an ihren Deutungen ihrer individuellen Lebensverhältnisse, an ihren Lebensschwierigkeiten sowie an den individuellen Ressourcen. Andererseits bezieht sie sich auf subjektbezogene wie auch gesellschaftliche Bedingungen und Möglichkeiten. Im Mittelpunkt der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit steht die Stärkung der Lebensräume und der sozialen Bezüge der Adressat\*Innen. Des Weiteren werden ihre Ressourcen und (Selbst-) Hilfemöglichkeiten mit einbezogen, um einen gelingenden Alltag zu ermöglichen. Die Lebensweltorientierung bearbeitet Schwierigkeiten und Probleme dort, wo sie entstehen, nämlich in der Komplexität des Alltags. Kritischer Bezugs- und Ausgangspunkt ist der Alltag des Einzelnen. Lebensweltorientiere Soziale Arbeit hat auch einen provozierenden Charakter, bspw. wenn es darum geht, Menschen aus den Verstrickungen des Alltags hinauszubegleiten und gemeinsam mit ihnen eine Vision des gelingenderen Lebens zu entwickeln und sie dabei zu unterstützen.[[23]](#footnote-23)

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit nutzt die professionellen Kompetenzen zur Reorganisation gegebener Lebensverhältnisse und geht dabei von den alltäglichen Erfahrungen der Menschen in ihrer gesellschaftlichen Situation aus. Die Alltagsstrukturen werden im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gesehen aber auch eigensinnige Strukturen der Beteiligten werden mitberücksichtigt. Bildlich gesprochen kann man Lebensweltorientierung als Bühne des Alltäglichen beschreiben, da sie die Lebenswirklichkeiten und Erfahrungsräume der Beteiligten sieht. Sie agiert zwischen Personen, Sachaufgaben und Beziehungen, zwischen hilfreichen Strukturen in Zeit, Raum und Beziehungen. Sie sucht in den gegebenen Verhältnissen nach Optionen und Gestaltungsspielräumen, respektiert das Gegebene und vertraut in Potenziale und Entwicklungsmöglichkeiten.[[24]](#footnote-24)

Begriffsbestimmungen:

Begriffe wie Alltag, Alltäglichkeit, Alltags-und Lebenswelt(-en) charakterisieren das Konzept der Lebensweltorientierung.

*Alltag* ist die ausgezeichnete Wirklichkeit für die Menschen und ist bestimmend für deren Lebenswelt. Der Begriff des Alltags zielt auf das anwendungsbezogene Handeln im Unmittelbaren und bezieht sich auf die räumlichen, zeitlichen und sozialen Erfahrungen. Alltag ist somit ein vertrautes und sicher erlebtes Feld für den Menschen, welches durch alltägliche Handlungsmuster und Sicherheiten gekennzeichnet ist. Alltag verweist auf konkrete Lebensverhältnisse der Menschen ´. Interpretationen und Handlungen gerinnen zu Alltagswissen und Routinen.

*Alltäglichkeit* meint einerseits einen spezifischen Modus des Handelns und Verstehens und andererseits ein Rahmenkonzept. Bildlich tritt auch hier wieder die Beschreibung eines Bühnenbilds in Erscheinung. Alltäglichkeit ist dabei als Vorderbühne zu betrachten, auf der nach spezifischen Handlungs- und Verstehensmuster gehandelt wird. Dahinter liegen objektive Bedingungen und Strukturen, wobei die historisch wandelbaren gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Strukturen gemeint sind, die sich unmittelbar auf die Alltäglichkeit auswirken.

Der Begriff der *Alltagswelten* beschreibt die unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensfelder der Menschen. Darunter können bspw. Armut, Jugend, Generation oder Geschlecht verstanden werden. Der Begriff Alltagswelten wird im Konzept von Hans Thiersch häufig synonym mit dem Begriff der *Lebenswelten* angewandt. Der Begriff der Lebenswelten umfasst die verschiedenen institutionellen Arrangements, in denen alltäglich gehandelt wird. Als Beispiele können hier Familie, Schule, Beruf oder Freizeit aufgeführt werden.[[25]](#footnote-25)

*Lebenswelten* sind bestimmt durch gesellschaftliche Strukturen und sozialer Verhältnisse. In der Rekonstruktion von Lebenswelten als Grundlage der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit lassen sich fünf Zugänge unterscheiden:

* Phänomenologischer Zugang: Der Mensch wird nicht abstrakt als Individuum verstanden, sondern in der Erfahrung seiner Wirklichkeit, in der er sich schon immer vorfindet. Die Ressourcen sind Erfahrungen des Raumes, der Zeit und der sozialen Beziehungen. Der Mensch erscheint dabei bemüht, die Vielfältigkeit von Aufgaben zu bewältigen und arrangiert sich mit den Gegebenheiten, um zu überleben.
* Gliederung in soziale Felder: Lebenswelt als erfahrene Wirklichkeit gliedert sich in unterschiedliche Lebensräume oder Lebensfelder, die sich nach Funktion und Inhalt unterscheiden (bspw. Familie, Arbeit, Öffentlichkeit). Menschen sammeln dabei lebensweltliche Erfahrungen, die sich im Lebenslauf kumulieren, steigern und ergänzen und dabei Ressourcen zur Lebensbewältigung herstellen.
* Normativ-kritische Aspekte: Die Ressourcen, Deutungen und Handlungsmuster werden als in sich widersprüchlich erfahren. Sie können entlasten, Sicherheit bieten, Voraussetzungen für Kreativität und Fantasie schaffen, aber auch blockieren, einengen und in Trauer enden.
* Schnittstelle von Strukturen und Handlungsmustern: Das Konzept der Lebenswelt ist ein historisches und sozial konkretes Konzept, d.h. die erfahrene Wirklichkeit ist immer bestimmt durch gesellschaftliche Strukturen und Ressourcen. Persönliche Handlungs- und Verstehensmuster sind immer mit geprägt von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.
* Herausforderungen durch soziale Ungleichheiten: Menschen wird zugemutet, ihre Lebensräume bewusst zu inszenieren und den eigenen Lebensplan vor anderen offen zu legen. Diese sind jedoch sehr unterschiedlich, da unterschiedliche Lebenslagen und Sozialisationsprozesse vorliegen, die mitunter von der sozialen Lage und den damit verbundenen Zugang zu Möglichkeiten abhängig sind.[[26]](#footnote-26)

Dimensionen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit:

Lebensweltorientierte Arbeit agiert im Rekurs auf die Erfahrungen in Zeit, Raum, sozialen Bezügen, auf Pragmatik und Lebensbewältigung, wie sie sich in den heutigen gesellschaftlichen Bezügen in der Spannung von Ressource und Option zeigen:

* *Dimension der erfahrenen Zeit:* Bezüge zwischen Lebensphasen und Lebenslauf sowie Perspektiven auf Zukunft. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit bezieht sich auf Bewältigungsaufgaben in der jeweiligen Gegenwart.
* *Dimension des erfahrenen Raumes*: Lebensweltorientiere Soziale Arbeit sieht Menschen eingebettet in ihren erfahrenen Raum und arbeitet mit den Themen Aneignung und Milieubildung. Die Arbeit an der Infrastruktur eines Sozialraumes erfolgt neben der Arbeit am Individuum mit seinen sozialen Bezügen, meist als eigenständiger Aufgabenbereich.
* *Dimension soziale Beziehung*: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert in den Ressourcen und Spannungen der sozialen Bezüge, d.h. sie sieht Betroffene im Kontext des sozialen Geflechts aus familiären und freundschaftlichen Beziehungen.
* *Dimension alltägliche Bewältigungsaufgaben:* Im Rahmen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit bedeutet Hilfe oft Unterstützung in Bezug auf alltägliche Bewältigungsaufgaben. Es wird versucht, Überschaubarkeit und Ordnung in Alltagsvollzüge zu bringen. Elementare Regeln im Umgang mit Zeit, Raum, mit anderen und mit sich werden pädagogisch strukturiert.
* *Dimension Hilfe zur Selbsthilfe:* Lebensweltorientierte Soziale Arbeit sichtet sich in den Unterstützungen an den hilfsbedürftigen Menschen selbst aus und zielt auf Hilfe zur Selbsthilfe, Empowerment und Identitätsarbeit.
* *Dimension gesellschaftliche Bedingungen:* Lebensverhältnisse sind gesellschaftlich geprägt. In der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit werden daher gesellschaftliche Probleme in Bezug auf den Einzelfall analysiert aber auch das politische Geschehen. Lebensweltorientiere Soziale Arbeit bringt ihre Expertise in politische und öffentliche Diskurse mit ein. Sie tritt für gute und gerechte Lebensverhältnisse der Adressat\*Innen ein, sorgt aber auch für angemessene Arbeitsbedingungen und Gestaltungsräume für Soziale Arbeit, damit diese ihrem gesellschaftlichen Auftrag entsprechen kann. [[27]](#footnote-27)

Struktur- und Handlungsmaximen:

Die Aufgaben einer Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit bewegen sich auf 2 Ebenen:

* *Individualebene:* Soziale Arbeit bzw. Unterstützung in sozialen Problemlagen und / oder marginalisierten Lebenslagen sowie bewältigungsorientierte Begleitung von Individuen
* *Strukturebene:* Gestaltung sozialräumlicher Verhältnisse, gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und Herstellung sozialer Gerechtigkeit

Die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit bedient sich zur Gestaltung von sozialen Strukturen und Lebensräumen folgender Struktur- und Handlungsmaximen:

* **Prävention**: Allgemeine Prävention zielt auf die Herstellung und Stabilisierung unterstützender Infrastrukturen sowie die Herstellung und Stabilisierung allgemeiner Kompetenzen zur Lebensbewältigung. Soziale Arbeit wird zu einem Angebot, dass sich an alle Individuen richtet. Prävention hat die Zielsetzung, vorausschauend und rechtzeitig einzugreifen und nicht erst, wenn sich Probleme dramatisieren.
* **Dezentralisierung, Regionalisierung und Vernetzung:** Diese Maxime zielt auf eine Präsenz der Hilfen vor Ort, damit diese in konkrete lokale und regionale Angebote eingepasst werden können. Die Institutionen und Angebote der Sozialen Arbeit sollen besser erreichbar sein, in die sozialräumlichen Gegebenheiten eingebettet sein und sozialräumliche Bedarfe berücksichtigen. Darüber hinaus sollen neue Formen von Kooperation zwischen den Dienstleistungen Sozialer Arbeit und den Aktivitäten der Bürger\*Innen vor Ort hergestellt werden.
* **Alltagsnähe:** Diese Maxime beschreibt, dass Hilfen an die Lebenswelt der Adressat\*Innen angepasst werden sollen. Die Angebote sollen schnell erreichbar und niedrigschwellig sein und Zugangsbarrieren abbauen. Die professionellen Unterstützungsangebote werden ganzheitlich ausgerichtet und sollen damit den komplexen Lebensverhältnissen der Adressat\*Innen gerecht werden.
* **Integration:** Integration zielt auf eine Lebenswelt ohne Ausgrenzung, d.h. Unterschiede zwischen den Lebenswelten werden anerkannt und respektiert. Man begegnet Unterschiedlichkeit mit Offenheit. Ressourcen und Rechte werden so gesichert, dass eine elementare Gleichheit entsteht.
* **Partizipation:** Unter Partizipation wird eine Vielzahl an Beteiligungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten verstanden. Diese sollen durch Soziale Arbeit gestärkt werden. Ein Machtmissbrauch kann vermieden werden und Einspruchs- und Beschwerderechte der Bürger werden gestärkt.[[28]](#footnote-28)

Die Struktur- und Handlungsmaxime können nur in Zusammenhang gesehen und praktiziert werden. Sie werden in den verschiedenen Aufgaben und Arbeitsfeldern Sozialer Arbeit unterschiedlich konkretisiert und profiliert.

Zusammenfassend kann Lebensweltorientierte Soziale Arbeit als nachhaltige Soziale Arbeit verstanden werden. Soziale Arbeit steht im Spagat zwischen Ressourcen und Lebenswelten, die es zu respektieren gibt und solchen, die neu zu schaffen sind. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit zielt auf die Alltagswelten der Adressat\*Innen und versucht, den Menschen mit Hilfe seiner Erfahrungen handlungsfähig zu machen. Lebensweltorientierung ist ein theoretisches Konzept, was mit der Haltung der Sozialarbeiter\*Innen verknüpft ist. Es bindet Lebenswelten und Sozialräume in die Lösungsfindung mit ein und berücksichtigt damit das Individuum in seinem gesellschaftlichen Rahmen. Die Lebenswelt ist Hauptbezugspunkt. Der Klient soll befähigt werden, Lösungen auf Grundlage der bisherigen Lebenserfahrungen zu entwickeln und damit einen gelingenderen Alltag zu erhalten.

In der Vorlesung ergänzt durch Videobeitrag:

<https://www.youtube.com/watch?v=VT1_GJfEPT4>

**Quellenangaben – Literatur:**

* DVSG DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN e.V.: Positionspapier. Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Oktober 2013
* DVSG DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN e.V.: Rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit im Sozialdienst des Krankenhauses. September 2019
* FALTERBAUM, J.: Rechtliche Grundlagen Sozialer Arbeit. Eine praxisorientierte Einführung. 3. Auflage. Stuttgart 2009
* FÜSSENHÄUSER, C.: Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit aus DOLLINGER, B. und RAITHEL, J.: Aktivierende Sozialpädagogik. Ein kritisches Glossar. 1. Auflage. Wiesbaden 2006
* GALUSKE, M.: Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 8. Auflage. Weinheim und München 2009
* LÜTZENKIRCHEN, A.: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen – Praxisfelder – Institutionen. Stuttgart 2005
* THIERSCH, H., GRUNWALD, K. und KÖNGETER, S.: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit aus THOLE, W.: Grundriss Soziale Arbeit. Wiesbaden 2012

**Quellenangaben – Internet:**

AOK Bundesverband, <https://aok-bv.de/lexikon/g/index_00369.html> (aufgerufen am 11.10.2023)

AOK Bundesverband, <https://aok-bv.de/lexikon/i/index_00410.html> (aufgerufen am 11.10.2023)

Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement.html> (aufgerufen am 11.10.2023)

* <https://www.bar-frankfurt.de/themen/icf/grundlagen-der-icf/das-bio-psycho-soziale-modell.html> (aufgerufen am 11.10.2023)
* <https://www.dhbw-vs.de/studieninteressierte/bachelor-sozialwesen/soziale-arbeit-im-gesundheitswesen.html> (aufgerufen am 11.10.2023)

1. Vgl.: LÜTZENKIRCHEN, A.: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Stuttgart 2005. S. 7 f. [↑](#footnote-ref-1)
2. Vgl. ebd. S. 8 f. [↑](#footnote-ref-2)
3. Vgl. ebd. [↑](#footnote-ref-3)
4. Deutscher Berufsverband Soziale Arbeit e.V. [↑](#footnote-ref-4)
5. AOK Bundesverband, https://aok-bv.de/lexikon/g/index\_00369.html (aufgerufen am 11.10.2023) [↑](#footnote-ref-5)
6. Vgl.: LÜTZENKIRCHEN, A.: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Stuttgart 2005. S. 17 [↑](#footnote-ref-6)
7. Vgl: <https://www.dhbw-vs.de/studieninteressierte/bachelor-sozialwesen/soziale-arbeit-im-gesundheitswesen.html> (aufgerufen am 11.10.2023) [↑](#footnote-ref-7)
8. Vgl.: LÜTZENKIRCHEN, A.: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Stuttgart 2005. S. 14 f. [↑](#footnote-ref-8)
9. Vgl.: https://www.bar-frankfurt.de/themen/icf/grundlagen-der-icf/das-bio-psycho-soziale-modell.html (aufgerufen am 11.10.2023) [↑](#footnote-ref-9)
10. Vgl.: LÜTZENKIRCHEN, A.: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Stuttgart 2005. S. 15 f. [↑](#footnote-ref-10)
11. Durch die Skizzierung der rechtlichen Grundlagen ist kein Anspruch auf Vollständigkeit gewährt. Es werden die wichtigsten rechtlichen Grundlagen für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen aufgezählt [↑](#footnote-ref-11)
12. Vgl.: FALTERBAUM, J.: Rechtliche Grundlagen Sozialer Arbeit. Stuttgart 2009. S. 10 ff. [↑](#footnote-ref-12)
13. FALTERBAUM, J.: Rechtliche Grundlagen Sozialer Arbeit. Stuttgart 2009. S. 17 [↑](#footnote-ref-13)
14. Vgl.: DVSG: Rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit im Sozialdienst des Krankenhauses sowie die entsprechenden Stellen in den genannten Sozialgesetzbüchern. [↑](#footnote-ref-14)
15. Vgl.: https://aok-bv.de/lexikon/i/index\_00410.html (aufgerufen am 11.10.2023) [↑](#footnote-ref-15)
16. Vgl.: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement.html (aufgerufen am 11.10.2023) [↑](#footnote-ref-16)
17. DVSG DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN e.V.: Rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit im Sozialdienst des Krankenhauses. September 2019, Seite 7 [↑](#footnote-ref-17)
18. ebd. [↑](#footnote-ref-18)
19. Vgl.: DVSG DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN e.V.: Rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit im Sozialdienst des Krankenhauses. September 2019, S. 8 [↑](#footnote-ref-19)
20. Das Kapitel Entlassungsmanagement ist eine Zusammenfassung aus den Inhalten der DVSG Positionspapier (DVSG DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN e.V.: Rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit im Sozialdienst des Krankenhauses. September 2019, Seite 3 ff.) sowie eigener Erfahrungen und Wissenswerten der Referentin aus dem Praxisalltag [↑](#footnote-ref-20)
21. Vgl.: FÜSSENHÄUSER, C.: Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit. S. 128 ff. [↑](#footnote-ref-21)
22. THIERSCH, H., GRUNWALD, K. und KÖNGETER, S.: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. S. 179 [↑](#footnote-ref-22)
23. Vgl.: FÜSSENHÄUSER, C.: Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit. S. 127 [↑](#footnote-ref-23)
24. Vgl.: THIERSCH, H., GRUNWALD, K. und KÖNGETER, S.: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit.S.178 f. [↑](#footnote-ref-24)
25. Vgl.: FÜSSENHÄUSER, C.: Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit. S. 130 f. [↑](#footnote-ref-25)
26. Vgl.: THIERSCH, H., GRUNWALD, K. und KÖNGETER, S.: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. S.184 ff. [↑](#footnote-ref-26)
27. Vgl.: THIERSCH, H., GRUNWALD, K. und KÖNGETER, S.: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. S.187 ff. [↑](#footnote-ref-27)
28. Vgl.: FÜSSENHÄUSER, C.: Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit. S.133 f. [↑](#footnote-ref-28)